

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

4 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

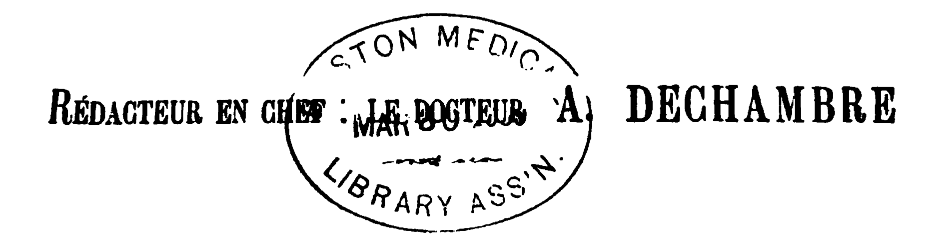
## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE




---

TOME VIII — 1861

---

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXI

743

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 4 JANVIER 1861. N° 1.



TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Glycérolé à l'iodure de potassium.— Larves et insectes rendus avec les vomissements. — Eau de laurier-cerise artificielle. — Effet des graines d'euphorbiacées. — Glycométrie dans le diabète. — Sucre contre l'ivresse. — II. **Travaux originaux.** Observation de cryptorchidie double avec hernie étranglée. — Note sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par les inoculations répétées du virus chancreux. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Description d'une névrose de la digestion, caractérisée par des crises périodiques de vomissements et une profonde modification de l'assimilation. — Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de l'huile essentielle de valériane. — V. **Bibliographie.** Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Revue professionnelle.

I

Paris, le 3 janvier 1861.

*Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle :* GLYCÉROLÉ A L'IODURE DE POTASSIUM. — LARVES ET INSECTES RENDUS AVEC LES VOMISSEMENTS. — EAU DE LAURIER-CERISE ARTIFICIELLE. — EFFET DES GRAINES D'EUPHORBIACÉES. — GLYCOMÉTRIE DANS LE DIABÈTE. — SUCRE CONTRE L'IVRESSE.

Dans une de nos dernières revues, nous avons eu occasion de citer deux procédés de MM. Dieudonné et Hueneck pour préparer la pommade à l'iodure de potassium de telle façon qu'elle conserve sa couleur blanche; depuis, à une des séances de la Société de pharmacie de Paris, il a été fait une communication au nom de M. Thirault (de Saint-Étienne) sur le même sujet. Il propose de remplacer l'axonge par un mélange de glycérine et de savon animal. On obtient ainsi une pommade qui renferme le sel à l'état de solution parfaite (ce qui ne peut que faciliter son absorption), qui ne colore pas la peau, ne tache pas le linge, et qui peut être assimilée par son aspect, sa consistance et son odeur à un cosmétique agréable. La solution de l'iodure de potassium (130) dans le mélange de glycérine (1000) et savon animal (50), qui paraît agir d'une manière plus rapide et plus marquée, que la pommade à l'axonge pourrait très probablement la remplacer avantageusement dans la pratique, en donnant les mêmes résultats thérapeutiques sans en avoir les inconvénients dans l'application. (*Société de pharmacie de Paris.*)

— Il arrive quelquefois que des larves d'insectes se développent dans la peau de l'homme ou dans quelques-unes des ouvertures naturelles du corps; mais il n'existe pas d'exemple bien constaté, que nous sachions, d'insectes parfaits qui auraient été rendus vivants par la bouche, après avoir fait un séjour plus ou moins prolongé dans le tube digestif. Une occasion de vérifier un de ces faits s'est présentée cette année à un médecin de la Géorgie (Amérique du Nord), mais malheureusement la description des insectes rendus est tellement écourtée

---

FEUILLETON.

**Revue professionnelle.**

SOMMAIRE : *Application du concours à la nomination des chefs de clinique de la Faculté de Paris. — Banquet offert à M. Ricord.*

Nous avons promis de revenir sur la question du concours appliqué aux chefs de clinique de la Faculté. Il est superflu de faire remarquer que ce que nous allons en dire ne s'adresse qu'au principe, et n'implique aucun jugement défavorable à l'égard de ceux qui ont tenu ou tiennent leurs fonctions du mode actuel de nomination. Disons-le tout de suite, sans contester l'importance de certaines raisons alléguées en faveur du *statu quo*, et mettant en balance les avantages et les inconvénients de la nomination directe et de la nomination au concours, nous inclinons vers ce dernier mode.

On connaît les attributions des chefs de clinique. Ce sont, en quelque sorte, des *internes supérieurs*, analogues aux *chefs internes* de quelques écoles préparatoires, mais avec cette différence essentielle que les premiers sont substitués aux internes ordinaires, qui n'existent pas dans les cliniques, tandis que les seconds sont seulement placés, avec quelques priviléges, à la tête des internes du service. Les chefs de clinique font donc office d'internes, et, de plus, doivent remplacer le professeur en cas d'empêchement, mais pour quelques jours seulement; car, lorsque l'empêchement doit se prolonger, le chef du service est suppléé par un professeur agrégé, si c'est à l'époque du cours, et par un médecin du bureau central des hôpitaux, quand c'est dans un autre semestre. Il s'agit donc de savoir, d'une part, si le mode actuel de nomination garantit suffisamment le bon exercice de pareilles fonctions, et met d'ordinaire cette source précieuse d'instruction entre les mains les plus capables d'en profiter; d'autre part, si le concours aurait des inconvénients que n'aurait pas la nomination directe.

La nomination des chefs de clinique n'est soumise qu'à des règles

que l'observation perd ainsi toute sa valeur. Il s'agit d'un jeune homme épileptique et très gourmand que soignait M. G.-W. Powell, et qui a rendu, après un repas très copieux, plusieurs insectes d'un noir rougeâtre, ayant les six pattes et les deux antennes caractéristiques des insectes ; et intermédiaires à la mouche et au bourdon. Ces animaux, qui ont été expulsés en même temps qu'un ver, fort semblable aux vers intestinaux ordinaires, ont été soumis à l'examen de M. Westmoreland par l'auteur de l'observation, et il serait très intéressant que ce médecin publiât le résultat de ses études, ce qui enrichirait la science d'une observation nouvelle et importante. (*Atlanta Medical and Surgical Journal*, novembre 1860.)

— L'eau de laurier-cerise ne donne pas toujours, dans son administration, des effets identiques, ce qui tient au mode de préparation ou à l'époque de l'année où on a recueilli les feuilles que l'on emploie : ces différences d'action dénotent des différences dans sa composition, et sont en rapport avec elles. Le temps plus ou moins long de sa conservation, surtout dans les flacons de détail, amène aussi des changements dans sa valeur thérapeutique, en permettant la destruction d'une quantité plus ou moins notable d'acide cyanhydrique. Pour obvier à cet inconvénient, M. Harry-Napier Drupper propose de substituer à l'eau de laurier-cerise une solution aqueuse d'acide cyanhydrique dans la proportion de 2 acide pour 100 eau distillée, ou mieux encore l'adjonction à 25 gros (87gr,125) de cette solution de 5 gros (19gr,425) d'huile volatile de laurier-cerise, et de 4 onces (124gr,312) d'eau distillée. Nous ne saurions approuver cette substitution, qui remplace un produit naturel par un simple mélange, d'autant plus que l'huile essentielle de laurier-cerise est très vénéneuse, et peut déterminer des accidents graves chez le malade qui ingérerait le nouveau médicament. La nocuité de cette essence est si bien reconnue en France que les pharmaciens ont le plus grand soin de la séparer de l'eau distillée de laurier-cerise, pour éviter les accidents que pourrait déterminer son emploi. Nous ne croyons donc qu'il n'y a pas lieu d'accepter la modification proposée par M. Drupper, et dans le cas où on voudrait absolument ne pas employer l'eau distillée de laurier-cerise, nous préférerions la mixture de Liebig et Wœhler, qui est fondée sur la production de l'acide cyanhydrique par la réaction de l'émulsive sur l'amygdaline. (*Dublin medical Press*, décembre 1860.)

— Les huiles des Euphorbiacées sont, comme on le sait, des purgatifs que l'on range dans la classe des éméto-cathartiques, qui agissent sur toute l'étendue du tube intestinal, et déterminent des évacuations par les selles, souvent accompagnées de vomissements : si leur action est analogue pour toutes, elles montrent une grande différence dans leur énergie. Mais cette énergie est infiniment plus marquée quand, au lieu de prendre l'huile, on examine les graines qui les fournissent : c'est ainsi que l'huile d'épurge (*Euphorbia Lathyris*) est un purgatif très doux, si peu actif qu'il est presque complétement abandonné aujourd'hui, tandis que quelques graines suffisent pour faire vomir et purger violemment. C'est ce qu'ont éprouvé cette année trois ouvrières de la manufacture des tabacs de Toulouse, qui, ayant voulu se purger, après déjeuner, prirent l'une 18 semences, et les deux autres 20 et 25. Bientôt elles éprouvèrent des accidents de superpurgation, des vomissements fréquents, avec pâleur et refroidissement du corps : on eût presque cru à un choléra sporadique, mais un traitement approprié arrêta rapidement les accidents, et le soir même les trois malades étaient remises des suites de leur imprudence. La cause de cette action violente des graines d'épurge est attribuée par mon père à un principe âcre, en partie dissous dans l'huile jaune, et qui reste en majeure partie dans le tourteau, résidu de l'expression de l'huile. Pour M. Henry Bower, ce principe ne se forme, ainsi que cela a lieu pour l'huile volatile dans les amandes amères, que sous l'influence de l'eau. Ce fait, quelle que soit l'explication que l'on accepte, n'en vient pas moins confirmer le danger qu'il y a à administrer, sans précaution, les semences des Euphorbiacées plutôt que l'huile. (*Journal de médecine de Toulouse*, 1860.)

— Dans certaines conditions morbides le sucre apparaît dans les urines, et sa recherche est de la plus haute importance pour le médecin : aussi un grand nombre de procédés ont-ils été indiqués pour guider dans la recherche du sucre, et même pour doser ce corps. Dans ces derniers temps, on a pensé que la fermentation pouvait donner des indications très satisfaisantes en déterminant, par le contact de la levûre, la fermentation alcoolique de la glycose, et par suite la production d'alcool, d'acide carbonique, de glycérine et d'acide succinique; le volume de l'acide carbonique que l'on recueille fait connaître le poids du sucre. Mais ce procédé demande une grande délicatesse dans l'opération, et rarement le médecin a assez de loisirs pour pouvoir en faire usage. Un procédé

assez peu précises, et qui varient d'une Faculté à une autre. Aux termes de l'ordonnance du 2 février 1823, ils sont de simples *employés*, comme les préparateurs de chimie et le jardinier en chef du jardin botanique. La même ordonnance attribue leur nomination au doyen. Mais ces dispositions communes sont un peu modifiées et compliquées par les règlements des Facultés, déterminant les conditions auxquelles la nomination doit avoir lieu. A Paris, le chef de clinique est nommé par la Faculté, avec l'approbation du recteur de l'Académie, sur une liste de présentation de trois candidats, émanée du professeur même dans le service duquel a lieu la vacance. Il doit être choisi parmi les lauréats de la Faculté (prix de l'École pratique, prix Montyon, prix Corvisart).

Ces conditions ne sont pas des plus sérieuses. Le professeur qui a fixé son choix sur un élève le présente seul ou le place en tête d'une liste qui le rend seul possible. Précaution superflue, d'ailleurs, car ses collègues ne le contrarient jamais sur l'objet de ses préférences. Cette affaire est considérée comme à peu près personnelle. Quant à la condition d'avoir remporté une couronne, elle n'est pas tellement impérative qu'elle n'ait été parfois écartée ; nous en pourrions citer au moins un exemple. Mais, sans vouloir déprécier des succès qui, à nous aussi, dans le bon temps des études, apparaissaient comme des auréoles, et qui sont d'ailleurs, pour quelques-uns, le prélude de triomphes plus éclatants, peut-on y voir un gage de capacité et d'instruction *pratique* suffisantes pour une suppléance, même passagère, du maître? Ce sont, le plus souvent, des externes qui remportent les prix Montyon et Corvisart, disputés toujours par un très petit nombre de mémoires ; et si les médailles de l'École pratique sont plus ambitionnées, il n'est pas défendu de croire que la chance d'une remise des frais d'inscription et d'examen y entre pour quelque chose. En tout cas, des concours qui ne sont pas obligatoires pour tous les élèves, ou du moins pour de grandes catégories d'élèves, ne peuvent passer pour aptes à mettre en évidence, dans une foule si nombreuse, les intelligences d'élite. Le chef de clinique, il est vrai, doit être docteur ; mais la présomption de capacité sur laquelle on discute n'est pas celle qui est attachée au diplôme, mais bien celle qui résulte de

d'une valeur incontestablement supérieure consiste dans l'extraction du sucre de l'urine, mais les difficultés même qu'il présente ne permettent pas de l'adopter dans la pratique ordinaire. Les médecins se servent plus ordinairement de la dissolution de potasse, qui donne une coloration rougeâtre d'autant plus foncée que la glycose est en proportion plus forte, et de la liqueur de Barreswill (cupro-tartrate de potasse) ou de Fehling (cupro-tartrate de soude), dont l'emploi est basé sur la réduction des sels de cuivre par la glycose en présence des alcalis. Mais un inconvénient que l'on reproche à ces deux liqueurs c'est de ne pas être caractéristiques de la glycose seule, d'autres corps, l'acide urique en excès, par exemple, opérant de même la réduction. Pour obvier à ce défaut, et pour avoir en même temps un procédé d'une application facile, M. William Roberts propose d'avoir recours à la fermentation des urines diabétiques mises en contact avec de la levûre; mais, sans recueillir l'acide carbonique qui s'échappe pendant la réaction, il cherche quelle diminution s'est manifestée dans la densité des urines après une fermentation de trente-six heures (ce temps est en général suffisant pour qu'elle soit entièrement accomplie). Or, comme on le sait, les urines des diabètes sont remarquables par leur grande densité, 1030 à 1050 degrés; après la fermentation, par suite de la disparition de la glycose, et aussi de la présence d'une certaine quantité d'alcool dans le liquide, celui-ci a une densité bien moindre, 1009, 1002, et quelquefois moins de 1000 degrés. De nombreuses expériences comparatives ont démontré à M. W. Roberts que ce procédé donnait des indications aussi exactes que les procédés les plus parfaits, et après avoir ainsi répété nombre de fois son mode opératoire il est arrivé à la loi suivante : Chaque degré de densité perdu correspond à un grain ($0^{gr},06$) par *fluidonce* (24 gram.) d'urine. Ce moyen peut *donner des indications très suffisantes dans la pratique* usuelle, mais, quand on voudra avoir des dosages très exacts, il faut toujours, ainsi que le dit M. Mialhe, avoir recours au saccharimètre, qui, en quelques secondes, donne mathématiquement le nombre de grammes que renferme un litre d'urine. (*Dublin Medical Press*, décembre 1860.)

— L'abus des alcooliques amène chez les malheureux qui se laissent aller à ce funeste penchant, des accidents extrêmement graves, que nous n'avons pas besoin d'énumérer ici; on sait aussi que l'absorption d'une certaine quantité de boissons alcooliques détermine des symptômes caractéristiques d'excitation d'abord des centres nerveux, puis plus tard d'autres phénomènes qui varient avec la dose du liquide ingéré et avec les individus. Pour arrêter les effets de l'ivresse, on a eu recours à plusieurs médications : l'emploi du café, de l'ammoniaque, des amandes amères, de l'esprit de Mindérérus ou acétate d'ammoniaque, etc.; mais, dans ces derniers temps, M. J. Le Cœur a publié un mémoire dans lequel il dit s'être très bien trouvé de l'emploi d'un autre agent neutralisant bien simple et bien inoffensif : « Il a parfois conseillé et administré avec avantage, à la quantité indéterminée, vu son » innocuité, cinq, six, dix morceaux de moyenne grosseur, » simplement croqués, surtout dans les cas d'ivresse commençant à se développer : c'est le sucre cristallisé, le sucre » raffiné ordinaire, tel qu'on le sert fragmenté sur nos tables. » Il serait embarrassant de préciser au juste son action dans » ces cas. Agit-il par sa combinaison avec les matières qu'il » rencontre dans l'estomac, en changeant le mode de fermentation qui se passe dans cet organe et la nature des fluides » qui vont être absorbés? Agit-il à la manière de l'ammoniaque, en se combinant aux acides qu'on suppose se former dans l'organe, pour neutraliser leurs effets et former » des produits nouveaux sans action fâcheuse sur l'économie? » Toujours est-il qu'il lui a paru exercer une influence heureuse contre la promptitude et le développement des phénomènes d'intoxication provoqués par l'alcool, ses dérivés » et les boissons alcooliques. » (Docteur J. Le Cœur, ***Études sur l'intoxication alcoolique***, brochure, 1860.)

J.-Léon Soubeiran.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Observation de cryptorchidie double avec hernie étranglée, par le docteur Debrou (d'Orléans).

Les observations de cryptorchidie, avec autopsie, sont assez rares pour qu'il soit utile d'en publier de nouveaux exemples, surtout de cryptorchidie double, car je préfère cette dernière dénomination, avec MM. Follin et Goubeaux, pour le cas où les deux testicules sont cachés, bien qu'il m'arrivera, dans le cours de cette note, de dire simplement cryptorchidie, par abréviation.

Obs. — Le 27 juillet 1860, Lebert (Joseph), âgé de quarante-deux ans, vigneron, entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, pour une tuméfaction sur le côté droit du ventre. Quand je le vis, le lendemain 28, à la visite, le malade était affaissé, un peu froid, avait le pouls faible,

---

succès exceptionnels, de couronnes conquises, et la question est précisément de savoir si ces couronnes ajoutent au diplôme un lustre et un poids qui soient en rapport avec l'importance des fonctions à remplir. Enfin, lors même qu'il en serait ainsi, on conviendra aisément que le concours institué pour ces sortes de places, un concours sérieux qui substituerait une preuve immédiate de capacité à une simple présomption déduite de succès antérieurs, ne serait pas inférieur en garantie au mode actuellement en usage. Il est assez conforme aux règles d'une bonne administration d'exiger le témoignage d'aptitude au moment même de la compétition.

Qu'oppose-t-on à ces considérations? Un seul argument, mais un argument qui n'est pas sans valeur. — Il importe qu'il y ait communauté d'idées, et accord à tous égards, entre le chef de service et le chef de clinique; n'en sera-t-il pas autrement si l'un est imposé à l'autre? — Cette bonne harmonie, en effet, nous paraît on ne peut plus désirable; et une mesure qui aurait particulièrement pour effet de la troubler n'aurait pas nos sympathies. Mais, dans l'état présent des choses, le professeur ne peut-il rencontrer et ne rencontre-t-il pas souvent de l'opposition dans les doctrines, dans le diagnostic, dans le traitement? Le désagrément (si c'en est un) qui pourrait lui venir de son chef de clinique, ne lui vient-il pas plus sûrement des agrégés qui le remplacent pendant des semestres entiers? Que faudrait-il pour rendre nul l'inconvénient qu'on redoute? Que le chef de clinique, imposé par le concours, eût assez de déférence envers le maître pour ne pas le contredire dans son enseignement ni le heurter au lit du malade. N'est-on pas en droit d'attendre cette courtoisie de jeunes gens déjà réfléchis, déjà avancés dans la carrière, et qui, à défaut des suggestions de la raison, seraient conseillés par l'intérêt de leur avenir. Du reste, cette situation forcée du maître vis-à-vis du subordonné, elle existe dans d'autres Facultés, comme à Strasbourg (voir aux *Variétés*); elle existe même dans les hôpitaux de Paris. Le lauréat des internes, pendant les deux années supplémentaires d'internat qui lui sont accordées, a le choix du service. Il s'impose à un chef qui a pourtant ses préférences, parfois des engagements. En résulte-t-il des froissements entre eux? nous ne l'avons pas

petit. Au côté droit du ventre, dans la région du canal inguinal, existait une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, allongée, suivant la direction du canal et s'arrêtant à l'anneau externe, douloureuse au toucher, un peu molle, mais sans fluctuation. Sur cette tumeur, un médecin avait fait appliquer douze sangsues la veille. Le ventre était tendu, douloureux partout, un peu ballonné. Le malade nous apprit qu'il s'était donné, deux jours auparavant, un violent coup de manche de pioche, en travaillant à sa vigne, dans la tumeur même qu'il portait déjà auparavant et qui avait toujours existé dans ce lieu. En examinant les bourses, on trouva qu'elles étaient vides ou plutôt absentes. Le testicule gauche était placé et fixé au-devant de l'anneau inguinal externe; le droit était dans le canal inguinal même, et faisait partie de la tumeur susdécrite. J'admis que le coup reçu par Lebert, dans le côté du ventre, avait produit une orchite, et que, soit celle-ci, soit le coup lui-même, avait déterminé une péritonite (1). Je fis réappliquer des sangsues sur la tumeur, dix seulement, à cause de l'état général, et j'ordonnai des frictions d'onguent mercuriel sur le ventre. Le soir, le malade eut des vomissements, pour la première fois. Le lendemain 28, à la visite, je constatai un son clair à la percussion dans la tumeur, et j'admis alors que celle-ci contenait une anse intestinale, outre le testicule. Mais le malade était froid, avec un pouls insaisissable; toute opération était inutile. Il mourut en effet quelques heures après.

*Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* — Le ventre étant ouvert par une incision cruciale, on trouve l'intestin grêle injecté, surtout dans une moitié de sa longueur, qui était très distendue par des gaz et des liquides. Il y a, dans la cavité péritonéale, de la sérosité trouble abondante, mais sans pus ni fausses membranes.

*Côté droit.* — A l'orifice interne du canal inguinal droit, on voit qu'une anse de l'intestin grêle s'engage dans le canal. Disséquant alors extérieurement et enlevant la peau, le fascia superficialis, on constate que l'anneau inguinal externe est fermé; et, en arrière, se sent le commencement de la hernie qui, toutefois, ne s'engage pas dans l'anneau. Continuant de disséquer, on trouve dans le canal inguinal, énormément dilaté et agrandi, une tumeur herniaire molle, d'un brun grisâtre, ayant 10 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Cette tumeur, régulièrement pyriforme, ayant son sommet dirigé en bas, vers l'anneau externe, dépasse de beaucoup, en haut, l'orifice supérieur du canal. Elle se compose: 1° d'un sac péritonéal à parois minces, clos et fermé par en bas, se continuant en haut avec le péritoine abdominal, à travers l'anneau interne qui est peu serré; 2° d'une anse d'intestin grêle (point d'épiploon ni de sérosité) qui mesure 10 centimètres de longueur, et qui est gangrenée dans presque toute son étendue; 3° derrière l'intestin, et entièrement recouvert par lui, on trouve, vers le haut de la poche, au niveau de l'orifice inguinal interne, le testicule droit dépourvu de tunique vaginale propre. Par conséquent la hernie était congénitale et contenue dans la tunique vaginale.

(1) Il y a dans le *Traité des maladies du testicule*, de Curling, une observation de ce genre: « On admit à l'hôpital de Londres un garçon de dix ans, dangereusement malade, qui avait reçu, quatre jours auparavant, un coup de pied dans le ventre. Il avait éprouvé une violente douleur sur le moment et était devenu dangereusement malade le jour suivant. Son état empirant, il fut apporté à l'hôpital. Cet enfant avait évidemment une péritonite aiguë: prostration, aspect anxieux, pouls rapide, petit et faible; abdomen chaud, tendu, extrêmement sensible; constipation. On remarquait une tuméfaction diffuse, considérable, dans la région inguinale droite, et le scrotum de ce côté était vide. L'enfant mourut douze heures après son admission. A l'autopsie, on trouva les signes d'une péritonite générale, savoir, de fausses membranes sur les viscères et un épanchement abondant de sérosité louche...

» Il est à présumer que, chez ce sujet, le coup avait occasionné l'inflammation du testicule et des parties environnantes, et que cette inflammation, en s'étendant, avait occasionné la mort. » (Trad. et édit. Gosselin, p. 38.)

Le testicule était aplati, d'un gris pâle, mou et flasque; il mesurait en longueur, $0^m,040$; en largeur, $0^m,030$; en épaisseur, $0^m,006$. L'épididyme, aplati et écrasé comme le testicule, longe le bord droit de celui-ci, bord qui regarde en haut. La base de l'épididyme est dirigée en dedans et en haut. Le canal déférent, les veines et artères du cordon se dirigent vers le petit bassin, en contournant le muscle psoas iliaque.

*Au côté gauche*, le testicule est placé devant l'anneau externe, et fixé en ce point où il est immobile; on le trouve tout de suite derrière le fascia superficialis. Les piliers de l'anneau sont écartés, et l'anneau lui-même est à peu près libre, quoique le testicule ne puisse pas remonter à travers lui dans le canal. Le testicule mesure en longueur, $0^m,030$; en largeur, $0^m,020$; en épaisseur, $0^m,005$. Il est par conséquent un peu moins volumineux que le droit, quoique celui-ci semble avoir dû être gêné et comprimé davantage par la hernie qui l'accompagnait. — L'épididyme offre la même disposition qu'à droite. — Une tunique vaginale mince, transparente, enveloppe le testicule et l'épididyme, et occupe toute la longueur du canal inguinal qui est beaucoup moins large que celui du côté droit. Cette tunique vaginale est close en haut (1), au niveau de l'orifice abdominal, et ne communique pas avec la cavité du péritoine. Le canal déférent et les vaisseaux du cordon plongent dans le petit bassin, en contournant le bord du muscle psoas iliaque.

Les vésicules séminales ont une longueur de $0^m,025$, et une largeur de $0^m,010$; elles sont également developpées à droite et à gauche, offrent de nombreuses bosselures et paraissent fortes. — Les canaux déférents, en arrivant aux vésicules, sont très développés, et ont la grosseur d'un fort tuyau de plume d'oie. La prostate est assez petite. Les conduits éjaculateurs sont libres, et en pressant les vésicules, on voit leur contenu sortir sur le vérumontanum.

Les bourses manquent tout à fait; la peau se continue d'une cuisse à l'autre, sans replis; dessous la peau, il n'y a ni dartos ni cloison.

La verge est bien conformée; le gland est en partie découvert; du ligament dorsal du pénis au méat urinaire, on mesure 11 à 12 centimètres.

L'habitude générale du corps est celle d'un homme de taille ordinaire, robuste, bien musclé, ni gras ni maigre, et assez remarquablement velu: cheveux noirs touffus, barbe et favoris épais, poils abondants sur la poitrine, le ventre, au pubis, à l'anus et même au scrotum.

La voix était faible et cassée quand Lebert est entré à l'hôpital, *mais il* était alors sous l'influence d'une péritonite et d'une gangrène de l'intestin. Il était marié à une paysanne comme lui, et nous a dit qu'il aimait à avoir des rapports avec sa femme. Il a un fils âgé de huit ans, que nous n'avons pu voir nous-même, mais sur lequel nous avons fait prendre des renseignements par un de nos confrères. Ce fils est grêle, très délicat, d'une taille au-dessous de son âge; ses testicules sont descendus au fond du scrotum, mais si petits qu'on a de la peine à les trouver.

Les testicules, examinés au microscope par M. Gosselin et M. Godard, séparément, n'ont donné, ni à l'un ni à l'autre, d'animalcules spermatiques; ils en étaient complétement privés. A part un peu de décoloration,

(1) Sur un monorchide que j'ai disséqué dernièrement, chez lequel le testicule gauche était fixé et arrêté au-devant de l'anneau externe, la tunique vaginale semblait également fermée du côté de l'abdomen; mais, ayant poussé une injection dans sa cavité, je vis le liquide sortir et tomber dans le péritoine par un pertuis oblique situé au côté externe de l'anneau inguinal interne.

---

entendu dire. Pourquoi dès lors augurer plus mal de l'élection des chefs de cliniques au concours?

Ce ne sont pas les seules remarques auxquelles cette question pourrait se prêter. Il serait peut-être facile de montrer que le concours, en créant pour la médecine une sorte d'école pratique analogue à celle que l'adjuvat et le prosectorat ont instituée pour la chirurgie, préparerait pour les luttes plus hautes de l'agrégation une pépinière nombreuse, forte, expérimentée, à l'encontre de ce qui se passe aujourd'hui, où l'on voit nombre de chefs de clinique décliner toute lutte publique à l'expiration de leurs fonctions. Le concours appelle le concours; la nomination directe fait aimer le repos. Mais nous n'insisterons sur ce genre d'arguments que si les circonstances nous y invitent plus directement.

— Nous n'avons pas assisté au banquet offert à M. Ricord. Pour donner des *remords* à l'*absentéisme timide ou réfléchi*, un collègue de la presse publie un menu appétissant; c'est un motif de repentir tout trouvé, et qui dispense notre esprit paresseux d'en chercher un autre. Nous regrettons donc de n'avoir pas été de la fête, à cause du *chevreuil sauce poivrade* et du *parfait glacé;* c'est entendu. On nous permettra pourtant d'ajouter que, tout en commettant cette sottise, nous n'avons eu garde de prendre à mal la conduite des gens mieux avisés. Tout au contraire, nous avons trouvé parfaitement naturelle et légitime une commémoration publique d'un enseignement qui a eu un incontestable éclat, et qui a donné une impulsion vigoureuse à l'étude de la syphilologie. En reprenant les vues de Fernel, d'Astruc, de Thierry et d'autres, sur les trois périodes de la syphilis; en s'emparant de celles de J. Hunter sur le chancre; en reproduisant la vieille idée de la différence essentielle du virus chancreux et du virus gonorrhéique, et pratiquant, pour l'établir, des expériences d'inoculation sur une plus vaste échelle qu'on ne l'avait encore osé; en entreprenant tout ce travail, même pour en tirer trop souvent des exagérations ou des erreurs, même pour se préparer à lui-même de singuliers revirements d'opinion, M. Ricord a rendu le très signalé service, d'abord d'animer d'une vie toute nouvelle des questions que le

leur tissu était normal; on n'y voyait ni excès des cloisons fibreuses, ni dégénérescence graisseuse.

**Réflexions.**

Avant de parler de ce qui concerne les testicules, je veux dire un mot de la cause qui a fait mourir Lebert. J'ai indiqué dans le titre de l'observation qu'il y avait eu une hernie étranglée, mais, en réalité, il n'y a pas eu étranglement de l'intestin. Il existait une hernie inguinale qui n'était jamais réduite, et qui restait renfermée dans le canal inguinal. Un coup violent porté sur cette hernie y a développé une inflammation qui s'est étendue au péritoine, et qui a été assez intense pour produire la gangrène de l'intestin. Cette gangrène n'a pu être produite par un étranglement, puisque l'anse intestinale était peu serrée au niveau de l'anneau supérieur, ainsi que je m'en suis assuré, et qu'en outre, à ce niveau, l'intestin était simplement enflammé, et n'offrait pas le cercle de constriction avec sphacèle linéaire et des gouttelettes de pus que l'on voit ordinairement dans le lieu de l'étranglement herniaire. Il me paraît même probable que la gangrène a dû être causée en partie, ou au moins beaucoup facilitée, par le choc direct et la contusion de l'intestin. Dans tous les cas, elle n'a pas été, pas plus que l'inflammation, la conséquence d'un étranglement qui n'existait pas. C'est donc là un accident de hernie assez rare.

Les testicules de Lebert ne contenaient point d'animalcules spermatiques. L'absence de ceux-ci a été constatée séparément par MM. Gosselin et Godard. Il ne peut donc y avoir aucun doute sur ce point.

On sait que cette absence de spermatozoaires est la règle pour les testicules non descendus dans le scrotum, qu'il n'y en ait qu'un de caché, ou que les deux le soient. Cela résulte des recherches très importantes de MM. Follin et Goubeaux, et de M. Godard. En outre, ces observateurs admettent que, dans la cryptorchidie simple, le testicule descendu peut seul procréer; que la cryptorchidie double entraîne l'infécondité pour l'homme. Les preuves en faveur de cette opinion sont de deux sortes : 1° des individus à l'état de cryptorchidie double, mariés, n'ont pas eu d'enfants (M. Godard en a observé quatre cas); 2° on n'a pas trouvé de spermatozoaires dans les testicules ni dans les vésicules séminales de deux hommes cryptorchides dont l'autopsie a pu être faite. (Godard, *Monorchidie et cryptorchidie*, 1857.) On n'en a pas trouvé davantage dans le sperme éjaculé par plusieurs cryptorchides vivants.

Par conséquent, l'infécondité masculine est prouvée dans les cas de testicules non descendus, parce que plusieurs individus mariés dans ces conditions n'ont pas eu d'enfants, parce que leur sperme manque d'animalcules. Je vais examiner la valeur de ces deux propositions en commençant par la seconde.

Absence des animalcules. — Dans toutes les observations recueillies jusqu'ici de testicules arrêtés dans leur migration, et retenus dans la cavité abdominale ou dans le canal, ou au-devant de l'anneau externe, il y avait absence complète de zoospermes. Ce fait est certainement très important, d'autant plus, car je ne veux en atténuer nullement la portée, que chez les monorchides le testicule descendu dans le scrotum en contient toujours, en même temps que l'autre en manque. Toutefois, il me semble qu'il serait encore prématuré de déclarer que c'est là une règle absolue et invariable. Voici pourquoi. D'abord, parmi les examens que l'on a faits, il y en a qui ont eu lieu après la mort, par conséquent après une maladie qui a pu avoir son influence sur les zoospermes. Ensuite, quand l'examen a été fait sur du sperme éjaculé pendant la vie, il n'a eu lieu probablement qu'une seule fois ou un petit nombre de fois. Or, n'est-il pas possible que tel individu n'ayant aujourd'hui que des spermatozoïdes rudimentaires et incomplets, en sécrète de plus développés dans un autre temps, où il éprouverait un grand accroissement de forces et de bien-être, comme cela arrive sous l'influence d'une situation heureuse et d'une nourriture abondante? Je citerai plus loin une observation dans laquelle des testicules atrophiés jusqu'à l'âge de vingt-six ans ont acquis en deux ans le volume qui est ordinaire aux adultes sous les incitations d'un amour vif ou du mariage. Je pense donc que, pour déclarer l'absence absolue des animalcules dans tous les testicules non descendus, il faudrait répéter l'examen du sperme à plusieurs reprises et à différentes époques pour chaque cas.

Admettons cependant que le fait soit constant, il faut l'interpréter et lui donner sa signification exacte, ce qui revient à un problème difficile de physiologie, à la théorie de la génération. L'opinion actuellement dominante en France est que les zoospermes sont indispensables à la fécondation, et en sont le moyen, en quelque sorte l'instrument. Cette doctrine, qui est le résultat des beaux travaux de MM. Prévost et Dumas (*Annales des sciences naturelles*, 1825), a été récemment fortifiée par les recherches de Lallemand (de Montpellier) (*Pertes séminales involontaires*, 1839), et je crois qu'elle est devenue prépondérante, malgré les objections de Burdach, de Baër, de Bory de Saint-Vincent et autres. Il est évident que c'est elle seule qui autorise à nier la filiation légitime dans certains cas qui pourraient faire l'objet d'une contestation médico-légale, et j'ai peine à comprendre que M. Godard, par exemple, qui revendique pour lui seul l'idée première de la stérilité absolue dans la cryptorchidie double, n'ait pas montré la difficulté telle qu'elle existe, et n'ait pas envisagé le problème dans son entier. Il rapporte que quatre cryptorchides mariés n'ont pas eu d'enfants; cela est loin d'être suffisant, et c'était bien le cas d'invoquer un argument plus élevé tiré de la physiologie, et surtout de l'entourer d'une démonstration irrécusable.

Quelles sont donc les preuves qui établissent que les zoospermes sont indispensables à la fécondation? Je ne veux pas faire un examen complet de la question; je me bornerai à quelques points principaux. Voici ces preuves :

1° Les zoospermes n'existent chez les animaux que dans le

---

temps commençait à user, puis de déterminer si nettement, si fermement, leurs bases expérimentales, que sa propre doctrine pouvait y trouver sa ruine au lieu de sa consolidation, comme il est arrivé en partie. D'ailleurs, la gratitude n'est pas enchaînée aux doctrines, la liste des convives le montrait de reste; et c'est assez pour justifier une démonstration de ce genre qu'elle ait eu pour objet de fêter dans un maître le zèle, le dévouement et l'intelligence, mis au service de l'enseignement libre.

C'est ce que n'ont pas compris ou voulu admettre quelques-uns de ceux qui ont joué un rôle au dessert. On a bu *à la doctrine!*

O ciel, pour *ce discours* quel temps choisissez-vous,

cher et spirituel lyonnais? A moins que vous n'ayez jugé à propos de porter la *santé* d'une malade, comment n'avez-vous pas senti que ce devait être le caractère particulier et le charme de la réunion d'être fermée aux disputes d'écoles? Êtes-vous bien sûr d'avoir répondu aux sentiments de la majorité de l'assistance, notamment de ces excellents confrères, quelques-uns spécialistes, qui étaient venus là pour rendre ce témoignage, que leur opposition scientique, parfois même leurs revendications de priorité, n'avaient rien retranché de leurs sympathies pour la personne de M. Ricord, et dont la présence ne signifiait autre chose qu'un hommage rendu au talent? A vous entendre, les adversaires de la doctrine sont rongés « de honteuses passions. » Avez-vous bien pesé ce mot? Avez-vous songé que vous pourriez vous trouver en face de M. Velpeau, qui ne croit pas un mot de cette doctrine et qui ne manque guère les occasions de le dire publiquement? Pour cet éminent confrère, comme pour la grande majorité des médecins, la contagiosité de la syphilis secondaire était expérimentalement démontrée il y a vingt ans, il y a trente ans. A-t-il, lui ou quelque autre, accusé de sentiments déshonnêtes ceux qui résistaient à l'opinion générale? Si on l'eût fait, quels cris, et quels justes cris dans l'École! On s'est étonné de n'avoir vu au banquet qu'un seul des chefs de l'enseignement officiel; ne serait-ce pas que les autres ont eu le tact assez fin pour pressentir ce qui s'y passerait? Jugez vous-même si l'on devrait les en blâmer! Voyons, cher

temps des amours ou du rut, et alors ils se montrent toujours dans le sperme.

2° Ils n'existent point chez le mulet, animal qui ne se reproduit pas.

3° Chez l'homme, on ne les trouve à l'état d'animalcules complets ni dans l'enfance, ni avant la puberté; on avait dit même, ni dans la vieillesse; mais on verra bientôt que c'était là une erreur. On les rencontre toujours à l'âge adulte, durant la virilité, et leur nombre, leur volume, l'agilité de leurs mouvements sont proportionnés à la vigueur des individus qui les portent. Pendant les maladies longues ou les convalescences, ils disparaissent pour se reformer quand les forces sont revenues.

Chacun de ces arguments a une notable valeur, et tous réunis ont une grande force. Je dois cependant présenter quelques remarques sur divers points.

D'abord on trouve des zoospermes chez les vieillards, non-seulement chez quelques-uns, mais chez un grand nombre, et à un âge très avancé. Cela résulte d'un travail de M. Duplay (*Recherches sur le sperme des vieillards; — Archives générales de médecine*, 4e série, t. XXX, p. 385; 1852). Les faits exposés dans son mémoire ont une telle importance qu'il est utile d'en présenter ici un résumé.

Sur un total de 51 vieillards, il a trouvé des zoospermes chez 37, dont 8 n'avaient pas moins de 60 ans, 20 pas moins de 70 ans, et 9 pas moins de 80 ans (l'un même avait 82 ans). — Parmi les 14 vieillards dont le sperme manquait d'animalcules, 3 étaient au-dessus de 60 ans, 7 étaient au-dessus de 70, et 4 avaient 84, 85, 86 ans.

Les testicules, chez tous ces vieillards, étaient mous, flasques, très sensiblement diminués de volume, quelques-uns même notablement atrophiés. Leur tissu était normal, sans altération fibreuse ou autre.

Le poids de ces organes a été noté avec soin. Chez les individus pourvus de zoospermes, la moyenne était de 11 grammes pour le testicule droit, et de 12 grammes pour le testicule gauche. Le poids le plus élevé a été de 21gr,50, le moins élevé de 4gr,50. — Chez les individus privés d'animalcules, le poids le plus élevé a été de 20gr,40, le moins élevé de 3gr,25. — Je note ici que le poids moyen d'un testicule d'adulte est à peu près de 25 grammes, en ne pesant que la glande séparée même de l'épididyme.

Les spermatozoaires étaient nombreux et bien développés. Dans la majorité des cas (27 fois) ils étaient parfaitement conformés, avaient une tête volumineuse, une queue longue, et ne différaient en rien de ceux qu'on trouve chez les adultes. Chez quelques individus, à côté de spermatozoaires bien développés, on en trouvait plusieurs à queues tronquées, et aussi de petits corps ovoïdes qu'on regarde comme des têtes d'animalcules. Le nombre était quelquefois aussi grand que chez l'adulte; le champ du microscope en était couvert, et on les voyait très rapprochés les uns des autres, s'entrecroiser dans tous les sens. Cette richesse des animalcules a existé 7 fois; 16 fois il y en a eu encore un grand nombre, quoique moindre; 14 fois ils ont été rares, mais alors souvent, quoique peu nombreux, ils étaient parfaitement développés.

Lorsque parurent les recherches de M. Duplay, je les avais trouvées très intéressantes. Maintenant que je veux les faire servir à la question de la stérilité des cryptorchides, je reconnais qu'elles dérangent toutes les idées reçues. La majorité des vieillards a un sperme fécondant, et plusieurs l'ont aussi fécondant que les adultes, malgré la flaccidité, la mollesse et la diminution de volume de la glande séminale. Et, chose plus surprenante encore, un vieillard de quatre-vingt-deux ans, avec un testicule atrophié au point d'avoir perdu 5 parties de son poids (descendu de 25 grammes à 4 grammes), possède des spermatozoaires, tandis qu'un testicule d'adulte vigoureux, retenu au-devant de l'anneau inguinal externe, en manque totalement.

Et il n'y a pas à contester les résultats annoncés par M. Duplay. Ses recherches ont été faites avec autant de soin que d'habileté; et il les a plusieurs fois soumises au contrôle et au jugement de la Société de biologie.

On est tenté de conclure de ces résultats que les vieillards sont plus aptes à la fécondation qu'on ne l'a cru jusqu'ici. On a admis des cas de paternité exceptionnelle, chez des hommes très âgés, et M. Duplay lui-même cite quelques-uns de ces cas extraordinaires. Mais je pense qu'il vaut bien mieux, à cet égard, s'appuyer sur des idées physiologiques que sur des histoires telles que celles-ci. Caton le Censeur eut un fils à l'âge de quatre-vingts ans; Massinissa, roi de Numidie, en eut un à quatre-vingt-dix ans. Un Norvégien, nommé Jean Surrington, mourut à l'âge de cent soixante ans, laissant un fils âgé de neuf ans.

Si les vieillards sont en grand nombre capables de fécondation, on doit se demander pourquoi, néanmoins, ils procréent rarement. La réponse pourrait être celle-ci : L'homme a besoin de trois conditions pour accomplir son rôle dans la fécondation. Il faut d'abord qu'il ait un sperme fécondant; il faut ensuite que le pénis puisse entrer en érection, et enfin que le liquide fécondant soit projeté par éjaculation. Or, l'érection physiologique est rare dans la vieillesse, et probablement l'éjaculation plus rare encore, ce qui rend presque inutile, à cet âge, la présence d'un sperme pourvu de toutes ses qualités.

— Les spermatozoaires ne manquent pas seulement chez quelques vieillards, ils font aussi défaut pendant le cours et à la suite des grandes maladies. Sur trente-deux cadavres, Lallemand n'en a trouvé que deux fois : une fois, la mort ayant eu lieu subitement; l'autre fois, la mort étant survenue après une gastro-entérite aiguë. Tous les autres individus avaient séjourné pendant longtemps à l'hôpital, pour des maladies chroniques. L'un d'eux, à la vérité, avait succombé en deux jours, d'une péritonite aiguë, mais Lallemand fait remarquer, pour expliquer l'absence des spermatozoaires chez lui, qu'il avait soixanta-treize ans, explication illusoire d'après ce que je viens d'exposer précédemment.

---

collègue, un peu de bienveillance réciproque, un peu de justice surtout. Bah! les passions *honteuses* ont profité à la pratique de M. Ricord plus qu'elles n'ont nui à sa renommée scientique; voilà la vérité toute crue (1).

Un autre convive, un chansonnier syphilographe de Bordeaux, a représenté le héros de la fête comme une manière de colosse de bronze contre lequel s'ébrècheraient *griffes* et *dents*, « ces stylets *impurs* de l'envie. » On pourrait faire à la rigueur de petits stylets avec des griffes et des dents, qui serviraient au moins de manche; mais nous ne voyons d'autre moyen de rendre ces stylets *impurs* que de les frotter de quelque poison, à la façon des sauvages; et vraiment c'est un peu fort. Notez que, dans deux ou trois productions du même poëte, écloses dans des circonstances analogues, on retrouve la même image, qui paraît être le fond de sa littérature. Tout cela est vu de loin et de bas. On peut dire précisément de M. Ricord qu'il n'a point d'envieux, ni d'ennemis. Les agréments de son caractère lui ont fait une couche de miel qui ont toujours adouci pour lui les conséquences de défauts (qui n'en a pas?) ou de fautes (qui n'en commet pas?) dont beaucoup d'autres se seraient mal trouvés. Depuis longtemps même, ses idées ne sont combattues de front que par des écrivains chez lesquels on serait en peine d'indiquer un prétexte un peu vraisemblable de jalousie; et ceux, au contraire, que la malignité pourrait suspecter de ce pitoyable sentiment, comme ses concurrents dans la spécialité, ne trouvent pas de procédés assez doux pour enlever de temps à autre à son édifice ces petites pierres dont on a parlé; si bien que, par le renversement d'un usage connu, ils ne manquent presque jamais de mettre un drapeau sur la maison au moment même où ils travaillent à la démolir. M. Ricord a jugé plus sainement les choses quand il a parlé de ses *énergiques adversaires*. N'en a pas qui veut.

Tout bien pesé, c'est M. Toirac qui était le moins exposé à n'être pas dans le ton de la circonstance. On connaît le talent et l'esprit que déploie notre confrère dans un genre de compositions

(1) Ce petit sermon ne nous empêche pas de reconnaître que les questions de syphilographie ne sont nulle part traitées avec plus de force et plus de véritable sentiment du progrès que dans la Gazette médicale de Lyon. A. D.

Relativement à l'influence des maladies, les résultats de Lallemand sont en contradiction avec ceux de M. Duplay, car ce dernier observateur a indiqué le genre de mort des vieillards qu'il a examinés, et plusieurs de ceux qui offraient des animalcules ont succombé à des maladies chroniques.

M. Godard a trouvé des spermatozoaires dans les vésicules séminales d'individus morts de pneumonie, de pleurésie, de gangrène du poumon, de phthisie, de fièvre typhoïde, de cancer, de néphrite albumineuse, de péritonite, d'abcès urineux. Cela prouve au moins que des maladies, même longues, ne les détruisent pas toujours. Mais on voit aussi par le désaccord des observateurs qu'il serait utile d'avoir des recherches exactes sur l'influence que les maladies exercent sur les zoospermes, et que ce sujet a besoin d'être éclairé avec précision, comme l'a été la question du sperme chez les vieillards.

Mariages stériles. — M. Godard a réuni quatre cas de cryptorchidie double avec mariage sans enfants. Mais à ces faits on peut opposer : 1° une observation de M. Poland d'un homme qui avait les deux testicules cachés avec tous les signes de la virilité, qui se maria deux fois et eut deux enfants (Curling, p. 28); 2° l'histoire d'un homme de trente ans, observé par M. Cock de Guy's Hospital dont les deux testicules étaient retenus dans le ventre, et qui avait de vifs désirs vénériens. Il s'était marié deux fois et avait eu des enfants de ses deux femmes. Employé dans une auberge, il avait eu des intrigues avec la maîtresse de la maison et avait débauché la fille de comptoir (Curling, p. 28); 3° mon malade Lebert fait le troisième cas; 4° si l'on veut y joindre le cas mentionné par M. le docteur Puech dans une lettre adressée à la Gazette hebdomadaire, 15 décembre 1856, on aura juste autant d'observations que M. Godard pour opposer aux siennes.

Le même auteur s'appuie sur ce que les cryptorchides sont en général délicats et privés dans l'habitude extérieure des signes ordinaires de la masculinité. Il a trop généralisé ce que l'on observe en certains cas. Les cryptorchides se divisent en deux groupes: il y en a qui sont en effet délicats, blonds plutôt que bruns, qui *ont la voix faible* avec un *timbre féminin*, et ont peu de désirs vénériens; mais d'autres sont aussi forts que les autres hommes, ont de la barbe et aiment la cohabitation avec les femmes. Mon malade Lebert était dans cette dernière catégorie, et il avait très certainement les formes et les apparences masculines plus prononcées qu'une foule d'individus grêles et efféminés qui ont les testicules dans le scrotum, et à qui l'on accorde une descendance légitime.

J'ai montré que les cas de stérilité ne prouvent rien, puisqu'on peut leur opposer des cas de mariages suivis d'enfants; mais je dois avouer ici que la question n'est pas pour cela décidée, bien qu'à la rigueur il suffit d'un seul fait de ce dernier genre pour arriver à une démonstration. La question n'est pas décidée, parce qu'on peut accuser la fidélité de la femme, et tant que les observations de cryptorchides seront en petit nombre, commes elles le sont aujourd'hui, on ne pourra pas tirer un grand parti des suites du mariage.

Il faut donc revenir, en définitive, aux preuves anatomiques et physiologiques qui établissent : 1° que les testicules sont plus petits; 2° qu'ils sont dépourvus d'animalcules.

Il est très certain que les testicules arrêtés dans leur migration sont plus petits que les autres, de moitié ou au moins d'un tiers. Cela existe pour la majorité des cas, et l'on ne connaîtrait pas d'exception à cette règle s'il n'y avait un exemple dû à M. Cloquet d'un testicule arrêté dans la fosse iliaque, qui était aussi gros que l'autre. Cette diminution de volume est déjà une présomption pour une diminution dans la fonction. Cependant, au premier abord, on pourrait penser que la modification porterait plutôt sur la quantité du liquide sécrété que sur sa composition, s'il est vrai que le tissu testiculaire reste sain et normal. Or, les canaux séminifères et le tissu de la glande sont sains. La dégénérescence fibreuse ou graisseuse que M. Follin a indiquée comme un fait habituel ne s'y trouve, au contraire, qu'à l'état d'exception. Ces altérations manquaient sur tous les testicules examinés par M. Godard et sur trois que j'ai rencontrés moi-même. On doit donc admettre qu'en général le tissu du testicule a sa conformation normale, ce qui rend plus difficile d'expliquer la suppression des animalcules.

Le point capital est donc cette absence des spermatozoaires; il faut dire même que c'est uniquement à cause de leur absence qu'on déclare l'infécondité. Mais je me demande si ce point de physiologie est absolument vrai ou absolument démontré. Pour l'établir, on se sert de tout, de raisons qui ne sont que des demi-preuves, et ici toute demi-preuve doit être rejetée. Si un homme marié sans enfants n'a pas d'animalcules ou en a peu, de petits, de rudimentaires comme on dit, on donne ce fait en preuve de cette manière de voir. Il y a des attestations de ce genre dans Lallemand. Je me borne à dire que dans une question aussi complexe, aussi difficile que celle de la stérilité, il faut avoir un nombre considérable de faits bien vérifiés, et tenir compte de toutes les causes possibles de la stérilité du côté de la femme autant que de l'homme. Et puis, bien que l'on puisse expliquer en partie le peu de procréation des vieillards par l'impuissance qui leur est assez ordinaire, je ne peux pas m'empêcher de trouver étrange qu'avec des testicules flétris et quelquefois atrophiés, ils conservent une fécondité aussi grande que le fait supposer l'état de leurs animalcules. Pour mon compte, quand je vois les spermatozoaires persister jusqu'au delà de quatre-vingts ans, j'avoue ne pouvoir éloigner de mon esprit des doutes sur leur rôle indispensable dans la fécondation.

Mais dans l'histoire même de la cryptorchidie, il y a certaines particularités embarrassantes. Il arrive quelquefois que le testicule, arrêté dans sa migration, finit par descendre dans le scrotum, soit de lui-même, soit sous l'influence d'une cause qui peut être amenée par le hasard. Mayor (de Lauzanne) a rapporté un cas dans lequel le testicule était descendu à l'âge de trente-cinq ans. Verdier cite un homme dont les deux testicules descendirent à l'âge de trente-

---

poétiques, récitées ou chantées, dont les fleurs poussent presque toutes sur le terrain cultivé par M. Ricord. Il paraît qu'il s'est cette fois surpassé dans une chanson, et c'est là un fier éloge! Malheureusement il paraît aussi que la décence ne permet pas, même à un journal de médecine, de reproduire cette chanson, dont l'Union médicale ne donne que ces quatre vers :

Christoph' Colomb, en passant le tropique,
Nous rapporta ce qu'il avait conquis,
Et tu devais, enfant de l'Amérique (1),
Guérir le mal qui vient de ton pays.

Ce quatrain a fait immédiatement éclore dans le bureau d'esprit de la Gazette hebdomadaire une strophe dont le défaut d'espace ne nous permet d'insérer que la moitié.

Tu fis, Ricord, la France heureuse et fière
Lorsque tu vins d'Amérique à Paris.

(1) M. Ricord est natif de l'Amérique.

Fils adoptif, trop heureuse ta mère,
Si tu n'as pas eu *le mal du pays!*
Mais, dans l'exil, si. . . . . . .

Les esprits vicieux se rencontrent.

Dr Aliquis.

— L'association médicale de la Marne est intervenue, il y a quelques jours, comme partie civile dans un procès correctionnel intenté à deux prétendues somnambules de Fismes. Elle a obtenu un résultat analogue à celui qu'a obtenu récemment l'Association de Provins.

Les deux prévenues ont été condamnées, l'une à 150 fr. de dommages-intérêts envers les médecins du département, et l'autre à 50 fr.

Ces indemnités ont été consacrées, par la Société médicale de la Marne, à des œuvres de bienfaisance.

quatre ans à la suite d'un effort. D'une autre part, M. Godard a connu un étudiant âgé de vingt-trois ans qui avait un testicule dans le canal inguinal, et qui lui a affirmé que les deux glandes séminales avaient été placées dans le scrotum jusqu'à l'âge de dix ans; mais qu'à cet âge, sans coup ni chute, ni aucune cause, l'une des glandes était remontée dans le canal où elle s'était fixée.

Or, dans des cas de ce genre, qu'advient-il pour les zoospermes? Est-ce que l'on peut comprendre et admettre que ces animalcules attendent pour se développer que les testicules soient descendus par hasard à trente-quatre ou trente-cinq ans? M. Godard dit à ce propos : « Quant à nous, nous ne voyons pas pourquoi un testicule » qui était parfaitement sain dans l'abdomen ou dans le canal » inguinal, mais qui ne sécrétait pas de spermatozoaires, ne de- » viendrait pas apte à cette fonction (de sécréter des spermato- » zoaires) quand il est descendu dans le scrotum, où il est placé » dans des conditions toutes nouvelles dont nous avons signalé » l'importance. » (*Monorchidie et cryptorchidie*, p. 149.) Et quelles sont ces conditions? M. Godard le dit ailleurs : ce sont les mouvements auxquels sont soumis les testicules dans les bourses. Pour lui, les mouvements expliquent la formation des zoospermes, et si les testicules non descendus en sont privés, « c'est parce qu'ils » n'ont pas la mobilité qui leur est propre, et dont ils jouissent » dans le scrotum, où à chaque instant ils sont soumis aux con- » tractions du crémaster. » (P. 72.) J'imagine que ces explications ne seront pas satisfaisantes pour tout le monde (1).

Pour augmenter tous les doutes que je veux faire naître dans cette question, je citerai le fait suivant rapporté par le chirurgien Curling : « Un homme de vingt-six ans fut trouver Wilson pour lui » demander s'il était apte au mariage. Ses testicules et son pénis » n'étaient pas plus volumineux que ceux d'un enfant de huit ans. » Il n'avait jamais éprouvé de désirs vénériens jusqu'à l'époque où » il avait connu sa future; depuis ce moment, il avait eu de fré- » quentes érections et des pollutions nocturnes. Il se maria, devint » père de famille, et, deux ans après son mariage, à vingt-huit ans, » les testicules avaient augmenté de volume, au point d'avoir à » peu près atteint les proportions qui sont habituelles chez l'adulte. » (Curling, p. 65.) Ainsi voilà une très vive incitation qui fait grossir les testicules de deux ou trois fois leur volume. Serait-il plus étrange que des causes de même genre fissent sécréter des zoospermes?

En terminant, je veux bien indiquer le point précis où je me place et où je veux laisser la question des cryptorchides.

J'ai observé un homme fort, brun, assez vigoureux, couvert de poils abondants, aimant et pratiquant le coït, marié, se croyant père d'un fils que lui a donné sa femme. Ses testicules, non descendus dans le scrotum, n'avaient pas de dégénérescence fibreuse ni graisseuse; ils étaient plus petits qu'à l'ordinaire, et, quoique de structure normale, étaient dépourvus de zoospermes, comme cela est la règle pour les testicules arrêtés dans leur migration. Il s'agit de déterminer si la paternité de cet homme est vraie, et le cas peut se présenter pour d'autres. Les travaux publiés récemment sur ce sujet élèvent de très fortes présomptions contre la fécondité de cette espèce d'hommes. Je suis le premier à reconnaître et à admettre ces doutes, que je partage; mais je crois aussi que l'on va trop loin en affirmant absolument la stérilité. Ni les observations recueillies ne sont suffisantes, ni la théorie scientifique de la fécondation, au moyen des zoospermes, n'est assez rigoureusement démontrée pour que l'on affirme une telle conclusion. Il n'est pas besoin de rassembler ici les autorités contradictoires et de les opposer les unes aux autres, et j'ai évité avec soin de faire appel aux autorités diverses des physiologistes sur ce point de doctrine. Je veux citer seulement le motif avec lequel Owen, et après lui Curling, combattent l'opinion de Hunter, qui regardait déjà les testicules retenus à l'anneau comme inféconds. Ils pensent que de tels individus « doivent avoir des testicules complets, puis- » qu'ils ont les passions et les facultés viriles. » En effet, il est étrange qu'un homme qui a toutes les apparences de la vigueur et de la force, qui aime les femmes et en donne des preuves (comme le malade de Coke), qui a des érections, des éjaculations de sperme, que cet homme soit infécond parce que ses testicules n'ont pas de zoospermes, et que ses testicules soient privés de zoospermes parce qu'ils sont fixés au-devant de l'anneau inguinal externe, au lieu d'être à 2 ou 3 pouces plus bas, au fond du scrotum. Cela est étrange surtout si, en vertu de la même théorie de la génération, des vieillards dont les testicules sont réduits à un tiers ou un quart de leur volume normal, ont des animalcules et un sperme fécondant à cause de la situation de ces testicules dans les bourses. Et ces vieillards, munis d'un sperme fécond, sont en général sans désirs et impuissants. Une telle distribution des choses serait certainement contraire aux voies que suit ordinairement la nature.

Je n'ai pas voulu trancher la question, que je crois encore à l'étude et non décidée. Mon but sera atteint si j'ai prouvé qu'il y a lieu à conserver des doutes et qu'il est nécessaire de recueillir de nouveaux faits.

(1) Beaucoup d'animaux qui possèdent des zoospermes ont naturellement les testicules logés dans le ventre.

---

Note sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par les inoculations répétées du virus chancreux, lue à la Société allemande de Paris, par le docteur Mansouroff (de Moscou).

La syphilisation, trouvée par M. Auzias-Turenne, proposée par lui dans le premier temps comme moyen prophylactique de la syphilis, et appliquée au traitement de la syphilis constitutionnelle d'abord par M. Sperino, ensuite par MM. Boëck, Sigmund, Steinberg, Danielsen, Hebra et autres, est un grand fait, dont l'importance a attiré l'attention du monde savant; mais dans l'état actuel de la science, cette découverte doit-elle être généralement adoptée, ou doit-elle être rejetée même comme méthode de traitement de la syphilis constitutionnelle? Voilà la question importante pour la science et l'humanité qui sera bientôt jugée d'une manière définitive par les savants des différents pays.

Le nombre très considérable des faits, qui depuis plusieurs années ont été soigneusement étudiés à Turin, Christiania, *Stockholm*, Vienne, Berguen, Pesth et ailleurs; l'autorité scientifique et l'honorabilité bien connue des médecins qui se sont occupés de cette question, et les études que j'ai pu en faire pendant cinq mois à Vienne et onze mois à Turin, m'autorisent à publier dans cette note un court aperçu de mes convictions et de mes études, qui plus tard seront exposées d'une façon très étendue dans un ouvrage que je publierai en Russie, et qui, j'aime à le dire d'avance, sera favorable à la syphilisation comme méthode curative de la syphilis constitutionnelle.

1. MM. Sperino et Boëck, qui ont observé et publié un grand nombre de faits, ont établi les trois propositions suivantes :

*a*) Les inoculations répétées du virus chancreux produisent l'immunité;

*b*) Les symptômes de la syphilis constitutionnelle disparaissent sous l'influence des inoculations;

*c*) La syphilisation agit d'une manière bienfaisante sur l'état général des malades.

Ces trois propositions font la base de la syphilisation, et un certain nombre de faits observés par moi m'ont convaincu qu'elles ne peuvent pas être contestées toutes les fois que la syphilisation a pu être pratiquée régulièrement. Ainsi, j'ai vu qu'en général après vingt ou trente jours commence la disparition des symptômes de la syphilis constitutionnelle, et qu'après deux, trois ou quatre mois, et rarement plus, on observe la guérison du malade. Ce temps varie selon les individus, la gravité de la maladie, les traitements mercuriaux qu'ils ont subis, etc.

2. Quant à la syphilisation comme moyen prophylactique chez l'homme sain, elle n'a jamais été pratiquée sur l'individu sain par MM. Sperino et Boëck; et depuis l'année 1852, elle a même été abandonnée par M. Auzias-Turenne, qui l'a pratiquée quelquefois sur des individus affectés de chancres. L'immunité absolue procurée par les inoculations est d'ailleurs, en général, un état passager. Après quelques années, et même dans quelques cas exceptionnels après des mois, le malade perd en partie cette immunité, quoique

la guérison de la syphilis constitutionnelle persiste chez lui; et les récidives ou plutôt les cas de guérison incomplète ont été guéris facilement avec un très petit nombre de nouvelles inoculations, attendu que ces individus sont difficilement inoculables. Par conséquent, si le temps nous prouve que la syphilisation prévient les récidives de la syphilis constitutionnelle, comme mes études m'en donnent l'espoir, il est facile de prévoir l'avenir de ce nouveau traitement.

3. Si après quelques inoculations on interrompt le traitement pendant plusieurs jours, on voit survenir de nouveaux accidents syphilitiques ou s'aggraver ceux qui existaient; mais les uns et les autres disparaissent bientôt, si l'on reprend les inoculations et si on les répète sans interruption jusqu'à l'immunité. La production des chancres étant la condition essentielle de la syphilisation, on peut en favoriser l'évolution chez les individus mercurialisés par une petite dose d'iodure de potassium, qui, du reste, peut être remplacé par d'autres moyens.

4. Avant et pendant le traitement, il faut éloigner les causes susceptibles de produire la complication d'une maladie inflammatoire. Si celle-ci survient, les chancres artificiels peuvent s'enflammer et prendre une certaine gravité, surtout chez les individus qui ont déjà été traités par les mercuriaux. Ainsi, il est quelquefois nécessaire de recourir à un purgatif, à quelques bains, à des boissons délayantes avant ou pendant qu'on pratique la syphilisation.

5. L'observation a démontré que toutes les formes de la syphilis constitutionnelle les plus récentes et les plus anciennes peuvent être guéries par la syphilisation. Parmi ces formes, je puis compter plusieurs cas d'affections des os du crâne et des extrémités, des affections des ongles, du tissu cellulaire, etc. Dans ces cas graves, lorsque l'organisme ne présentait qu'une très faible réaction aux inoculations, on employa quelquefois l'iodure de potassium, qui, on le sait, est un bon moyen dans le mercurialisme et qui favorise le développement des ulcères inoculés. Dans les cas moins graves, les syphilides par exemple, l'effet de l'iodure de potassium était ou nul ou même nuisible, parce qu'il favorisait l'explosion des affections de la peau.

6. De tous les faits connus jusqu'à présent, il résulte que les récidives après la syphilisation ne dépassent pas 5 pour 100, tandis que les récidives après le traitement mercuriel ont été observées chez le tiers ou même la moitié des malades (Boëck); les récidives après la syphilisation présentent ordinairement des formes légères qui guérissent, après quelques inoculations, en très peu de temps.

7. L'âge et le sexe des malades ne constituent aucune contre-indication pour le traitement de la syphilis constitutionnelle par le moyen des inoculations. Le professeur Boëck guérissait des enfants de huit semaines aussi bien que des vieillards de soixante-sept ans; les expériments du professeur Sperino étaient faits presque exclusivement sur des femmes, et démontrèrent que les fonctions utérines n'étaient jamais troublées par le traitement; au contraire, avec l'amélioration de l'état général, les malades guérissaient de l'anémie syphilitique et de l'aménorrhée. Quant aux enfants affectés de la syphilis héréditaire, ils mouraient souvent, malgré la syphilisation, comme malgré tout autre traitement (Boëck).

8. La santé des malades, améliorée pendant le traitement, se maintient après la guérison, ce qui a toujours beaucoup encouragé MM. Sperino et Boëck à persister dans leurs études. Les malades ne sont pas exposés aux dangers d'une intoxication mercurielle ou iodique, ni à leurs suites; ils ne portent pas dans leur corps et dans les viscères le mercure pendant quatre mois et même plus après la fin du traitement (Gorup-Bezanez, Michaëlis, Schröder van der Kolk, Kletzinsky, etc.).

9. Ce n'est que l'étude pratique de la syphilisation qui peut procurer la conviction sur sa valeur curative. Aussi est-ce l'opinion générale des célèbres professeurs MM. Oppolzer, Hebra et Sigmund que la syphilisation doit être étudiée pratiquement avant d'être jugée sous le double point de vue de sa valeur thérapeutique et de son applicabilité dans les différents cas de la syphilis constitutionnelle. Outre les opinions émises en France et en Italie sur la syphilisation, nous avons pu lire aussi les opinions plus ou moins différentes de MM. Behrend, Hanon, von Baerensprung, Michaëlis, Simon, Sigmund, Faye, Herrmann, Kalischer et autres; de même que nous avons pu lire les ouvrages classiques des savants professeurs MM. Boëck et Sperino; ces ouvrages et le nombre considérable de faits observés cliniquement dans les hôpitaux de Turin et de Vienne, ainsi que dans la pratique privée de M. Sperino, m'ont permis d'étudier la syphilisation et d'avoir une idée arrêtée sur cette nouvelle méthode de traitement. Et quand on pense qu'il existe des médecins qui n'emploient jamais le mercure et appliquent la syphilisation toutes les fois qu'ils la jugent nécessaire (MM. Boëck à Christiana, Baumann à Lillehammel, et Wildagen à Drammen), on concevra alors que ce traitement a des bases solides, malgré que son côté pratique n'a pas encore subi tous les perfectionnements dont il est susceptible.

10. Il est inutile de dire que la syphilisation a inauguré une réforme dans la syphilologie, et que cette réforme a été achevée par l'étude de la physiologie pathologique. « La syphilisation nous prouve à l'évidence, dit Michaëlis (*Compend.*, etc. Wien., 1859, p. 345), que la syphilis est une maladie qui guérit par les forces seules de la nature; et s'il réussit au médecin de transformer la syphilis-affection chronique dans un procès exanthématique à marche aiguë, la syphilisation devient un bienfait pour le malade, car elle le met sur la voie de la guérison naturelle (*Naturheilung*) et lui épargne un traitement déprimant quelconque. » Ces paroles ont été écrites par un savant qui défend le mercure et qui juge sévèrement la syphilisation après l'avoir expérimentée avec succès. Son opinion diffère donc des opinions indulgentes des antimercurialistes récents.

Les résultats et les faits des dernières observations ne pouvant être exposés d'une manière plus détaillée dans cet article, je me bornerai à indiquer seulement le programme que je suivrai plus tard dans leur description. Je décrirai les méthodes de la syphilisation, les indications et les contre-indications; son procédé, les effets locaux des inoculations-chancres indurés, non indurés, chancres (ou pustules) abortifs, inoculations négatives, l'immunité, les effets de la syphilisation sur l'organisme atteint de la syphilis, mais ne souffrant pas des maladies concomitantes; sur le chancre, le bubon, la syphilisation; sur la nutrition, etc. Ensuite viendront les effets de la syphilis constitutionelle sur l'organisme atteint de la syphilis et souffrant des maladies accidentelles, comme fièvres, catarrhe, rhumatisme, anémie, mercurialisme, etc.

Je crois que l'étude de la syphilisation, sous tous ces points de vue, étant faite près du lit du malade, est destinée plutôt à jeter une lumière sur le côté pratique de la syphilisation comme méthode de traitement. Comme la syphilisation s'appuie maintenant sur des faits nombreux qui prouvent sa faculté de guérir la syphilis constitutionnelle, même ses formes graves, je me crois autorisé à croire avec M. Herrmann que la période des expériments est passée, et qu'il ne s'agit plus de la juger d'après un grand nombre de faits, mais d'après un petit nombre de faits rigoureusement observés. Et comme la vraie science ne se livre pas d'un seul coup, qu'elle est toujours relative, toujours incomplète, toujours perfectible (Ernest Kénan), il est évident que l'étude d'une de ses branches ne doit pas être abandonnée; c'est ainsi que la tâche difficile de guérir radicalement la vérole peut être accomplie.

*N. B.* Le docteur Mansouroff a fait aussi voir, dans la séance de la Société, ses planches, dessinées par lui en grandeur et couleur naturelles; ces dessins représentaient plusieurs malades syphilisés dans différentes périodes de la syphilisation.

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

ANTHROPOLOGIE. — *Sur les races de l'Océanie française, et sur celles de la Nouvelle-Calédonie en particulier*, par M. *A. Bourgarel.*

— Nous extrayons de ce travail les passages suivants : Les Néo-Calédoniens ont une taille de $1^{m},670$ environ et un système musculaire peu développé ; la couleur de leur peau varie du chocolat au jaune olivâtre foncé ; ils ont les cheveux noirs, floconneux et crépus, la barbe noire, le crâne aplati en travers, le front étroit, bombé et fuyant, les yeux ovales enfoncés sous des arcades orbitaires proéminentes et dirigés horizontalement, le nez large, épaté, les pommettes saillantes, les lèvres épaisses bordant une bouche large de 6 centimètres, les dents blanches et fortes, mais proclives, le menton arrondi, l'oreille longue et écartée du crâne ; la poitrine est longue et étroite, il en est de même du bassin ; le ventre est un peu gros, les reins sont très cambrés.

Telle est la description la plus générale que l'on puisse donner des naturels de la Nouvelle-Calédonie ; mais il suffit de passer quelques jours dans cette île pour reconnaître qu'elle n'est pas habitée par une race unique, mais bien par deux variétés distinctes, dont l'une a la peau presque noire, les cheveux courts et très crépus, le crâne allongé et aplati en travers, la face très développée, surtout en largeur, les membres grêles et disproportionnés, le pied long et plat, et me paraît représenter le véritable type nègre océanien : je la désignerai sous le nom de *variété noire;* l'autre a la peau jaune olivâtre, les cheveux plus longs et moins crépus, une stature plus élevée, le crâne moins allongé et plus large en arrière, la face moins développée, les membres mieux proportionnés au reste du corps, se rapproche des Polynésiens et n'est peut-être que le produit d'un croisement entre le type nègre océanien et le type polynésien ou le type malais : je lui donnerai le nom de *variété jaune.* (*Comm. :* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, J. Cloquet.)

Chirurgie. — *Addition au Mémoire sur le porte-à-faux*, par M. *Heurteloup*, à l'occasion d'une note récente de M. Guillon. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

M. *Poiseuille*, dans une lettre dont il a été donné lecture au commencement de la séance, en remerciant l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait de l'adjoindre à la liste des candidats pour la place vacante par suite du décès de *M. C. Duméril*, annonce qu'il croit néanmoins devoir retirer sa candidature.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre qui remplira dans la section d'anatomie et de zoologie la place devenue vacante par suite du décès de *M. C. Duméril*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 58,

| | |
|---|---|
| M. Longet obtient. . . . . . . . . . | 28 suffrages. |
| M. Blanchard . . . . . . . . . . . . | 25 |
| M. Robin. . . . . . . . . . . . . | 5 |

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant encore 58,

| | |
|---|---|
| M. Longet obtient. . . . . . . . . . | 31 suffrages. |
| M. Blanchard . . . . . . . . . . . . | 27 |

M. *Longet*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DE 2 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État adresse un mémoire de M. *Verdier* sur les épidémies qui ont régné à Barre (Lozère) en 1858 et 1859. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit une lettre relative à l'organisation du service de santé de l'armée, par M. le docteur *Gama*.

M. *le Secrétaire perpétuel* offre à l'Académie, au nom de M. Cloquet, un volume supplémentaire contenant l'explication des planches de son dernier ouvrage d'anatomie.

M. *Robinet*, élu président pour l'année 1861, prononce une courte allocution et propose de voter des remercîments aux membres du bureau sortant. (*Marques unanimes d'adhésion.*)

Puis il rend compte des visites officielles faites par le bureau de l'Académie à l'occasion du jour de l'an.

M. *le Président* annonce enfin que désormais, au commencement de chaque séance, il fera connaître l'ordre du jour.

*Lectures.*

Thérapeutique. — M. *Bouillaud* lit un rapport sur un travail de M. le docteur Sales-Girons, ayant pour titre : *De la diète respiratoire dans les maladies de poitrine.*

M. le rapporteur signale d'abord les titres que M. Sales-Girons s'est faits par ses travaux théoriques et pratiques devant l'Académie, la presse médicale et la science des maladies de poitrine. Il rappelle aussi que M. Sales-Girons est l'auteur de la pulvérisation des eaux minérales et autres liquides médicinaux, innovation qui constitue presque une méthode nouvelle sous le nom de thérapeutique respiratoire.

Arrivant bientôt à la question qui fournit la matière et l'idée du mémoire, M. Bouillaud s'exprime ainsi :

M. Sales-Girons commence par expliquer le titre de son étude. Sans doute, la respiration, synonyme de la vie, ne peut pas, comme la digestion, à laquelle s'est appliqué spécialement le mot *diète*, être soumise à une suspension complète de son *pabulum* pour un temps même très court ; mais rien n'est plus facile que de la mettre à une diète relative, c'est-à-dire de lui faire, par certains moyens plus ou moins grands, la dose de ce pabulum. Voilà pour la quantité de l'air, et notamment de l'oxygène, car c'est de l'oxygène surtout qu'il s'agit toutes les fois qu'on traite de la respiration comme synonyme de vie. Pour ce qui est des qualités de l'air atmosphérique, elles peuvent être modifiées dans l'action qu'elles exercent sur les bronches et l'hématose. C'est ce que M. Sales Girons s'est proposé de démontrer dans son mémoire avant d'aborder la question thérapeutique.

Cela posé, le grand argument de l'incurabilité des lésions pulmonaires, que l'on fondait, dit M. Sales-Girons, sur l'impossibilité de repos pour l'organe malade, se trouve sérieusement affaibli. Il était logique, étant donnée la conviction de ne pouvoir mettre la respiration à la diète, qu'on n'en cherchât pas les moyens.

M. le rapporteur fait ressortir les idées de l'auteur sur la différence fondamentale qui doit exister entre l'*hygiène* et la *diète*, deux mots dont on a eu le tort de confondre les choses dans la médecine moderne ; puis il reprend :

Selon M. Sales-Girons, l'oxygène joue dans l'état actuel de la science le rôle nuisible qu'on connaît sur les lésions à découvert. Or, dit-il, quelle lésion est plus à découvert qu'une hypertrophie folliculeuse du larynx, une inflammation des bronches, voire même la tuberculisation des poumons ? Le va-et-vient de la respiration incessante ne met-il pas ces lésions dans des conditions pires que si elles étaient sur une surface externe du corps ? Ce renouvellement continuel de l'air ne doit-il pas faire l'effet d'un soufflet qui multiplie la quantité et l'activité de l'oxygène, cet agent nuisible dans les altérations organiques à ciel ouvert ?

Que l'oxygène soit, non la cause première des lésions, mais au moins la cause d'exaspération et d'entretien, l'expérience est faite à cet égard. Il est reconnu, d'après les temps les plus reculés de la science, que l'air vif et fréquemment renouvelé est funeste aux malades de la poitrine.

Il est reconnu également que l'air tiède et mou, calme et peu agité, comme on le rencontre dans les forêts de pins et les étables à vaches, est favorable pour ces mêmes malades. Or, dans les étables, la quantité de l'oxygène descend, d'après les observations faites, de 21 à 20 et même à 19 pour 100 dans l'atmosphère confinée. Nous verrons plus loin ce que devient la normale de l'oxygène dans les forêts de pins.

Il sort de là et de bien d'autres faits fournis en preuve par

M. Sales-Girons, que, dans les affections chroniques et même aiguës, le premier précepte à observer serait de se prémunir contre cet agent, soit, non pas en le supprimant, bien entendu, mais en atténuant sa quantité et ses qualités jusqu'à la dose convenable.

Telle est l'idée de la diète respiratoire qui fait l'objet du mémoire de M. Sales-Girons. Le problème est posé, il s'agit de le résoudre. C'est ce dont va s'occuper l'auteur : poursuivons.

Dès 1845, M. Sales-Girons, pénétré déjà de la conviction que l'oxygène est l'agent d'excitation et de progrès des maladies respiratoires, avait adopté les inhalations de goudron et les atmosphères résineuses comme séjour pour les malades de la poitrine. Dans un ouvrage qu'il publia à cette date, il est écrit que les émanations balsamiques de cette vulgaire substance doivent avoir pour effet d'adoucir l'action de l'oxygène sur les surfaces lésées. Cette pensée n'avait pas été plus loin que la présomption, mais en ces derniers temps, la découverte des propriétés du *coaltar* ramène la question dans son esprit, et M. Sales-Girons se mit à l'œuvre pour savoir positivement quelle était l'influence du goudron végétal sur l'oxygène de l'atmosphère.

Bref, ayant mis le goudron au fond d'un grand bocal et ayant pris dans une éprouvette de l'air contenu dans ce bocal lorsqu'il fut saturé des émanations du goudron, il put constater que du phosphore, introduit dans l'éprouvette, n'absorbait plus l'oxygène, que la masse de l'air fut immuable durant trois jours, en un mot, que la combinaison de ces deux corps à grande affinité ne s'opérait à aucun degré.

Simplifiant l'expérience, M. Sales-Girons mit du goudron avec un pinceau au fond intérieur d'un vase à large ouverture, et suspendant un fragment de phosphore bien décapé au bout d'un fil, à un pouce au-dessous du bord du vase, il s'assura que, dès que le phosphore entre dans les premières couches de l'air goudronné, il cesse de fumer, et qu'à l'obscurité la lueur phosphorescente s'éteint. Un jour, deux jours de durée, ne changent rien au phénomène permanent, non plus qu'au poids du phosphore qui ne diminue pas. Chacun peut répéter l'épreuve et s'assurer du fait à *la température ordinaire*.

Le coaltar, essayé à la place du goudron végétal, produit le même phénomène entre l'oxygène de l'air et le phosphore ; et c'est là, probablement, ce qui explique ses bons effets dans le pansement des plaies, que les émanations balsamiques mettent ainsi plus ou moins à l'abri de l'action irritante de cet élément de toute fermentation. Cette interprétation est propre à M. Sales-Girons qui pourtant ne l'a donnée qu'en passant.

Ainsi se trouvait expliquée aussi, selon l'auteur, l'estime que l'expérience des âges avait fait accorder au goudron sous toutes les formes dans le traitement de la phthisie et des autres maladies de poitrine.

Il ne s'agissait plus que de la traduire en pratique plus facile que celle du séjour des malades dans un local confiné dont l'atmosphère serait chargée d'émanations goudronnées, ainsi qu'on l'avait prescrit jusqu'à ce jour. Il fallait, en un mot, que le malade pût facilement porter avec lui et partout, l'air que, jusque-là, on lui avait préparé dans une chambre d'où il devait sortir le moins possible.

Pour opérer cette espèce de tour de force, dit M. le rapporteur, M. Sales-Girons a imaginé de modifier l'air respiré au moment même de son introduction, c'est-à-dire à son passage sur les lèvres et les narines. L'appareil propre à cette opération est bien simple ; il n'est même qu'un ingénieux perfectionnement de ce cache-nez-cravate assez généralement adopté aujourd'hui, et que la plus saine hygiène semble avoir inspiré.

Ce qui distingue le petit appareil de notre savant confrère de ceux qu'on a imaginés pour échauffer seulement l'air respiré, et que, pour cette raison, on a nommés *spirothermes*, c'est l'addition d'une petite pièce dans laquelle est disposé le goudron.

M. Bouillaud présente à l'Académie le petit appareil, qu'un simple cordon retient derrière les oreilles, et qui se maintient sans gêne aucune bien adapté sur les lèvres et le bord des narines ; il se compose de deux feuilles d'un tissu de crin entre lesquelles s'étend la petite pièce qui contient le goudron.

On comprend ce qui a lieu : l'air inspiré passe d'abord au travers des deux tissus de crin sans la moindre résistance. L'application contre le visage échauffe le goudron, qui répand son exhalation, se mêle à l'air entre les deux tissus, et subit la modification voulue en atténuant l'action de l'oxygène sur les organes lésés.

Cette modification pour une seule inspiration serait sans doute fort minime ; mais si l'on pense que l'appareil peut être porté la plus grande partie de la journée, et même durant le sommeil, on voit que l'effet se multiplie et prend les proportions d'une pratique équivalente à un séjour dans une atmosphère appropriée, le son de la parole n'en est pas même changé. Enfin le petit appareil est aussi portatif que des lunettes.

L'auteur nous avertit que ce n'est pas seulement le goudron ou le coaltar qu'on pourra utiliser dans son appareil, mais encore toutes les substances balsamiques et autres que le praticien trouverait bien indiquées pour le cas qu'il doit traiter.

Non-seulement encore il le croit applicable dans les affections chroniques de la poitrine, mais aussi et surtout à ces maladies aiguës, telles que la diphthérie et les angines, qui ne sont pas moins exaspérées par le contact funeste de l'oxygène atmosphérique.

Après avoir signalé quelques-uns des avantages du procédé nouveau, M. Bouillaud se demande s'il doit suffire pour tout traitement. Quelque confiance que M. Sales-Girons ait dans le goudron, il maintient son titre : ce n'est qu'une *diète*, mais une diète des plus rationnelles ; elle ne dispense nullement du traitement, au contraire. Il n'est jamais entré dans la pensée de notre savant confrère de supprimer pour elle aucun des remèdes que la médecine a recommandés contre ces maladies. Ce n'est enfin qu'un moyen de plus contre le mal.

L'auteur croit qu'il reste un point important de son idée à élucider par la physiologie ; il y a, selon lui, quelque chose de *phosphoré* dans l'acte physiologique de la respiration, et il serait intéressant de voir quelle analogie on pourrait trouver de ce fait à celui de la modification de l'oxygène par le goudron.

M. Bouillaud termine ainsi son rapport. « Après avoir fait l'éloge mérité du procédé thérapeutique, imaginé par M. Sales-Girons, il nous reste à faire nos réserves de rapporteur. Sans doute, l'idée s'annonce féconde, mais le travail nous laisse à regretter que son auteur ne l'ait pas édifié sur un plus grand nombre d'observations cliniques.

» En attendant le complément indispensable de toute bonne thérapeutique, nous devons reconnaître que, sous le double rapport de la science et de l'art, l'auteur, dans son mémoire, a bien mérité de l'Académie. En conséquence, messieurs, nous vous proposons de lui adresser une lettre de remerciements, et d'envoyer son travail à notre Comité de publication, en engageant l'auteur à multiplier ses observations pratiques. »

Après cette lecture, M. Bouillaud répond à quelques remarques de M. Caventou, concernant l'état de l'oxygène dans l'air goudronné.

M. *Caventou* ne nie pas le fait de l'incombustibilité du phosphore dans cet air, mais seulement que l'oxygène y soit changé ou altéré en tant que substance chimique. Il s'associe à M. Bouillaud pour reconnaître l'intérêt de la communication de M. Sales-Girons, et pour lui demander plus de faits cliniques à l'appui.

M. *Guibourt* se doute qu'un si petit appareil puisse diminuer, comme l'auteur l'avance, les proportions de l'oxygène de l'air qui le traverse.

M. *Chatin* croit qu'un procédé qui peut désoxygéner l'air respirable aurait quelque chose de dangereux, en substituant de l'acide carbonique à l'oxygène.

M. *Fontan* se demande s'il n'y aurait point, dans le travail de M. Sales-Girons, le germe d'une grande découverte, celle d'une troisième variété d'oxygène, oxygène électrisé négativement, ou *suboxygène*, en opposition avec l'oxygène électrisé positivement, l'ozone ou *sur-oxygène*, et avec l'oxygène ordinaire ou oxygène neutre.

Les conclusions de M. Bouillaud, touchant l'auteur, sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

**Société de médecine du département de la Seine.**

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 4 JANVIER 1861.

Communications diverses.

Élection d'un vice-président.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 3 JANVIER 1861. — Présidence de M. MARJOLIN.

Toute cette séance a été consacrée à la discussion du rapport de M. Verneuil sur l'*atrésie vaginale*. Elle doit être continuée après la séance publique annuelle qui aura lieu mercredi prochain. Afin de ne pas scinder le compte rendu de cette discussion, nous le publierons lorsqu'elle sera terminée.

— Par suite du décès de M. Lenoir, une place de membre titulaire a été déclarée vacante. J. R.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Description d'une névrose de la digestion, caractérisée par des crises périodiques de vomissements et une profonde modification de l'assimilation,** communication à la Société médicale de Genève, par M. le docteur LOMBARD.

M. Lombard a eu sept à huit fois l'occasion de rencontrer chez des enfants de cinq à douze ans cette maladie, caractérisée principalement par des vomissements incessants qui surviennent, sans cause déterminante, au milieu de la meilleure santé, et par crises répétées tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, vomissements purement aqueux avec quelques filaments glaireux, sans mélange de bile, de sang ou d'aliments. La quantité des matières vomies est de moins en moins considérable à mesure que l'on s'éloigne de l'époque du début, et lorsque les vomissements se prolongent pendant plusieurs heures, il n'y a plus que quelques mucosités expulsées après de grands efforts.

Une soif intense, la rétraction du ventre, un mouvement fébrile considérable et une constipation opiniâtre, accompagnent et suivent les crises des vomissements. Leur durée est très variable, mais ne dépasse que rarement quarante-huit heures; ils cèdent le plus souvent en dix-huit ou vingt-quatre heures.

Les crises sont ordinairement accompagnées de pâleur, d'amaigrissement, et d'un facies assez semblable à celui des cholériques.

M. Lombard n'a pu reconnaître aucune cause atmosphérique à cette maladie, qu'il a observée dans toutes les saisons. Il l'a vue débuter le plus fréquemment entre l'âge de cinq à sept ans, et elle s'est rarement prolongée au delà de douze à quatorze ans, paraissant diminuer avec l'âge et perdre en gravité ce qu'elle acquiert en durée. Toujours elle a présenté de fréquentes récidives. En effet, tous les malades de M. Lombard en ont présenté, à quelques semaines d'intervalle, pendant plusieurs années; l'un d'eux a même été sujet à ces crises pendant plus de douze ans.

Chez ce sujet, M. Lombard a remarqué un phénomène fort curieux; les crises de vomissements étaient toujours accompagnées d'un amaigrissement très notable. M. Lombard avait pris l'habitude de le peser tous les mois. Or, chaque fois qu'il approchait d'un certain poids (environ 25 kilogrammes), survenait chez lui une nouvelle crise qui le faisait de nouveau maigrir de 2 ou 3 kilogrammes.

La plupart des malades observés par M. Lombard sont restés pâles, maigres et défaits pendant un grand nombre d'années, sans qu'on pût assigner d'autre cause que la fréquente répétition des crises qui empêchent l'assimilation et peuvent même, comme M. Lombard l'a vu dans un cas, aboutir à une terminaison fatale. Deux jeunes filles, qui ont été suivies pendant les longues années où elles ont été atteintes de ces vomissements, ont traversé des moments fort difficiles et ont présenté toutes les phases du marasme le plus avancé. L'anémie a même été poussée si loin que l'anasarque avait envahi, non-seulement les extrémités, mais même le tronc et le visage. Et cependant il n'existait ni diarrhée, ni albuminurie, ni toux, et l'examen le plus scrupuleux de tous les organes ne pouvait faire reconnaître aucune lésion organique; ce qui, du reste, a reçu une démonstration satisfaisante par le rétablissement de la santé dès que les crises de vomissements eurent disparu.

Le seul cas mortel qui soit venu à la connaissance de M. Lombard, est celui d'une jeune fille de sept à huit ans qui était atteinte de vomissements depuis plusieurs années et qu'il avait soignée fréquemment pendant ces crises. Elle en eut une pendant un séjour à la campagne, et y succomba malgré les traitements les plus variés et les soins les plus assidus. L'autopsie ne révéla aucune lésion des organes digestifs ni des autres viscères.

Le traitement de cette maladie n'a pas donné jusque-là à M. Lombard des résultats très satisfaisants. Il a bien réussi à faire cesser les vomissements et n'a eu aucun accident mortel à déplorer, mais sans avoir jamais pu en prévenir le retour, ni par conséquent établir un traitement rationnel.

« Pendant la crise, dit-il, j'ai tenté presque toutes les médications : les opiacés, le sous-nitrate de bismuth, la noix vomique, le lait et l'eau à la glace, celle-ci en morceaux; en même temps que j'appliquais des sinapismes ou des cataplasmes opiacés sur les parois abdominales.

» Mais, en définitive, ce qui m'a le mieux réussi, c'est, sans contredit, l'abstinence totale de boissons ou de médicaments Si j'ai résisté aux ardents désirs de malades dévorés par la soif, c'est que l'expérience m'a démontré que le meilleur moyen d'arrêter les vomissements, c'est de ne rien introduire dans l'estomac. Il est vrai que, dès qu'il survient un peu de calme, on peut donner d'abord une cuillerée à café d'eau à la glace à de rares intervalles, puis une cuillerée à soupe; enfin, lorsque huit à douze heures se sont écoulées sans retour du mal, commencez alors le bouillon de poulet ou le lait froid également par cuillerée. Rien n'est plus important que de ménager ces premiers essais d'alimentation, car les rechutes surviennent aisément sous l'influence d'une nourriture trop hâtive ou trop substantielle.

» Il est rare que, dans la convalescence, les fonctions intestinales se rétablissent d'elles-mêmes, et, si les lavements échouent, il faut avoir recours à quelque évacuant de la nature la moins irritante, tel que l'huile de ricin ou la manne. »

En discutant la nature de la maladie qu'il vient de décrire, M. Lombard établit sans peine qu'il ne s'agit ni d'une gastrite, ni d'un catarrhe chronique de l'estomac, ni d'accidents purement spasmodiques qui ne s'accompagneraient pas d'un mouvement fébrile aussi prononcé. Il ne croit pas que les accidents soient occasionnés par une gastralgie, « car, dit-il, la douleur apparaît avec les efforts du vomissement et disparaît avec lui, en sorte qu'on ne peut dire autre chose, sinon que la persistance des efforts les rend douloureux, exactement comme dans toute autre maladie qui occasionne des vomissements incessants; et d'ailleurs je ne les ai jamais vus alterner avec quelque autre douleur, ni présenter ces transformations si fréquentes dans les maladies névralgiques ou rhumatismales, sous l'influence des variations atmosphériques. »

En définitive, la nature du mal paraît à M. Lombard « résider tout entier dans quelque modification essentielle et primitive des fonctions nutritives, qui sont tantôt suspendues par des spasmes gastriques, et tantôt profondément modifiés par un arrêt temporaire de l'assimilation. » « Tout cela, dit-il, est bien vague, j'en conviens, mais il me paraît difficile de préciser d'une manière plus complète... »

A la suite de la lecture du mémoire de M. Lombard, M. le docteur Fauconnet a raconté l'histoire d'un jeune malade qui a présenté tous les symptômes décrits plus haut, et chez lequel, quoique

aidé des lumières de M. Rilliet, il avait inutilement cherché une cause à ces retours périodiques de vomissements incessants séparés par des intervalles de santé. Le résumé de cette observation se trouve annexé au travail de M. Lombard. (*L'Écho médical*, 1860, n° 10.)

**Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de l'huile essentielle de valériane,** par M. le docteur Barallier, professeur de pathologie médicale à l'École de médecine navale de Toulon.

D'après les expériences de M. Barallier, l'huile essentielle de valériane, administrée à la dose de 10 à 50 centigrammes dans l'état physiologique, donne lieu aux phénomènes suivants : 1° abaissement des pulsations artérielles dans les premiers temps de l'action du remède, et plus tard élévation dans le plus grand nombre des cas; 2° chaleur de la peau augmentée; 3° transpiration cutanée plus marquée que d'habitude, avec odeur de valériane; 4° sensation de pression aux régions temporales; 5° céphalalgie, le plus souvent frontale, et parfois très intense; 6° affaiblissement des puissances musculaires; 7° inaptitude au travail intellectuel; 8° tendance au sommeil, ou 9° sommeil profond; 10° nausées et salivation dans quelques cas; 11° dégoût pour les aliments quand le médicament est pris à la dose de 30 à 50 centigrammes; 12° urines abondantes, plus colorées que d'habitude, ayant l'odeur de la valériane.

Les expériences dont les résultats viennent d'être résumés ont été instituées par M. Barallier à l'occasion d'une épidémie de typhus dans laquelle ce médecin a fait un usage fréquent de l'huile essentielle de valériane. Voici quelques détails sur les effets de cette médication :

L'essence de valériane n'a eu qu'une influence peu notable sur les symptômes nerveux de la première période (de dix à quinze jours), bien que quelquefois elle ait diminué la céphalalgie et la stupeur dès le début : aussi M. Barailler a-t-il renoncé à son emploi dans ce moment de la maladie, et ne l'a-t-il prescrite que contre les symptômes de somnolence et de coma que l'on observe dans une période plus avancée du typhus et des autres fièvres graves. Dans ces cas, ses résultats ont été très favorables, pourvu que les accidents cérébraux ne fussent pas liés à un état congestif de l'encéphale. La stupeur, la somnolence, le coma, sont remplacés par un réveil et une excitation très remarquables. Le malade a les yeux grands ouverts, et son regard un peu égaré se porte fixement sur les personnes qui l'entourent. Il comprend facilement les questions qu'on lui adresse, et y répond soit par signes, soit verbalement; les mouvements sont en même temps plus faciles.

Cette action est fugace; il faut la maintenir au moyen de nouvelles doses du médicament continuées pendant plusieurs jours. Souvent alors la somnolence et le coma sont totalement enrayés. Quand ce résultat n'est pas obtenu, les malades tombent dans le collapsus et dans un grand affaissement des puissances musculaires.

Le réveil déterminé par l'huile essentielle de valériane n'a jamais été aussi manifeste que dans le typhus; dans les autres fièvres graves, il a été plus gradué, moins actif, quoique plus soutenu, et l'excitation générale est incontestablement moindre.

En même temps que ces changements se manifestent, le pouls s'élève d'une manière sensible; la chaleur de la peau diminue; la transpiration cutanée devient plus abondante; la quantité des urines excrétées est moins grande; cet état se maintient pendant toute la durée d'action de l'essence, et, lorsque son influence commence à s'épuiser, le pouls baisse assez notablement.

Relativement à l'action curative proprement dite, M. Barallier assure que, dans la plupart des cas, les modifications énumérées plus haut avaient une influence heureuse sur la marche de la maladie; quand l'action de l'essence se borne à un réveil de courte durée, on doit, au contraire, s'attendre à une terminaison fatale.

La dose à laquelle l'huile essentielle de valériane doit être employée est de 50 centigrammes à 1 gramme (de 10 à 20 gouttes) dans les vingt-quatre heures.

Ce n'est pas seulement dans les fièvres graves que M. Barallier a eu à se louer de l'emploi de l'essence de valériane. Il en a obtenu, dit-il, de très bons résultats dans un cas d'érysipèle de la face compliqué de coma; enfin elle lui a paru modifier avantageusement certains états nerveux, tels que vertiges, hystéricisme et asthme essentiel. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 septembre 1860.)

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition,** par le docteur Bonnafont, médecin principal de l'armée. — 1 vol. in-8 de 670 pages avec 22 fig.; J.-B. Baillière et fils, 1860.

L'étude *spéciale* des maladies de l'oreille était restée, jusque dans ces dernières années, le privilége de médecins distingués par leur mérite et leur savoir, mais qui, placés à la tête d'établissements spéciaux, et dignes successeurs d'Itard, se trouvaient par cela même dans des conditions particulières favorables à l'étude de cette partie de la science.

Placés dans des conditions toutes différentes, M. Triquet en 1857, et M. Bonnafont il y a quelques mois, ont pu cependant nous donner tous deux un *Traité des maladies de l'oreille*. Chirurgien principal de l'armée, là où il y a peu de sourds, M. Bonnafont pourrait paraître se trouver dans un milieu peu favorable à ce genre de travaux; mais, il nous le dit dans sa préface, c'est en 1830 que, en disséquant l'oreille externe, il eut la pensée de se livrer à l'étude des affections de l'appareil auditif, et de faire construire un instrument destiné à la faciliter. Il continua depuis ses recherches dans les hôpitaux militaires et la clientèle civile, et son ouvrage est, dit-il, le résultat d'une longue pratique de trente années.

Ce livre est-il destiné à permettre à tous les chirurgiens « cette étude, reléguée naguère entre les mains de quelques spécialistes peu soucieux de leur honorabilité professionnelle »? (P. 3.) On devrait d'autant plus l'espérer que la position que l'auteur occupe dans la chirurgie militaire semble incompatible avec une spécialité aussi limitée; mais il n'en est rien, et il se charge de nous détromper à cet égard : « Quoi qu'on fasse, dit-il, l'étude et le traitement des maladies de l'oreille, considérés d'une manière sérieuse et scientifique, resteront toujours aux mains de quelques spécialistes, puisqu'ils exigent des connaissances spéciales pour l'emploi des divers instruments, dont l'application absorbe un temps que le médecin ordinaire ne pourrait pas leur consacrer, et une certaine habitude qu'il n'est pas donné à tous les praticiens de posséder. » (P. 11.)

Il est fâcheux que le cathétérisme de la trompe d'Eustache, l'emploi du *speculum auris*, de l'otoscope et du diapason demandent une si longue étude; il est fâcheux surtout qu'on ne puisse se passer, pour la guérison des maladies de l'oreille, de médecins spécialistes; mais, puisqu'il nous faut perdre nos illusions, puisque, d'après M. Bonnafont, c'est un mal nécessaire, nous nous consolons avec lui en espérant que ces médecins seront à l'avenir, et pour toujours, « soucieux de leur honorabilité professionnelle ».

Quoi que nous ayons le malheur de ne pas nous être livrés spécialement à l'étude de l'oreille, et d'avoir étudié aussi d'autres parties de la science, nous essayerons cependant d'apprécier scientifiquement le livre de M. Bonnafont; cette tâche nous sera peut-être facilitée par cette circonstance que les idées que professe l'auteur sur certains points de la pathologie de l'organe étant basées sur ses recherches anatomiques et physiologiques, nous pourrons, en appréciant leur valeur, préjuger un peu celle des déductions pathologiques qui en ont été tirées : « Le seul mérite, dit l'auteur à ce sujet, que je puisse revendiquer, c'est d'avoir décrit avec plus de précision les différentes fonctions de la membrane du tympan sous l'influence des muscles du marteau et de l'étrier, et d'avoir *nettement* assigné à chacune de ces parties le rôle qu'elle joue dans le mécanisme de l'audition. » (P. 23.)

L'auteur faisant jouer à la membrane du tympan un rôle fort important, a dû naturellement étudier d'abord sa structure. « Je crois, dit-il, cette membrane composée de fibres divergentes, qui partiraient toutes de l'articulation malléo-tympanale, et iraient en rayonnant se terminer à l'anneau tympanal de la même manière que les raies d'une roue partent du moyeu, et vont se fixer aux jantes, qui représentent très bien l'anneau tympanal. *Si les moyens que j'ai employés ne m'ont pas permis de constater cette organisation, il me semble, d'après les mouvements de cette membrane et le rôle qu'elle paraît destinée à remplir, qu'il doit en être ainsi.* » (P. 8.)

Il ne faut pourtant pas de moyens *spéciaux* pour voir que la membrane du tympan est composée de trois couches, dont l'externe dépend de l'épiderme du conduit auditif externe, qui par macération se détache sous forme d'un doigt de gant avec tout l'épiderme du conduit.

Il ne faut pas non plus de moyens *spéciaux* pour voir que la couche interne se continue avec la membrane de la caisse, car elle se détache facilement avec la pince, même sans macération préalable; pour voir qu'elle recouvre le manche du marteau et même la corde du tympan; pour voir enfin que la couche moyenne dans l'épaisseur de laquelle se trouve enclavé le manche du marteau est composée non-seulement de fibres rayonnées, mais encore de fibres concentriques visibles surtout vers la circonférence.

Mais quand on l'a tant soit peu étudiée, sans même que ce soit d'une manière *spéciale*, on ne peut plus appeler la membrane du tympan « *une membrane sèche, privée de vaisseaux sanguins et de nerfs* » (p. 18, ligne 2), car une simple injection montre que les artères de la membrane tympanique émanent de plusieurs sources : 1° de l'artère stylo-mastoïdienne, qui accompagne la corde du tympan jusqu'au marteau, où elle se divise en deux ramuscules, dont l'un a été représenté par Ruysch; 2° de l'artère maxillaire interne par le rameau tympanique. Ces particularités sont faciles à apercevoir; on peut les constater sur les pièces que nous avons déposées au musée Orfila, dans le concours d'aide d'anatomie, en 1855.

Outre les artérioles, il existe un plexus veineux à mailles serrées, des nerfs venant du rameau auriculaire du pneumogastrique; la membrane du tympan n'est donc pas, comme le dit M. Bonnafont, *une membrane sèche, privée de vaisseaux sanguins et de nerfs*. Ce qui ne l'empêche pas de décrire, et avec raison, son inflammation aiguë et chronique.

Cette structure imaginaire a été déduite par l'auteur des mouvements de la membrane et du rôle qu'elle paraît destinée à remplir. Or, quels sont ces mouvements, les a-t-il constatés sur le vivant? En aucune façon, car il dit (p. 24) : « J'étudiai avec soin la membrane du tympan, afin de découvrir les vibrations hypothétiquement indiquées par les auteurs. J'avoue que je n'ai pu les apercevoir, quelle que fût la position où je plaçais l'oreille pour recevoir les sons des instruments, et si grande que fût l'impression qui devait en résulter. » C'est sur le cadavre que M. Bonnafont a cru voir que le muscle interne du marteau tend la membrane du tympan, mais non pas tout entière; pendant sa contraction, la partie de cette membrane qui se trouve en arrière de son articulation avec le manche du marteau est tendue, et la partie antérieure relâchée. Le muscle de l'étrier, au lieu de relâcher le tympan dans sa totalité, sert aussi à tendre cette membrane; mais, à l'inverse du muscle du marteau, il relâche sa partie postérieure et tend sa partie antérieure.

Nous avons cherché à vérifier sur le cadavre ces observations, et il nous a semblé voir ce que tout le monde a cru voir jusqu'ici, que le muscle du marteau tend la membrane tympanale, et que le muscle de l'étrier la relâche. Mais acceptons pour un instant la physiologie de l'auteur, et voyons le parti qu'il en a tiré.

La membrane du tympan vibre, tout le monde l'admet, mais elle vibre comme les membranes, c'est-à-dire dans sa totalité, en se divisant, comme l'ont montré Savart et J. Müller, en lignes nodales, comme le ferait tout disque mince et rigide; ce n'est pas comme cela que la fait vibrer M. Bonnafont, et ici intervient son anatomie *spéciale* de la membrane tympanique. Chacune des fibres radiées est assimilée par lui à une corde à boyau pouvant donner un son particulier, après toutefois que la contraction du muscle du marteau ou de l'étrier l'aura mise à l'unisson du son qu'il s'agit de percevoir; de sorte que le tympan n'est rien autre chose qu'une harpe composée de fibres donnant le *mi*, le *sol*, le *ré*, etc., de toutes les octaves. Je n'invente rien, je prie de le croire, et je laisse parler l'auteur. « Suivant que le son produit sera *grave* ou *aigu*, les mouvements de la membrane diffèrent : si c'est un son grave, le muscle pyramido-stapéal entrera en action *pour mettre à l'unisson du son une des cordes les plus longues de la membrane*, lesquelles se trouvent dans l'intervalle antérieur du manche du marteau au cercle du tympan. » (P. 16.)

« Si les sons appartiennent aux cinq premières octaves, le muscle pyramido-stapéal entrera en action pour tendre et faire vibrer les cordes de la partie antérieure; si les sons appartiennent aux trois dernières octaves, le muscle pétro-malléal tendra les cordes de la partie postérieure, qui sont les plus courtes. » (P. 20.)

Il y aurait beaucoup à opposer à cette manière d'envisager les choses; mais nous nous contenterons de deux simples réflexions. Tout le monde semblait croire, jusqu'à présent, que la membrane du tympan vibrait comme toutes les autres, comme celle du *mirliton*, si l'on veut nous passer cette vulgaire comparaison, c'est-à-dire dans sa totalité, et l'on semblait croire également que pour qu'une corde pût vibrer, il fallait qu'elle fût tendue par ses deux extrémités, mais libre, tout à fait libre dans la partie vibrante. On s'était apparemment trompé, puisque chacune des fibres du tympan, quoique revêtue sur ses deux faces par deux membranes, l'une dépendant de l'épiderme du conduit auditif, l'autre émanant de la muqueuse de la caisse, quoique reliée aux autres par des fibres concentriques, des vaisseaux, des nerfs, peut vibrer séparément, et se mettre à l'unisson de son produit. Il est vrai que, pour les besoins d'une physique *spéciale*, les membranes épithéliales, les vaisseaux, les nerfs, les fibres concentriques sont supprimés. Notre seconde observation est celle-ci. Nous voulons bien que les fibres du tympan vibrent à l'unisson, mais nous prétendons, nous, que ce sont les fibres postérieures qui vibrent avec les sons graves, et les antérieures avec les sons aigus; que répondrait l'auteur, puisqu'il n'a pu, même avec l'otoscope, constater ces vibrations pendant qu'il faisait jouer du trombone et de l'ophicléide (p. 25) à l'oreille du sujet en expérience? Croirait-il pouvoir entraîner la conviction en disant : « J'ai fait de nombreuses expériences à l'aide de mon appareil otoscope, qui me permet de voir très distinctement la membrane du tympan, sur laquelle j'espérais découvrir les vibrations sous l'influence des sons, mais je dois avouer que tous mes efforts ont échoué. » (P. 23.)

L'auteur cite pourtant un fait : Une dame de L...., ayant une perforation accidentelle du tympan dans la région inféro-postérieure de la membrane, perdit pendant quelque temps la faculté de percevoir la justesse de certains sons; six mois après, la perforation *subsistant toujours, la justesse de l'ouïe avait reparu.* (P. 339.) Or, voici ce qu'on lit à la page 341 : « Il eût été à désirer que madame de L.... eût pris soin de reconnaître les notes qui sonnaient faux à son oreille, afin de savoir à quelles octaves elles appartenaient, et préciser si *la division de la membrane, telle que je l'ai décrite, est juste.* Je regrette d'autant plus cet oubli que depuis que je fais des recherches à cet égard cette observation *est la seule* qui aurait pu fournir des arguments les plus précis pour ou contre la théorie que j'ai établie sur la membrane du tympan. »

La seule chose que cette exploration ait pu faire découvrir, c'est l'injection d'un petit vaisseau de la membrane quand l'orchestre jouait un peu fort. C'est là un phénomène intéressant, et ce petit vaisseau, qui n'était autre chose que le rameau décrit par Ruysch, aurait dû faire réfléchir l'auteur, et l'empêcher de croire que la membrane tympanique est sèche, dépourvue de vaisseaux et de nerfs.

Voici comment l'auteur conçut le mécanisme de l'audition : « Les sons ayant pénétré dans le conduit auditif externe, *traversent* la membrane du tympan, qui, n'étant nullement tendue, ne peut exécuter que des mouvements vibratoires très faibles. » (P. 21.) « Pourquoi ne pourrait-on pas admettre que les sons traversent la membrane *sans l'impressionner*, et qu'une fois parvenus dans

l'oreille moyenne, etc. » (P. 20.) Pourquoi? C'est que le son ne traverse pas les corps de la même façon que la lumière traverse les milieux transparents; si le son passe de la membrane tympanique dans l'air de la caisse, c'est que les vibrations éprouvées par la membrane se sont communiquées à l'air renfermé dans l'oreille moyenne; si ces vibrations du tympan n'ont pas lieu, l'air de la caisse ne vibrera pas, et le nerf auditif ne percevra rien. Prétendre le contraire, c'est aller contre les notions les plus simples de la physique.

Mais ce n'est pas tout. Pour M. Bonnafont l'audition s'exécute de la manière suivante : « Les sons traversent la membrane du tympan sans l'impressionner, et une fois parvenus à l'oreille moyenne, ils excitent les petits filets nerveux qui se distribuent aux muscles de la chaîne, et les font se contracter. Alors ceux-ci mettent en mouvement les osselets, tendent ou relâchent certaines parties de la membrane, suivant la nature des sons qui viennent les exciter. Par exemple, si les sons appartiennent aux cinq premières octaves (c'est-à-dire les plus graves), ce sera le muscle pyramido-stapéal qui entrera en action pour tendre et faire vibrer les cordes de la partie antérieure de la membrane, etc. » (P. 20.)

Arrivés dans la caisse, les sons impressionnent *tel ou tel nerf qui se distribue aux muscles* sans faire contracter celui qui doit mettre dans un degré de tension convenable les cordes correspondantes. » (P. 21.)

Ainsi, dans cette théorie, les sons, c'est-à-dire les vibrations qui ont traversé la membrane du tympan sans la faire vibrer, viennent faire vibrer l'air de la caisse pour impressionner quoi? *Un nerf moteur!* Et qu'on ne dise pas qu'il l'impressionne à la façon d'un corps étranger, non, c'est bien d'une manière spéciale, car ce ne sont pas tous les nerfs qui seront impressionnés, mais *tel ou tel*, c'est-à-dire celui du marteau ou celui de l'étrier, suivant que le son appartiendra aux cinq premières octaves ou aux cinq dernières. Ce nerf si intelligent, et qui remplace le nerf auditif, se dit alors : j'entends un *sol* de la deuxième octave, et vite il fait contracter son muscle, pour amener à l'unisson du son produit la corde de la membrane du tympan à laquelle correspond le *sol* demandé. La corde vibre, et le nerf acoustique, qui jusque alors n'avait rien perçu, entend ce *sol* si patiemment attendu. Nous n'exagérons rien, comme on pourrait croire; aussi nous renvoyons le lecteur à la page 27, où l'auteur nous dit : « Il doit y avoir dans l'articulation malléo-tympanale un degré de perforation tel, qu'il rende les cordes de la membrane aptes à se mettre à l'unisson et *à répéter de la manière la plus juste les sons qui viennent les frapper* pour les transmettre à l'oreille interne, où, en traversant les contours du limaçon, ils se brisent et se divisent à l'infini pour être perçus par les nombreux filets du nerf acoustique. Telles sont les conditions qui me semblent devoir être exigées pour constituer l'oreille musicale, abstraction faite de l'intelligence. »

Ainsi, dans cette théorie, nous voyons des nerfs moteurs devenir des nerfs de sensibilité spéciale, comme l'optique, l'olfactif et l'auditif être plus sensibles même que l'auditif, puisqu'ils sont impressionnés avant ce dernier; la membrane du tympan devenir une harpe, dont les muscles du marteau et de l'étrier doivent tendre les cordes à chaque son qui se produit, et souvent en tendre un grand nombre à la fois; quelle fatigue ils doivent éprouver lorsqu'on les mène écouter une ouverture à grand orchestre! Heureusement un autre nerf moteur vient complaisamment à leur secours; il suffit pour cela que nous voulions bien ouvrir la bouche.

« *Je serais très porté à croire*, dit, en effet, l'auteur, que les sons peuvent, en s'introduisant dans la bouche, impressionner le *nerf vidien* au moment où il *se perd dans le ganglion sous-maxillaire; et de là l'impression serait transmise par la corde du tympan* aux muscles des osselets, et à l'aide des deux petits filets qui en émanent, pendant que ce nerf est accolé au nerf facial dans la caisse du tympan. » (P. 26.) Quelle que soit l'origine qu'on donne à la corde du tympan, et personne, je pense, à présent ne la regarde comme une provenance du ganglion sphéno-palatin par le nerf grand pétreux superficiel, la corde du tympan est pour tous les physiologistes un nerf moteur, ce qui ne l'empêche pas, dans cette théorie spéciale, de transmettre la sensation spéciale des sons à d'autres nerfs de mouvement.

La théorie de M. Bonnafont lui permet de nous expliquer ce qui constitue anatomiquement l'oreille musicale. La direction verticale de la membrane du tympan est une bonne condition, sa direction oblique est une condition défavorable. Cuvier professait le contraire, mais Cuvier n'est pas infaillible; ce n'est là, du reste, qu'une circonstance accessoire; ce qu'il faut, « c'est que les cordes de la membrane soient aptes à se mettre à l'unisson et à *répéter de la manière la plus juste* les sons qui viennent les frapper pour les transmettre à l'oreille interne. (P. 27.) — Ne voit-on pas journellement des personnes qui, avec un appareil vocal régulièrement développé, ne peuvent rendre avec justesse certains sons, *tandis qu'elles chantent très bien et très agréablement* tous les autres? Cela ne peut-il dépendre, comme je l'ai annoncé, du *défaut d'harmonie qui existe dans les cordes de cette membrane?* C'est cette disposition qui constitue l'oreille fausse. » (P. 28.) Quant à nous, nous sommes porté à croire que, lorsqu'on chante très bien et très agréablement certains sons, et qu'on ne peut rendre avec justesse certains autres, cela dépend d'un fonctionnement irrégulier de l'appareil vocal (surtout lorsqu'on sent soi-même que l'on chante faux), et non d'un défaut de justesse dans l'audition; mais peut-être les lignes suivantes vont-elles nous démontrer notre erreur.

« Je terminerai, dit l'auteur, ces considérations par trois observations qui paraissent militer en faveur de cette théorie (p. 28) (celle de l'oreille fausse par défaut d'harmonie des cordes de la membrane du tympan). Or, quelles sont ces observations si concluantes? L'une est celle d'une dame qui avait eu le tympan perforé dans son segment postérieur, qui avait eu dès lors l'ouïe fort dure, et son piano lui semblait constamment faux. L'observation se termine ainsi : « N'ayant pas revu madame de L..., j'ignore si la perforation du tympan est fermée, ou bien si l'audition, malgré cette lésion, est revenue pour les sons musicaux à son état normal. » (P. 29.)

Nous prisons beaucoup les observations, mais quand la même se trouve répétée deux fois par le même auteur et dans le même ouvrage, nous aimons qu'elles concordent. Or, page 338, où l'observation est rapportée en détail, nous voyons que madame de L..., par un *beau jour d'été*, eut, après avoir entendu la détonation d'un fusil, une rupture très probable, certaine si l'on veut, de la membrane du tympan. Son piano lui parut faux, et elle cessa d'en jouer; mais six mois après, sur l'invitation d'une amie, « madame de L... se décida à jouer du piano, et quel ne fut pas son étonnement *de jouer juste* (c'était son expression)! Il y a bien encore quelque chose de faux, disait-elle, mais c'est si faible que cela est supportable. *Consulté le 12 janvier 1843*, j'aperçus la membrane du tympan offrant vers la partie inféro-postérieure une perforation de 1 millimètre de diamètre. » Nous admettons facilement que M. Bonnafont, qui n'a pas revu la malade, ignore si la perforation subsiste; mais est-il en droit de dire, page 29, qu'il ignore « si l'*audition*, malgré cette lésion, *est revenue pour les sons musicaux à son état normal*, » lorsque, page 339, il dit à peu près le contraire? Dans tous les cas, ce qu'il nous importe, c'est que la perforation constatée pendant l'hiver qui suivit l'accident existait encore, bien que l'ouïe fût revenue à l'état normal, son aberration momentanée ne peut donc être attribuée uniquement à la perforation.

Ce qu'il a de plus piquant, c'est que M. Bonnafont rapporte textuellement une remarquable observation de A. Cooper recueillie sur un de ses élèves ayant une perforation bien constatée des deux membranes tympaniques, et nous trouvons dans ce récit la phrase suivante :

« Mais la circonstance la plus curieuse, dans le cas de M. P..., c'est qu'il pouvait apprécier, avec beaucoup de perfection, les tons musicaux; car il jouait bien de la flûte, et avait souvent fait sa partie dans des concerts. Je répète cela, non pas seulement d'après son propre témoignage, mais d'après celui de son père, qui était un excellent juge en matière de musique, et qui jouait très bien du violon; il me dit que son fils jouait de la flûte avec beaucoup de goût et toujours juste. » (P. 273.)

La seconde observation de M. Bonnafont n'est pas plus concluante que la première ; il s'agit d'un ouvrier artilleur portant une légère déchirure à la partie antérieure du tympan. « Il n'entend pas, dit l'auteur, *la voix basse* de ce côté. » Nous le croyons sans peine ; mais qu'est-ce que cela prouve quant à la justesse de l'ouïe, ou à l'aptitude d'entendre les sons graves ou aigus, grâce à la tension des cordes antérieures ou postérieures de la membrane tympanique ? L'ouvrier était un peu sourd, voilà tout ce que cela prouve, car voix *basse* n'est pas voix *grave*, à moins de confondre l'*intensité* du son avec sa *hauteur*.

La troisième et dernière observation est-elle plus concluante ? Je laisse le lecteur juge. Le patient était tout à fait sourd. A l'autopsie, on trouve la membrane du tympan épaissie, et les articulations de la chaîne des osselets ankylosées ; mais cela prouve-t-il quelque chose pour ou contre la théorie de l'oreille fausse ; le malade, certes, n'a pu dire s'il prenait un *si* pour un *sol*, ou un *fa* pour un *ré*, car le sujet de l'observation était un CHEVAL.

Mais nous en avons dit assez pour permettre au lecteur de juger si la théorie de M. Bonnafont, quoique le résultat d'études spéciales de trente années, doit remplacer les théories existantes. Quant à nous, quelque estime que nous ayons pour l'auteur, nous rejetons absolument une vue de l'esprit basée sur des erreurs d'anatomie et un dédain un peu trop visible pour les conquêtes de la physiologie moderne.

LÉON LE FORT.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

Le MONITEUR UNIVERSEL annonce les nominations et les promotions suivantes dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'*officier* : M. Poggiale, pharmacien-inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — Tedeschi, médecin-major de 2e classe au 9e régiment de cuirassiers. — Le Tersec, chirurgien principal de la marine. — Petit, 1er médecin en chef de la marine, chef du service de santé à la Réunion.

Au grade de *chevalier* : M. le docteur Bedel, médecin à Lamballe (Côtes-du-Nord). — Carivenc, médecin-major de 2e classe, au 16e régiment de ligne. — Aubas, médecin-major de 2e classe au 6e régiment de hussards. — Helye, médecin-major de 2e classe au 90e régim. de ligne. — Bories, médecin-major de 2e classe, au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Louail, médecin-major, au régiment de guides de la garde impériale. — Jacquin (Joseph), médecin-major de 1re classe, aux hôpitaux de Constantine. — Landreau, pharmacien-major de 2e classe. — Chabassu, chirurgien principal de la marine. — Bépériers, chirurgien de 1re classe de la marine. — Latour (Félix), chirurgien auxiliaire de 2e classe de la marine à la Nouvelle-Calédonie.

Ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

A un emploi de *médecin principal de 1re classe*, M. Guiliano, dit *Castano* (François-André), médecin principal de 2e classe hors cadre au corps expéditionnaire de Chine.

A trois emplois de *médecin principal de 2e classe*, M. Gerrier (Pierre-Louis-Adolphe), médecin principal de 2e classe hors cadre au corps expéditionnaire de Chine. — Didiot (Pierre-Augustin), médecin principal de 2e classe hors cadre au corps expéditionnaire de Chine. — Villette (Théodore-Louis), médecin-major de 1re classe.

— Le concours pour la place de chef des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg s'est terminé, à la suite d'épreuves très satisfaisantes, par la nomination de M. le docteur Spielman, agrégé stagiaire de cette Faculté.

— Dans sa séance du 24 décembre, la Société médico-psychologique a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1861. Ont été élus :

*Président*, M. Brierre de Boismont ; *vice-président*, M. Ad. Garnier (de l'Institut) ; *secrétaire-général*, M. Archambault ; *secrétaire annuel*, M. Loiseau ; *archiviste-trésorier*, M. Brochain ; *membres du comité de publication* : MM. Cerise, Michéa, Delasiauve et Legrand du Saulle.

— Au concours pour l'internat des hôpitaux de Paris, ont été nommés :

*Internes*. — 1. MM. Lallement, Caulet, Gouraud, Blot, Thibault, Gentilhomme, Fernet, Cornil, Levi, Cazin, Ranvier, Chedevergne, Reliquet, Sottas, Tenneson, Bezançon, Charles, Negrié, Guerineau, Painetvin.

21. Lemaire, Piedvache, Sorre, Béraud, Vast, Dunant, Bernadel, Meunier, Marcowitz, Rabbinowiez, Soudry, Verliac, Perret.

*Internes provisoires*. — 1. MM. Caresme, Danthon, Gingeot, Bahuand, Moureton, Prod'homme, Thomas (Albert), Rocheton, Hennequin, Robertet, Bergeron (Jean-Henri), Decori, Guiraud, Jasseron, Pipet, Carle-Lacoste, Bouchereau, Gouguenheim, Augros, Posada.

21. Bonnet, Lefèvre, Labeda, Jounia, Robert, Hallé, Fontan, Mauricet, Contesse, Casalis.

*Externes*. — 1. MM. Lemoine, Frarier, Seux, Anger (Benjamin), Pichereau, Barbier, Thierry, Legroux, Guillabert, Menière, Sichel, Molinier (Mars), Leclerc, Loquet, Duguet, Odier, Mioche, Flurin, Carrière, Serralier.

21. Fumouze, Hommey, Cabot, Dard, Thévenot, Canaple, Castro y Allo, Duclos, Pacull, Barbalat-Dumas, Bergeron (Georges), Sanné, Vacher, Waill, Legros, Auvray, Escot, Palle, Serres, Leroy.

41. Lolion, Feraud. Silbert, de Bonnefoy, de Valcourt, de Lacrousille, Dublanchet, Gaudry, Mathé, Dero, Galigny de Bonneval, Lascano, Lisicki, Reau, Obenard, Bouchardat, Soulages, Herrenschmidt, de Gaulejai, Gérard.

61. Morillon (Auguste), Jennequin, Labbé, Millot, Revilliod, Tixier, Durand, Chaillou, de Vauréal, Beziel, Boudant, Delarue, Faraboeuf, Pireyre, Prevost (Jean), Turgis, Darblade, Krishaber, Del Castillo, Allo.

81. Barbeu-Dubourg, Descoture, Dom, Forestier, Grateau, Molinié (Eugène), Suchet, Vinnebert, Cazeaux, Gon, Claisse Baptault, Bouzon, Daugaron, Delsol, Girard, Goyon, Anets, Loupias, Crapart.

101. Belancourt, Houradou, Huidiez, Morillon, Noblet, Pillard, Sicardon, Thorin, Viple, Blatin, Desmarres, de Lostalot-Bachoué, Darain, Daupley, Mathorel, Erambert, Guichard, Lasserre, Lebouvier, Mausière.

121. Millardet, Mory, Viardin, Venet, Lafont, Cosmao-Dumenez, Gillet de Grandmont, James, Lairy, Mandron, Panthin, Prévost (Léandre), Puissant, Roudon, Thiébaud, Tillier, Jacquier, Ardoin, Gacon, Auger (Théophile).

141. Audiguier, Barrié, Bernard, Blacher. Cluzeau, Deu, Hautraye, Jaubert, Léonardy, Montier, Montreuil, Moreau, Robin, Rousseau, Thévenon, Dejoye, Dumont, Federowiez, Occre.

161. Quenouille, Sarthou, Schweich, Vivent, Marie, Bourdillat, Bouillard, Chadzynski, Chevalier, Danielopoulo, Deprais, Gatine, Jousset, Mioche, Hilt, Paris, Sempé, Michalski, Betbeze, Cyr.

181. Didelot, Groult, Leboucq, Wiart, Maréchal, Millet, Sicard, Amanieu, Dibos, Duarte, Fustier, Hurtaud, Neyreneuf, Gauchot, Guillon, Vetelay, Dumoutier, Escoline, Calay Jouslain.

201. Raveleau, Bertrand, Merandon. Trichet, Legrand, Fruk, Fargues, Ribière, Beaussenat.

— Jeudi dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Husson, directeur-général, la distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux de Paris. Voici les noms des lauréats :

PRIX DE L'INTERNAT. — *Première division*. — Médaille d'or : M. Raynaud, interne de 3e année à l'hôpital des Enfants malades. — Médaille d'argent : M. de Saint-Germain, interne de 4e année à l'Hôtel-Dieu. — 1re mention : *ex æquo*, MM. Guéniot, P. Tillaux et Simon (Edmond). — 2e mention : *ex æquo*, MM. Baudot, Dezanneaux et Simon (Jules).

*Deuxième division*. — Médaille d'argent : M. Jouon, interne de 2e année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : M. Ferrand. — 1re mention : M. Touzi. — 2e mention : M. Martineau.

PRIX DE L'EXTERNAT. — Prix : M. Lallement. — Accessit : M. Caulet. — 1re mention : M. Gouraud. — 2e mention : M. Blot.

Par une disposition spéciale de son testament, feu M. Lenoir léguait ses instruments de chirurgie à l'élève qui serait reçu le premier interne l'année de sa mort. Conformément à la volonté du testateur, ces instruments ont été remis à M. Lallement.

*Pour toutes les variétés* : A. DECHAMBRE.

---

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 31 décembre 1860, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1861.

---

*Le Rédacteur en chef* : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 11 JANVIER 1861. N° 2.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : De l'opération césarienne *post mortem*. Affection de l'oreille pouvant simuler une affection cérébrale. — Accidents causés par l'air comprimé sur les ouvriers employés à la construction des ponts. — II. **Travaux originaux.** Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Note sur le traitement de la blennorrhagie par les balsamiques à faible dose et les injections au sous-nitrate de bismuth. — V. **Bibliographie.** Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Des classifications mentales.

## I

Paris, le 10 janvier 1861.

*Académie de médecine :* DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem*. — AFFECTION DE L'OREILLE POUVANT SIMULER UNE AFFECTION CÉRÉBRALE. — ACCIDENTS CAUSÉS PAR L'AIR COMPRIMÉ SUR LES OUVRIERS EMPLOYÉS A LA CONSTRUCTION DES PONTS.

M. de Kergaradec a lu, à l'Académie de médecine, sur la question de l'opération césarienne *post mortem*, un rapport travaillé avec soin, parfaitement lié dans toutes ses parties, et qui, *par cela même*, risque fort de rencontrer de sérieuses oppositions dans le débat qui va s'ouvrir. C'est que le principe dont les déductions ont été si expertement tirées n'est pas du domaine de la science, et que, s'il rencontre des membres qui, tout en le respectant, ne croient pas devoir en faire la règle de leur pratique médicale, l'espèce de code promulgué par l'honorable académicien se trouvera miné par la base. A parler rigoureusement, le point de vue théologique devrait être écarté de toutes les questions de science expérimentale se traitant entre savants. En ce qui concerne notamment la gastrotomie *post mortem*, il ne s'agit, pour une assemblée de médecins, que de savoir à quelle époque le fœtus est viable, combien de temps il peut vivre dans l'utérus après la mort de la mère, etc. A ceux qui se gouvernent d'après des croyances d'un autre ordre, d'obéir aux injonctions de leur conscience; mais c'est là une affaire purement personnelle. Aussi, bien que, selon toute vraisemblance, le rapporteur doive être suivi sur le terrain où il s'est engagé si résolument, il est de toute évidence qu'une partie des conclusions se soustrait d'elle-même au vote de l'Académie.

Nous suivrons le débat avec intérêt; mais dès aujourd'hui nous ne pouvons nous dispenser d'indiquer plusieurs points sur lesquels portent nos réserves personnelles.

Tout d'abord, nous n'interpréterions pas comme M. de Kergaradec la portée des garanties accordées par l'État à l'exercice de la religion catholique. Le baptême, dit-il, est nécessaire au salut; l'âme s'unissant au corps très probable-

## FEUILLETON.

**Des classifications mentales.** — Lu à la Société médico-psychologique dans la séance du 30 octobre 1860.

Il y a quatre ans, j'eus l'honneur de communiquer à la Société médico-psychologique un travail sur la monomanie envisagée au point de vue psychologique et légal. Dans la discussion que provoqua cette lecture, un de nos honorables collègues, M. Baillarger, en opposition ou plutôt parallèlement à quelques principes qui y figuraient, vint nous exposer, d'après ses impressions personnelles, les bases d'une nouvelle nomenclature de la folie. D'un commun accord, l'importante question traitée par ce savant aliéniste devait être portée à un prochain ordre du jour. Il n'en fut rien cependant, l'attention de la Société ayant depuis été incessamment absorbée par d'autres sujets d'un intérêt scientifique non moins grave.

Un retour était inévitable; notre excellent collègue M. Buchez, en a saisi l'occasion dans un rapport sur le dernier ouvrage de M. Morel. Entre autres dérogations sérieuses aux errements généralement acceptés, M. Morel, ainsi que nous l'avons dit nous-même dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, a cru devoir, consommant définitivement une rupture dès longtemps méditée, changer complétement le point de départ séculaire des divisions mentales. Au lieu de considérer la diversité des symptômes, il s'appuie sur les données étiologiques.

Ce point étant capital dans le livre, pour l'apprécier sainement, M. Buchez a senti qu'il ne suffisait pas de s'en tenir aux idées de l'auteur, mais qu'il fallait encore peser les opinions adverses, ou, en d'autres termes, confronter entre elles les nomenclatures les plus accréditées. C'eût été une énorme tâche. M. Buchez avoue modestement qu'il n'en avait ni le loisir, ni les facilités; mais il n'a point résisté au désir, par un léger aperçu, d'en indiquer au moins la nécessité. Résumant dès lors les classifications à sa portée, il a essayé d'en pénétrer l'esprit, d'en pressentir la valeur

ment à l'instant de la conception, le baptême est dû au fœtus quel que soit son âge, et il n'est jamais trop tôt pour le lui administrer. Soit. Mais la loi qui assure le libre exercice du culte catholique garantit aussi la liberté des cultes. Ne voyez-vous pas que, en faisant une *obligation* d'ouvrir les entrailles de *toute* femme morte en état de gestation, non-seulement vous ne respectez pas la liberté religieuse, mais vous la détruisez très formellement en imposant à votre semblable une règle qui n'est pas la sienne; et, chose grave, pour la lui imposer, vous enlevez à une mère privée de sentiment le bénéfice de ces règlements tutélaires qui tendent à prévenir l'horreur des inhumations précipitées, car il est à peu près certain que si la mort n'était qu'apparente votre opération la rendra réelle.

Les médecins qui ne consultent que les données de la science et de l'art, placés en présence de la mère présumée morte, mettent en balance les chances de la gastrotomie au cas où la vie serait latente, avec celles de la viabilité du fœtus. C'est là une conduite rationnelle, conforme aux devoirs ordinaires de la pratique. Avec M. de Kergaradec, le point de vue médical disparaît entièrement; il faut opérer, le fœtus n'eût-il qu'un jour! En sorte qu'il n'y a plus à s'occuper du tout de la mère, qui est, on peut le dire, sacrifiée. On aura peut-être « donné une âme au ciel, » mais peut-être aussi en aura-t-on dérobé une à la terre; et, en tout cas, on n'aura pas enrichi la patrie « d'un citoyen ». Dans ce système, comme on voit, on ne cherche pas à accorder le ministère médical avec le ministère religieux, on subordonne le premier au second, et le médecin, en dépit de sa mission d'humanité, doit tuer ou s'exposer à tuer un être humain pour gagner le ciel à un autre. *Diex el volt.*

Cette autre *obligation*, imposée au pasteur ou à *toute autre personne*, de pratiquer l'opération césarienne si le médecin est absent *ou s'y refuse*, dérivant du même principe, est sujette aux mêmes objections. Il n'y a plus de question scientifique, d'indication ou de contre-indication, de compétence légale, d'aptitude manuelle. Cette malheureuse qui, tant qu'elle n'est pas inhumée, est réputée vivante, entendez-vous bien? la voilà exposée au couteau du premier venu; la voilà éventrée au nom de la religion! C'est une doctrine que nous n'admettrons jamais. *La loi qui protége les morts pendant quarante-huit heures*, les protége, il ne faut pas l'oublier, *au même titre que les vivants.* L'exercice de la chirurgie sur les morts doit donc rester soumis à la règle commune. Voilà, pour nous, le vrai principe.

C'en est assez pour le moment. La science et l'art reprendront sans doute leur rang dans la discussion : ils auront leur tour aussi dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE; et nous croyons que, là également, il y aura de grandes réserves à faire quant à la valeur des faits relatifs aux conditions de viabilité du fœtus, hors du sein, comme dans le sein de la mère.

— A M. de Kergaradec a succédé M. Ménière, qui a lu un chapitre instructif de clinique des maladies de l'oreille. Quand on est consulté pour des vertiges, des étourdissements, de l'incertitude dans la marche, des tournoiements, etc., avec coexistence d'affaiblissement de l'ouïe, on ne manque presque jamais de rapporter le tout à une affection encéphalique, dont la surdité ne serait qu'un symptôme. Pour M. Ménière, au contraire, les accidents dits cérébraux seraient souvent l'effet, non de la surdité précisément, mais d'une lésion de l'oreille interne, dont le siége serait *très vraisemblablement* dans les canaux semi-circulaires. Nous ne sommes pas personnellement en mesure de confirmer, et encore moins d'infirmer, les assertions de notre confrère; mais nous nous faisons un devoir de signaler toute l'importance d'une telle vue pratique, puisque le pronostic et le traitement de la maladie y sont directement subordonnés. L'excellent esprit de l'honorable médecin de l'*Institut des sourds-muets*, et aussi le résultat positif d'une autopsie, sont, en attendant plus, une garantie sérieuse de l'exactitude de son opinion.

—M. le docteur François a publié récemment dans les ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (2e série, 1860, t. XIV, 2e partie), et M. le docteur Willemin, sous-inspecteur des eaux de Vichy, a reproduit dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, sous forme d'analyse raisonnée, un mémoire *relatif aux effets* qu'exerce l'air comprimé sur les ouvriers employés à la construction des piles de pont.

Sans entrer dans des détails de mécanique hydraulique qui ne seraient pas ici à leur place, disons seulement que M. Triger (d'Angers) a inventé, pour la pose des piles de pont, un système dans lequel l'eau est refoulée au lieu d'être épuisée; que, pour l'application de ce système, les ouvriers doivent descendre, par un de ces longs tubes qu'on appelle *sas*, dans des caissons formés d'un poutrage en tôle qui doivent servir de base aux piles, et dans lesquels des machines soufflantes envoient l'air qui doit refouler l'eau; que de temps à autre on donne issue à l'air comprimé pour le renouveler, opération qui a reçu le nom d'*éclusement;* que les ouvriers installés

---

respective et d'induire de cette comparaison les conditions qui lui semblaient préférables.

Par cette large appréciation, le débat se trouve naturellement engagé. Un mot, d'abord, de l'innovation de M. Morel et du jugement qu'en a porté M. Buchez; nous examinerons ensuite les vues qui ont guidé les autres observateurs.

Le mérite de toute bonne définition est d'être courte et précise, mais surtout de convenir, suivant les termes de l'école, *toti solique definito.* On pourrait appliquer la même remarque aux nomenclatures dont les divisions et sous-divisions devraient exprimer des ensembles ou des faits nettement circonscrits, puisque leur objet essentiel est de séparer les dissemblances et de rapprocher les analogies. En médecine, malheureusement, et notamment en pathologie mentale, cette rigueur méthodique est rarement accessible. Le mystère qui préside à l'accomplissement des fonctions, la difficulté de rapporter les manifestations apparentes à leurs causes intimes, les réactions variables et infinies qui s'opèrent entre les divers appareils, jusqu'aux influences extérieures, souvent insaisissables, tout cela répand de l'ombre sur les problèmes médicaux et rend plus ou moins caduques la plupart de nos délimitations. Nos luttes, quelquefois si ardentes, ne sont-elles pas une preuve de nos efforts incessants pour échapper à cette incertitude?

Dans cet embarras, comment la science a-t-elle procédé? Faute de mieux, elle a commencé par former des groupes de symptômes auxquels elle a imposé des noms, supposant, non sans fondement, que la similitude des phénomènes en impliquait une correspondante dans les mobiles. Plus tard, soit dans l'aspect, la marche, les conditions, les lésions ou les effets curatifs, constatant des différences inaperçues à l'origine, elle a créé de nouveaux ordres, des genres, des variétés. C'est ainsi, par exemple, et pour ne pas remonter plus haut, que l'asthme est devenu affection du cœur, épanchement pleurétique, emphysème, induration ou compression du nerf vague, etc.; que l'apoplexie cérébrale s'est scindée en sanguine (hémorrhagie), séreuse, nerveuse, hystérique; que le ramollissement de l'encéphale, puis les ramollissements

dans la caisse creusent la terre aux quatre coins et accumulent le gravier au pied d'une cheminée centrale munie d'une drague ; enfin que, la tranchée ayant été creusée à une profondeur suffisante, on l'emplit de béton de ciment, formant une assise solide au massif de pierre qui doit constituer la pile. Dans les travaux auxquels se rapportent les observations de M. François, il s'agissait de la construction du pont du grand Rhin. Le personnel se composait, pour chaque caisson, de quatre ouvriers travaillant dans l'eau jusqu'à mi-jambe, et d'un surveillant; ce qui constituait un total de quinze ou de vingt individus, non compris des maçons en nombre variable, qui établissaient une maçonnerie intérieure le long des parois. Au début, les hommes faisaient deux postes de six heures chacun, séparés par deux heures de repos; plus tard, on en a réduit la durée à quatre heures, avec huit heures de repos entre chaque séance. La pression la plus forte n'a guère dépassé trois atmosphères (soit deux atmosphères effectives).

Or, voici les symptômes éprouvés par les ouvriers :

Pendant le travail dans les caissons, bourdonnements d'oreille d'abord, puis otalgie ; audition obtuse; mouvements involontaires de déglutition; *ralentissement* de la respiration, avec circulation *accélérée*. La sortie du caisson était bien plus pénible que l'entrée; les douleurs d'oreilles surtout, qui s'étaient calmées pendant le séjour, reparaissaient plus intenses. Ajoutez que la combustion des bougies, en produisant des émanations charbonneuses, causait de l'oppression et de la toux, et que l'élévation de la température dans l'atmosphère comprimée et son abaissement pendant l'éclusement faisaient vivement sentir aux ouvriers les alternatives du chaud et du froid.

A la sortie des caissons, *ou plus ou moins longtemps* après, on a *observé*, *pour la durée totale* (cinq mois) de travaux qui n'occupaient, nous l'avons dit, qu'une vingtaine d'ouvriers à la fois : une aggravation des otalgies ou de vraies otites, et des surdités plus ou moins complètes et persistantes (5 cas) ; des douleurs musculaires et articulaires (132 cas ; mais sur ce nombre, on ne sait combien d'individus avaient passé par les caissons); des congestions pulmonaires (4 cas); un grand nombre de bronchites; des troubles du système cérébro-spinal caractérisés par de violentes douleurs des lombes et dans les membres, la paraplégie et la rétention d'urine; le bégaiement (2 cas); le gonflement subit de la région mammaire (1 cas — s'agissait-il d'un emphysème ?) ; un prurit très incommode qui se faisait fréquemment sentir à la sortie du sas; enfin bon nombre de cas de fièvre intermittente.

M. Willemin rapproche ces observations de celles qui ont été recueillies et publiées aussi dans les ANNALES D'HYGIÈNE (2e série, t. I, 2e partie), par MM. Pol et Watelle. Ces derniers ont également rendu compte des effets de l'air comprimé sur des mineurs de Douchy (Nord). Les symptômes qu'ils décrivent ressemblent beaucoup à ceux qui ont été remarqués chez les travailleurs du Rhin, à cette exception près que la circulation était ralentie aussi bien que la respiration, ainsi que Pravaz l'avait déjà constaté. « Un ouvrier, après avoir éprouvé des douleurs musculaires et des troubles respiratoires d'un gravité croissante, tombe, au sortir d'une séance, privé de sentiment et meurt en un quart d'heure. A l'autopsie, on trouva une congestion générale des organes : cerveau, poumon, estomac, foie, rate et rein. Un second périt subitement aussi au sortir de la première séance, et l'autopsie montra une congestion du poumon avec teinte noirâtre générale ; la pression avait été de quatre atmosphères ; il avait été employé, a-t-on dit, vingt minutes à la décompression. Trois autres faillirent périr après avoir présenté des accidents analogues; l'un d'eux est resté ambliope ; deux ouvriers sont demeurés complétement sourds ; deux autres sourds d'un côté et atteints l'un de diplopie, l'autre d'une amblyopie persistante. Deux sujets offrirent les signes d'une congestion cérébrale des plus graves : on fit à l'un trois saignées et une application de sangsues; sa santé ne s'est point rétablie, il est resté sourd et *amblyope*. »

Fort de toutes ces observations, M. Willemin demande s'il ne serait pas temps de modifier dans l'application, quelque utile qu'il soit, un système qui a de tels inconvénients sous le rapport hygiénique. MM. François, Pol et Watelle ont déjà signalé la nécessité de laisser échapper *lentement* de la chambre l'air comprimé. M. Willemin voudrait que, pour prévenir plus sûrement le refroidissement, on surveillât l'habillement des travailleurs et qu'on vît s'il ne serait pas possible d'élever la température des caissons par des tuyaux chauffés à la vapeur. Il voudrait aussi que l'on avisât au moyen de remplacer l'éclairage à la bougie par la lumière électrique, d'absorber l'acide carbonique par le lait de chaux ou un appareil quelconque; que, l'intensité des douleurs d'oreille étant en proportion de l'étroitesse de la chambre, comme l'a bien établi M. Guérard, on augmentât la capacité des caissons ; enfin et surtout que la durée de chaque poste fût de cinq heures, dont quatre de travail effectif et une pour la compression et la décompression.

Avec notre confrère de Strasbourg, nous croyons que la

---

rouge et blanc, idiopathique et symptomatique, ont successivement conquis leur place dans le cadre nosologique.

En sommes-nous à ce degré pour l'aliénation mentale ? M. Buchez ne s'est point attaché à l'évolution que nous venons de signaler. Pour lui, les méthodes de classification, réduites à quatre, auraient chacune leur raison d'être et ne seraient pas exclusives les unes des autres. Une première procède de l'observation des formes apparentes ; la seconde, des lésions organiques ; la troisième, des altérations fonctionnelles, intellectuelles ou morales. La dernière, basée sur des prédispositions dominant le début et le cours de la folie, prendrait, à juste droit, le nom de *pathogénique*.

Celle-ci est propre à M. Morel. Quelle division en est sortie ? M. Buchez n'ose se prononcer sur son mérite. Loin de la croire irréprochable, il y entrevoit des lacunes; c'est un essai plus encore qu'une réalisation. Mais, au point de vue du principe, il ne la considère pas moins comme un pas en avant, car elle tend, en dévoilant les causes agissantes, à donner la raison du développement morbide et de ses transformations.

On ne saurait plus ingénieusement justifier la détermination du savant médecin de Saint-Yon. Dans l'analyse que nous avons faite de son ouvrage, nous-même avons, sous ce rapport, rendu hommage à sa tentative. Mais n'était-elle pas prématurée, sinon périlleuse ? Selon nous, il a cédé à des perspectives qui lui ont voilé des obstacles insurmontables.

Folies héréditaire, par intoxication ou convulsion, idiopathique, sympathique, démence, tels sont les six groupes dont se compose sa nomenclature. Sauf les cas des deux et troisième ordres que chacun avoue et que quelques-uns même font rentrer dans le délire des maladies ordinaires, qui, à ces traits, reconnaîtrait nos types familiers ? Dans quel cercle se renferme l'influence puissante de l'hérédité ? N'y a-t-il pas autant de modalités organiques, d'actions différentes, de nuances symptomatiques que d'individus ? Comment faire cadrer dans un même tableau l'engourdissement de l'imbécillité et les prédominances nerveuses, les transmissions maniaque et suicide ? M. Morel nous a légué, à cet égard, une dissertation approfondie ; une description en règle était impossible.

nouvelle expérience du pont du Rhin comporte un grave intérêt d'humanité et doit appeler sérieusement la vigilance de l'administration.

A. Dechambre.

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole, par le professeur Laveran.

Si l'on recherche quelles sont les causes générales de la mortalité des armées, on est conduit à en reconnaître deux ordres principaux : pour les armées en campagne, les maladies qui dépendent des conditions extrêmes des saisons et des climats, des influences telluriques, de l'insuffisance des ressources alimentaires; pour les troupes en garnison, les maladies zymotiques, les petites épidémies.

L'action de la vie en commun, sur le développement des épidémies, ressort de l'existence même d'un certain nombre d'épidémies spéciales au soldat : la méningite cérébro-spinale, l'ophthalmie militaire, la stomatite ulcéro-membraneuse; affections qui semblent n'être que les manifestations accidentelles de maladies plus constantes, mieux déterminées : la méningite cérébro-spinale et les oreillons se rattachant aux fièvres éruptives, la stomatite à la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit de ce point de vue sur les petites épidémies, si les maladies infectio-contagieuses trouvent, au milieu des agrégations humaines qui forment nos armées, les conditions d'une propagation facile, elles doivent également se modifier dans leur marche, lorsqu'elles viennent à sévir au milieu des influences nosocomiales créées par l'encombrement de nos hôpitaux.

Pringle n'avait pas hésité en face de cette haute question d'hygiène militaire; il rapporte au séjour à l'hôpital le changement de la fièvre rémittente d'automne en fièvre d'hôpital; ce que nous appellerions la transformation de la fièvre typhoïde en typhus. Le point de vue anatomique qui domine dans l'idée que nous nous formons de la maladie, ne permettrait pas aujourd'hui cette confusion de deux entités morbides. Reste à savoir si l'observation sur laquelle elle se fonde subsiste de nos jours.

Dans le cours de deux épidémies de fièvre typhoïde, en 1842 et en 1846, j'avais été frappé de la marche fatale de la maladie au milieu d'un hôpital encombré. En 1846, notamment, le 19ᵉ léger ayant été frappé d'une épidémie de fièvre typhoïde, au camp de Charenton, M. l'inspecteur Michel, M. A. Jacquot et moi, constatâmes que les fièvres typhoïdes, traitées au camp, conservaient leur bénignité, tandis que la plupart des malades transportés à l'hôpital succombaient par le fait d'une aggravation continue de leur maladie. Toutefois, je n'osai, en face de la variabilité extrême de la fièvre typhoïde, aborder un problème peut-être plus accessible à propos de la rougeole, quelque étendues que soient les limites au milieu desquelles oscillent les différentes épidémies d'une même affection.

Ceci bien établi, et considérant seulement ce qui va suivre comme un simple essai, j'aborde tout de suite mon sujet.

Les conditions particulières qui suivirent la rentrée des troupes d'Italie eurent pour effet d'accumuler, dans nos hôpitaux, un nombre considérable de malades; de juillet 1859 à juillet 1860, nous reçûmes, au Val-de-Grâce, plus de 10,000 malades, et nous vîmes se développer bientôt les accidents qui décèlent au médecin les influences nosocomiales de mauvaise nature, les plaies s'ulcéraient au lieu de se cicatriser, l'application de vésicatoires était suivie d'infiltrations sanguines, d'exsudations pseudo-membraneuses, d'ulcérations, de gangrène; nous observions un certain nombre d'érysipèles de mauvaise nature, enfin la diphthérite épidémique, que je n'ai jamais observée qu'au milieu d'influences semblables, se développait sur un certain nombre de convalescents et frappait un de nos camarades.

C'est au milieu de ces conditions défavorables qu'un certain nombre de rougeoles furent apportées dans nos salles. Simples au début, ces affections se compliquaient, au moment de la convalescence, d'un état de faiblesse d'une gravité insolite qui me parurent ressortir des limites de la variabilité de cette épidémie.

La variabilité des épidémies de rougeole a été tantôt vaguement comprise, tantôt rejetée au nombre des questions insolubles. Reste à savoir si la médecine moderne, qui repousse justement la doctrine des épidémistes, qui attribuaient trop facilement à l'influence des saisons les différences des épidémies, ne doit pas revenir sur une des questions les plus importantes de la médecine pratique.

Au point de vue de la léthalité, elle présente les chiffres les plus extrêmes.

Ainsi, tandis que, dans une épidémie observée à Dunkerque, par M. Zandick, on ne compte que 4 décès sur 200 malades, pour une population de 26,000 personnes; une épidémie dans le Pas-de-Calais donne 33 décès sur 318 malades, pour une population de 1,400 habitants (*Mémoire de l'Académie de médecine*); dans l'épidémie de Genève la mortalité fut d'un sixième (Lombard, *Gazette médicale*, 1833, p. 89, t. Iᵉʳ).

Dans l'épidémie de Saint-Front (Haute-Loire) (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 159), la mortalité fut d'un cinquième; dans l'épidémie de Saint-Gilles (bas Languedoc) (ancien *Journal général de médecine*, t. LV, p. 123), la mortalité fut d'un quart; dans l'épidémie de Strasbourg, en 1847 (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1848), elle fut d'un sur deux.

Toutefois, en moyenne, la mortalité est loin d'être aussi élevée. En réunissant les chiffres fournis par les rapports annuels de l'Académie de médecine, je trouve, sur une population totale de

---

Les limites des espèces idiopathiques ne sont guère mieux tracées. L'acception du mot lui-même est fort incertaine. En admettant que l'auteur ait voulu désigner par là les troubles cérébraux qui surgissent accidentellement chez des sujets non prédisposés, est-il présumable que la nature de ces désordres soit toujours identique, et que, comme le prétend M. Morel, on ne doive accorder qu'un faible intérêt à la diversité changeante des manifestations? C'était, assurément, l'occasion de noter toutes les particularités d'aspect, d'invasion, de marche, de complication, etc. M. Buchez l'a senti lui-même en réclamant un rang pour la *folie adventive*. Mais M. Morel, laissant de côté manie, monomanie, lypémanie, hallucinations, etc., a, pour ainsi dire, borné sa classe des folies idiopathiques à la seule paralysie générale, comme si même cette forme spéciale ne subissait pas fréquemment l'action héréditaire.

De semblables observations seraient applicables aux variétés sympathiques sur lesquelles planent encore tant d'incertitudes qui nous ont été révélées par la discussion sur la remarquable thèse de M. Loiseau. L'irradiation vers l'encéphale d'une souffrance éloignée ne saurait provoquer inévitablement le même mode réactionnel dans toutes les circonstances. Comment, d'un autre côté, expliquer cette propagation sans une prédisposition flagrante, si l'on considère qu'une foule de malades atteints d'affections analogues souvent très étendues, n'en éprouvent aucun préjudice dans leurs fonctions intellectuelles et morales? Pas plus la folie sympathique que la folie idiopathique ne peut logiquement être séparée de la folie héréditaire. Quant à la démence, confluent des diverses dégradations, elle n'a, comme valeur ordinale, qu'une signification subordonnée.

M. Morel s'est évidemment grisé de sa conception. Ce qui semble l'avoir séduit, et un peu avec lui M. Buchez, c'est l'exemple des aliénations alcooliques, saturnines, convulsives, etc. Ici, toutefois, la cause est tangible, le lien qui l'unit aux effets saisissable. Ceux-ci sont à peu près constants, comme le narcotisme sous l'impression de l'opium. A l'égard des genres controversés, la comparaison ne se soutient point. Dans ce cas, l'influence est en

10,415 personnes, 2,858 malades et 172 morts, ou, en moyenne, 1 malade pour 14 habitants, 1 mort pour 17 malades et 237 habitants.

D'ailleurs, les épidémies de rougeole, suivant Lépicq de la Clôture (*Oper. epid. de* 1773), sont moins graves pour l'adulte. Dans l'épidémie de Metz, décrite par M. Lévy (*Gazette médicale*), il n'y eut que 6 décès sur 120 malades, ou 1 décès sur 30.

L'épidémie de 1860 fut autrement grave, elle donne 40 décès sur 125 malades, ou 1 sur 3; d'autre part, le chiffre léthifère sur 1,000 décès, donne, pour 1860, 116 décès, chiffre qui excède de beaucoup le rapport moyen et les chiffres extrêmes de 28 années précédentes.

| Années. | Décès en général. | Décès par rougeole. | Rapport sur 1,000 décès. |
|---|---|---|---|
| 1832 | 897 | 5 | 5 |
| 1833 | 460 | 3 | 6 |
| 1834 | 349 | 17 | 48 |
| 1835 | 436 | 8 | 18 |
| 1836 | 256 | » | » |
| 1837 | 652 | 4 | 6 |
| 1838 | 638 | 48 | 75 |
| 1839 | 426 | 39 | 91 |
| 1840 | 479 | 34 | 70 |
| 1841 | 592 | 5 | 8 |
| 1842 | 270 | 7 | 25,9 |
| 1843 | 208 | » | » |
| 1844 | 209 | 6 | 28 |
| 1845 | 165 | 2 | 12 |
| 1846 | 231 | » | » |
| 1847 | 404 | 1 | 2 |
| 1848 | 584 | 19 | 33 |
| 1849 | 868 | 33 | 38 |
| 1850 | 242 | » | » |
| 1851 | 218 | 2 | 9 |
| 1852 | 225 | » | » |
| 1853 | 260 | 3 | 11 |
| 1854 | 602 | 3 | 5 |
| 1855 | 733 | 26 | 35 |
| 1856 | 324 | 2 | 6 |
| 1857 | 338 | 2 | 6 |
| 1858 | 211 | » | » |
| 1859 | 288 | 4 | 14 |
| 1860 | 336 | 40 | 116 |
| TOTAUX...... | 11,881 | 373 | 28 |

Si l'épidémie de 1860 a présenté un chiffre élevé de décès, cette mortalité excessive a-t-elle été en rapport avec la gravité apparente de la maladie, et pouvait-elle être préjugée par les caractères de l'épidémie? Les observations particulières prouveront qu'il n'en a pas été ainsi.

Les rougeoles que nous avons observées n'ont présenté au début aucun caractère de gravité, et n'ont offert aucune des complications qui ont signalé la gravité d'un certain nombre d'épidémies de cette maladie.

Elles ne s'accompagnaient pas d'hémorrhagies comme dans l'épidémie de Plymouth (Huxam, *De œre et morbis epidemicis*, oper., t. I) comme dans l'épidémie de Florence en 1749 et 1750 (Targioni Tozetti, ancien *Journal de méd.*, t. I, pag. 73).

Les rougeoles en 1860 ne présentaient pas de phénomènes soporeux, d'adynamie, d'état typhoïde, comme dans les épidémies observées à Prague en 1754 et 1755 par Mayersback (ancien *Journal général de méd.*, t. IV, pag. 131);

A Helmstadt, en 1755, par Conrad Fabricius (ancien *Journal général de médecine*, t. VI, pag. 144);

A Edimbourg, par Gregory.

Il n'existait pas de complication de méningite cérébro-spinale comme dans l'épidémie de Gorce (Petitgaud, *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XVIII; *Des convulsions.* — (Lombard, *Épidémie de Genève*, *Gaz. méd.*, 1833, t. I).

Enfin nous n'avons pas constaté ces altérations du sang et des humeurs qui faisaient comparer par Lorry la rougeole à la peste.

L'épidémie de 1860 s'est produite avec les caractères apparents d'une épidémie bénigne, survenant cinq ans après l'épidémie de 1855, périodicité déjà signalée par M. Rillet (*Gaz. méd.*, 1848), Rulz (*Gaz. méd.*, 1857), et par moi (*Annales d'hygiène*, 1860).

Elle a régné pendant l'hiver de 1858 à 1859, s'est apaisée pendant l'été pour se réveiller l'hiver suivant, comme cela a eu lieu dans l'épidémie de Metz et la plupart des épidémies de fièvres éruptives dans les grands centres de population.

| RÉGIMENTS. | Nombre de malades. | Nombre de décès. |
|---|---|---|
| 5e régiment d'infanterie de ligne... | 4 | » |
| 7e — — — ... | 16 | 2 |
| 17e — — — ... | 1 | » |
| 20e — — — ... | 1 | » |
| 28e — — — ... | 7 | 6 |
| 42e — — — ... | 1 | 1 |
| 45e — — — ... | 7 | 2 |
| 49e — — — ... | 1 | 1 |
| 56e — — — ... | 3 | » |
| 57e — — — ... | 28 | 5 |
| 62e — — — ... | 39 | 19 |
| 74e — — — ... | 4 | 1 |
| Officiers de santé................ | 1 | » |
| Train........................ | 2 | 1 |
| Ouvriers d'administration.......... | 1 | » |
| Infirmiers militaires............... | 5 | » |
| Sapeurs-pompiers................ | 1 | » |
| Chasseurs à pied................ | 1 | 1 |
| Artillerie..................... | 2 | 1 |
| TOTAUX........... | 125 | 40 |

général voilée, souvent discutable, plus fréquemment encore associée à d'autres influences, et, partant dépourvue de cette fixité qui convient pour une caractéristique. En somme, les éléments dissimulés sous ces noms héréditaire, idiopathique, sympathique, ne viennent qu'en second rang, une fois l'affection dénommée, c'est-à-dire l'état maladif connu, pour, selon l'opportunité, éclairer le diagnostic intime, aider à évaluer les chances bonnes ou mauvaises, modifier ou déterminer les indications hygiéniques et thérapeutiques.

Du reste, l'esprit se trompe rarement dans cette voie. Guidé par un instinct que fortifie l'expérience, il va droit aux circonstances qui lui fournissent l'idée la plus prompte et la plus lumineuse du fait pathologique, pour y rattacher ensuite les données accessoires susceptibles de rendre sa nature compréhensible. Ces circonstances ne sont pas invariables; l'utilité, la convenance décident du choix. Mais, à moins d'une de ces grandes causes qui dominent ostensiblement toute une affection, syphilis, vaccine, rage, etc., ou d'un point de départ organique inconteste, pneumonie, pleurésie, etc., on est bien forcé de s'en tenir à une appellation qui résume conventionnellement le groupe des symptômes, ou réponde à la manière d'interpréter le trouble fonctionnel, la diversité des nomenclatures dépendant de la divergence des impressions et des déductions.

Une classification légitime ne se commande pas; elle ne peut qu'être en rapport avec l'état des connaissances; heureux qui parvient à les mieux utiliser! Puis, quelle qu'elle soit, la notion qui en résulte, pourvu qu'elle soit exacte, n'interdit point, mais appelle, au contraire, le concours des autres lumières. Elle réserve et ne compromet, en aucune façon, la faculté de recherches. En un mot, il y a là une question de mesure. Bouleverser cet ordre, c'est se jeter dans la confusion; le devancer, c'est s'aventurer dans les hypothèses, et peut-être courir risque de faire rétrograder la science au lieu de faciliter sa marche.

Si M. Morel eût envisagé ce critérium, il eût sans doute été moins empressé à poursuivre sa réforme. Pour s'être maintenue dans les bornes, la théorie mentale qu'il incrimine n'est pas pour

L'épidémie a régné surtout l'hiver, comme cela a été constaté pour les épidémies antérieures qui, suivant M. Hirch, donnent les rapports suivants par rapport aux saisons: hiver, 31; printemps, 31 ; été, 13; automne, 25.

L'épidémie a d'abord frappé une ou deux casernes, s'étendant ensuite aux autres, frappant inégalement les différents corps et atteignant spécialement les hommes les plus jeunes et les moins acclimatés à la vie militaire ce que j'ai démontré être le propre de toutes les maladies infectio-contagieuses (*Annales d'hygiène*, 1860).

CASERNES.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Napoléon | 25 | Bercy | 2 |
| Reuilly | 45 | Saint-Denis | 2 |
| Popincourt | 4 | Fort d'Ivry | 4 |
| Val-de-Grâce | 6 | Lisieux | 2 |
| Bicêtre | 6 | L'Ourcine | 1 |
| Prince-Eugène | 15 | Camp Morlan | 2 |
| Aubervilliers | 1 | Calvaire | 1 |
| Montrouge | 4 | Rue de la paix | 1 |
| Fort Nogent | 1 | Fort de Vanvres | 2 |
| Fort de l'Est | 1 | TOTAL | 125 |

| *Ages.* | | *Durée du service.* | |
|---|---|---|---|
| 19 ans | 3 | 6 mois | 6 |
| 20 ans | 0 | 8 mois | 13 |
| 21 ans | 3 | 1 an | 40 |
| 22 ans | 52 | 13 mois | 5 |
| 23 ans | 34 | 15 mois | 2 |
| 24 ans | 15 | 16 mois | 2 |
| 25 ans | 9 | 17 mois | 1 |
| 26 ans | 4 | 18 mois | 7 |
| 27 ans | 4 | 19 mois | 4 |
| 28 ans | 1 | 2 ans | 18 |
| Au-dessus de 28 ans | 0 | 3 ans | 15 |
| TOTAL | 125 | 4 ans | 5 |
| | | 4 ans 1/2 | 1 |
| | | 5 ans | 1 |
| | | 5 ans 1/2 | 1 |
| | | 6 ans | 3 |
| | | Au-dessus | 1 |
| | | TOTAL | 125 |

*Symptômes.* — La rougeole débutait par une fièvre rémittente nocturne à forme parfois intermittente, accompagnée d'abattement des forces, quelquefois de diarrhée, le plus souvent de larmoiement, de coryza, de toux, et presque jamais d'épistaxis. L'éruption se produisait par des rougeurs d'une belle teinte vermillon disposée par mouchetures ou par plaques irrégulières ; dans les formes confluentes il y avait accélération du pouls, chaleur humide de la peau, rougeur des yeux, de la bouche et du pharynx, toux quinteuse et phénomènes bronchiques.

D'ailleurs rien au début ne faisait présager le danger : l'éruption plus ou moins confluente avait un bon aspect, la fièvre était modérée, les complications rares, seulement au lieu de voir la convalescence se prononcer lorsque l'éruption arrivait à sa période de décroissance, il se produisait des phénomènes gastro-intestinaux à forme cholérique, et plus souvent une lente asphyxie par un mucus bronchique très abondant ou une production surabondante de leucocystes sur toute l'étendue de la muqueuse bronchique. Il semblait que la réaction manquât aux convalescents; la faiblesse succédait à la fièvre. L'appétit ne se montrait pas, de sorte que sans complications à proprement parler, la rougeole se prolongeait sur les membranes tégumentaires internes à la manière des érysipèles extensifs et des ulcères serpigineux.

Les faits suivants permettront de juger de la justesse de cette interprétation.

*(La suite à un prochain numéro.)*

III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles expériences sur la coloration des os du fœtus par le régime de la mère*, par M. *Flourens*. — Les résultats de ces nouvelles expériences ne diffèrent aucunement des résultats déjà connus. Chez les fœtus, dont la mère avait été nourrie d'aliments mêlés de garance pendant toute la durée de la gestation, les os et les dents ont été trouvés colorés en rouge.

M. Flourens en conclut que le fœtus se nourrit et respire par la mère, car le sang de la mère (ce sang oxygéné et *révivifié*) communique avec celui du fœtus, et à ce point que le principe colorant dont est chargé le sang de la mère pénètre jusqu'au fœtus et en rougit les os.

MATIÈRE MÉDICALE. — *Note sur le* gin-sen *des Chinois*, par M. le docteur *Armand*. — En visitant les palais impériaux nous avons eu occasion de recueillir quelques échantillons de la fameuse racine de *gin-sen* ou *nin-sen* (*gin* ou *nin*, pomme ; *sen*, santé, force, vigueur), substance médico-hygiénique par excellence en Chine et qui se vend au poids de l'or. C'est la racine bifide d'une petite plante qu'on trouve dans la terre des herbes en Tartarie.

La saveur de cette plante est d'abord douceâtre, comme celle de la réglisse et faiblement amère ensuite par la mastication. On peut affirmer avant toute analyse de cette substance, dont la cassure est d'aspect vitro-résineux et jaunâtre comme celle du sucre d'orge un peu trop cuit, qu'elle contient une notable proportion de matière sucrée. Elle n'a pas d'odeur, à l'état sec du moins, et a la légèreté de la racine d'iris.

cela demeurée stationnaire. On citerait difficilement un fait acquis qu'elle ait négligé. La nomenclature surtout a subi de notables perfectionnements. Sans parler d'une foule d'autres points, la manie sans délire de Pinel, le dédoublement des mélancolies par Esquirol, le délire partiel de M. Ferrus, répondant par son élasticité à des exigences scientifiques laissées sans satisfaction par la monomanie et la lypémanie, la paralysie générale surgissant des travaux presque contemporains de Bayle et de M. Calmeil, la stupidité mise en saillie par Georget, MM. Étoc Demazy, Ferrus, Baillarger, etc., constituent un bilan qui n'est pas sans importance. Une vive clarté a également été répandue sur les troubles perceptifs, illusions et hallucinations. M. Morel insiste sur les délires par intoxication et consécutifs aux attaques nerveuses; ils avaient été distingués et décrits dans leurs moindres détails. Les types héréditaire idiopathique et sympathique ne figurent point, il est vrai, dans le programme ayant cours; nous en avons déduit les motifs. En revanche, les influences qu'ils représentent se trouvent surabondamment élucidées aux endroits nécessaires, et s'il s'agit de l'histoire d'une forme quelconque, on ne manque jamais de s'enquérir de la part qui revient, dans le développement morbide, aux organes dont les fonctions sont troublées, aux prédispositions constitutionnelles ou aux parties éloignées.

Enfin on a proclamé l'unité dans les maladies mentales. Cette doctrine, qui ne met de différence entre les diverses espèces que des degrés d'intensité variables et mobiles, est celle de quelques aliénistes. Mais la question est loin d'être résolue, et la majorité a peine à se persuader que la fixité des préoccupations exclusives, par exemple, soit d'une nature absolument semblable à celle de l'agitation incohérente des maniaques.

On doit voir par ces témoignages, que nous pourrions multiplier, si la classification des maladies mentales est dans cette condition précaire qui réclame un radical changement. Plus les groupes se complètent et se précisent, plus, par suite de la circonscription plus nette des éléments approfondis, on est voisin de la découverte des causes intimes. Le diagnostic différentiel se base, d'ailleurs, non sur les seuls symptômes, mais sur toutes les circonstances de

On l'emploie en décoction, coupée en très menus morceaux et dans la proportion, pour une tasse, de quelques grammes à une demi-once au plus, dose à laquelle on arrive progressivement. Il est bien recommandé de faire bouillir à vase clos, à l'étuvée et au bain-marie. On doit prendre la potion à jeun, trois ou quatre matins de suite, rarement au delà de huit jours. Dans certains cas on la prend aussi le soir en se couchant. On suit son régime habituel, mais on doit absolument s'abstenir de thé durant un mois au moins, à peine de perdre tout le bénéfice de l'emploi du gin-sen dont l'action serait annihilée.

On le prescrit spécialement aux jeunes gens et aux adultes épuisés. Tout porte donc à admettre que c'est un analeptique, un puissant reconfortant et surtout un aphrodisiaque.

Il y a une autre espèce de gin-sen provenant de la Corée et appelée pour son origine *cori-sen*. Elle est plus commune, moins chère, mais néanmoins très estimée.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DE 8 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Mengy-Lejeune* (de Réthel), sur un cas de névrose extraordinaire. (*Comm.:* MM. Beau et Jolly.) — *b.* Une observation de M. le docteur *Chevalier-Dufau* (de Mauriac), relative à une fracture de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale déterminée par la contraction musculaire. (*Comm.:* M. Malgaigne.) — *c.* Une nouvelle note de M. *Adrian*, pharmacien à Paris, sur la solution officinale du perchlorure de fer. (*Commission nommée.*)

— M. *Velpeau*, au nom de l'auteur et du traducteur, fait hommage à l'Académie du *Traité de pathologie cellulaire*, par M. le professeur Virchow, *traduit en français par M. Paul Picard.*

— M. le *président*, au nom du conseil d'administration, propose à l'Académie de nommer, dans la prochaine séance, une *commission de onze membres* chargée de désigner la section dans laquelle devra être déclarée la prochaine vacance. (*Adopté.*)

— A l'occasion du procès-verbal, M. *Guibourt* rend compte d'expériences qu'il a faites pour étudier l'action des vapeurs du goudron sur l'oxygène atmosphérique. Il résulte de ces recherches que le phosphore continue à brûler dans l'air chargé de vapeurs goudronneuses, quand cet air renferme une suffisante quantité d'oxygène.

M. *Gaultier de Claubry* ajoute que ses expériences s'accordent sur ce point avec celles de M. Guibourt.

*Lectures.*

JURISPRUDENCE MÉDICALE.—M. *de Kergaradec* lit un mémoire intitulé : *Du devoir de pratiquer l'opération césarienne après la mort de la mère.*

L'auteur annonce que le travail qu'il va lire n'est que le résumé d'un mémoire qu'il a publié sur la même question il y a une quinzaine d'années.

Cette question est débattue par M. de Kergaradec au point de vue de la loi, de la médecine, de la religion et de la morale.

Se fondant sur le texte des art. 212 et 314 du Code civil, et sur la loi du 18 germinal an x, l'auteur déclare que « mettre des entraves à l'administration du baptême, c'est porter atteinte, en matière importante, à la loi qui garantit dans notre pays l'exercice de la religion catholique. »

Relativement à la question médicale, M. de Kergaradec examine sommairement quatre points : 1° A quel terme de la grossesse la science admet-elle la viabilité du fœtus ? — 2° Combien de temps, après la mort de la mère, le fœtus peut-il continuer à vivre de la vie intra-utérine ? — 3° A quel terme de la grossesse le médecin peut-il être dans l'obligation d'opérer *post mortem ?* — 4° Quand faut-il procéder à l'autopsie de la femme morte dans l'état de gestation ?

L'auteur rappelle un certain nombre de cas de fœtus ayant vécu, qui étaient nés entre le sixième et le septième mois, entre le cinquième et le sixième mois, et même à cinq mois et à quatre mois et demi. Sans se prononcer catégoriquement entre les auteurs qui ont fixé un terme variable à la viabilité, M. de Kergaradec, invoquant l'autorité d'Avicenne, de Cardan, de Belloc, de Capuron, d'Orfila, de Valesius, de Schenkius, de Riolan, de Fabrice, de Hilden et de M. Velpeau, se croit fondé à admettre « qu'il faut ouvrir plutôt cent corps de femmes enceintes, quand on devrait le faire sans succès, que de laisser périr même un seul enfant dans le sein de sa mère. S'abstenir, c'est laisser périr inévitablement et impitoyablement un petit être qui, à toute rigueur, peut avoir acquis le développement et la force donnés comme des conditions de la viabilité. Donc, dans le doute, il faut agir. »

M. de Kergaradec s'élève contre l'erreur trop générale qui veut que le fœtus ne survive à sa mère que quelques quarts d'heure et même quelques minutes. Il prouve, par un grand nombre d'exemples empruntés à Horstius, Harvey, Arevalle, Cangiamila, Riolan, Gervais, etc , que le fœtus peut être retiré vivant du sein de la mère quinze, vingt-quatre et quarante-huit heures après la mort de celle-ci, et même après son inhumation.

L'auteur estime « qu'au terme de cinq mois, au plus tard, l'opération césarienne *post mortem* est un devoir rigoureusement imposé au médecin par un sentiment d'humanité, par la loi civile et par la science médicale. »

M. de Kergaradec ajoute qu'une fois acquise la certitude de la mort de la mère, il faut opérer dans le plus bref délai possible.

---

la maladie, causes, marche, lésions, procédés curatifs. On argue de nos dissidences; et, justement, l'accord règne où l'on suppose la désharmonie. Nul ne s'inscrit contre le mode de classement; ce n'est, eu égard au nombre des espèces et à leur interprétation, que l'application qui varie.

Ces considérations nous amènent naturellement à l'appréciation des systèmes divers, et nous aideront peut-être à les juger. L'œuvre serait herculéenne, comme l'a bien compris M. Buchez, si nous voulions les envisager dans chaque auteur. Il nous suffira, pour le moment, de nous attacher aux conséquences des principes sur lesquels ils reposent.

Écartons d'abord une objection qui a été faite à la division que nous avons produite. Ce sera écarter du même coup les nomenclatures qui ont un point de départ somatique. Idéalisant une théorie des facultés mentales, nous en aurions fait découler la coordination des aberrations morbides. Rien n'est moins fondé. L'observation a été notre guide constant. C'est elle qui nous a dévoilé l'insuffisance des classifications reçues, et qui, nous suggérant le dessein d'en rechercher la raison, nous a conduit à une conception psychologique dont la concordance avec nos distinctions ne nous a pas paru une faible garantie de leur réalité.

Mais le reproche tendait plus loin. On nous accusait implicitement d'abstraire les conditions matérielles de la folie. Telle ne fut jamais notre pensée. Nos catégories ne sont point des innovations; elles se trouvent dans les autres classifications ou éparses dans la science, et nous n'avons fait qu'en changer l'aspect sans préjuger de leur nature. Comme tout le monde aussi nous avons admis l'action plastique des influences délétères et convulsives, de même que la probabilité dans beaucoup de stupidités, manies, démences, paralysies générales, hallucinations, etc., des congestions sanguines, des infiltrations séreuses, des stimulations irritatives et des lésions inflammatoires.

Toutefois, est-ce un motif de modifier le terrain neutre de la nomenclature? L'idée de névrose implique un principe naturellement insaisissable. Comment édifier sur cette base? Broussais faisait dépendre l'aliénation mentale de l'irritation, dont se rap-

L'auteur examine sommairement la question au point de vue religieux. « La nécessité du baptême, dit-il, est un des dogmes fondamentaux de la religion chrétienne. Or, cette nécessité commence au moment où s'opère dans l'embryon l'union de l'âme avec le corps, au moment où il est animé. » Mais à quelle époque de la gestation le fœtus est-il animé? M. de Kergaradec pense avec Zacchias que l'union de l'âme avec le corps s'effectue à l'instant même de la conception. Il en conclut qu'au point de vue religieux, on ne saurait assigner de terme à la nécessité de l'opération césarienne. Il faut agir, quel que soit le moment de la gestation où la mère succombe.

Exposant la doctrine catholique sur ce sujet, l'auteur ajoute : « A défaut de médecin, ou sur son refus obstiné, toute personne de l'un ou de l'autre sexe peut pratiquer l'opération césarienne en y employant les précautions conseillées dans les *Traités d'embryologie sacrée*, ouvrages que tous les prêtres doivent avoir étudiés. Que s'il ne se trouvait absolument personne qui pût ou voulût prêter son concours au pasteur, celui-ci, par un motif bien puissant, le salut d'une âme, serait dans l'obligation étroite d'y procéder lui-même. »

Quant à la question morale, elle est d'une telle évidence qu'elle n'a pas besoin d'être démontrée. « Donner une âme au ciel, dit M. de Kergaradec, donner peut-être un citoyen à la patrie, tel est le but et tel souvent a été le résultat de l'opération césarienne pratiquée après la mort de la mère. »

Des faits que nous avons cités et des principes auxquels nous les avons rapportés, dit l'auteur en terminant, nous nous croyons autorisé à déduire les propositions suivantes:

» 1° *Au point de vue légale*, le Code fixant au 180e jour de la grossesse le moment où commence la viabilité de l'enfant, toute femme enceinte parvenue à ce terme, si elle vient à mourir, doit être soumise à l'opération césarienne, lorsqu'il est impossible de déterminer l'accouchement par les voies naturelles.

» 2° *Au point de vue médical*, l'obligation d'agir commence beaucoup plus tôt, car les médecins légistes et les accoucheurs les plus autorisés n'osent pas nier absolument la possibilité qu'à cinq mois d'existence et surtout dès le commencement du sixième, le fœtus ne puisse jouir, exceptionnellement, de la faculté de vivre.

» 3° *Au point de vue de la religion*, cette obligation s'étend à tous les cas de grossesse bien constatée, quel que soit le terme auquel elle est parvenue.

» 4° Tous les traités sur la matière recommandent de s'assurer avant tout de la réalité de la mort, et aussi de procéder avec les mêmes précautions que si la femme était vivante. On ne conçoit donc pas la répugnance de quelques médecins à pratiquer la section césarienne *post mortem*. Leur refus ne saurait se justifier par aucune excuse légitime, car ils sont certains de n'opérer que sur un cadavre.

» 5° Les règlements de police sur les autopsies ne sont point applicables au cas présent. Tous les auteurs, en effet, proclament la nécessité d'agir dans le plus bref délai après la mort de la mère.

» 6° D'un autre côté, cependant, un intervalle de plusieurs heures, d'un jour, de deux jours et plus, la circonstance même de l'inhumation, ne dispensent pas du devoir d'agir.

» 7° N'en dispensent pas non plus certaines causes de mort : maladies aiguës, violences corporelles, assassinat, strangulation, empoisonnement, etc.

» 8° Le prêtre qui, en vue du baptême, provoque l'ouverture d'une femme enceinte, ne fait pas un acte civil; il remplit un devoir étroit de son ministère spirituel.

» 9° Par ce motif, il ne saurait être tenu de solliciter de l'autorité civile une permission qui pourrait lui être refusée.

» 10° Enfin, le pasteur qui, en l'absence ou sur le refus formel du médecin, fait procéder à l'opération par une personne étrangère à l'art de guérir, ou qui, dans un cas de nécessité absolue, la pratique lui-même, ne doit pas être inquiété pour ce fait. Le blâme, selon toute justice, en doit retomber sur l'auteur du refus qui a fait naître cette déplorable nécessité. »

M. *Devergie* propose de renvoyer la discussion du travail de M. de Kergaradec à l'époque où l'Académie sera appelée à discuter le rapport sur un travail analogue de M. Hatin.

M. *Bouillaud* proteste contre cette motion.

M. *Depaul* propose d'ajourner simplement la discussion jusqu'après l'impression au *Bulletin* du mémoire de M. de Kergaradec.

L'Académie consultée adopte cette dernière proposition.

Pathologie. — M. *Ménière* lit un mémoire *Sur une forme particulière de surdité grave, dépendant d'une lésion de l'oreille interne.*

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

« 1° Un appareil auditif, jusque-là parfaitement sain, peut devenir tout à coup le siége de troubles fonctionnels consistant en bruits de nature variable, continus ou intermittents; et ces bruits s'accompagnent bientôt d'une diminution plus ou moins grande de l'audition.

» 2° Ces troubles fonctionnels, ayant leur siége dans l'appareil auditif interne, peuvent donner lieu à des accidents *réputés cérébraux*, tels que : vertiges, étourdissement, marche incertaine, tournoiement et chute; et de plus, ils sont accompagnés de nausées, de vomissements et d'un état syncopal.

» 3° Ces accidents, qui ont la forme intermittente, ne tardent pas à être suivis de surdité de plus en plus grave, et souvent même l'ouïe est subitement et complétement abolie.

» 4° Tout porte à croire que la lésion matérielle, qui est cause de ces troubles fonctionnels, réside dans les canaux semi-circulaires. (*Commissaires :* MM. Cruveilhier, Baillarger et Barth.)

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet*, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture de plusieurs rapports, dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures.

---

proche l'excitement de notre collègue M. Moreau. Dans leur parallèle entre la folie et le mal caduc, Bouchet et Casauvieilh assignaient à chacune de ces affections des siéges cérébraux différents : à la première, les parties superficielles ; à la deuxième, les régions centrales. Schrœder et Jacob en Allemagne, Combe en Angleterre, M. Scipion Pinel en France, ont décrit des méningites et des cérébrites aiguës ou chroniques, étendues ou limitées. Ils ne se sont pas même demandé si ces lésions, lorsqu'elles étaient démontrées par le scalpel, ne pouvaient être l'effet aussi bien que la cause des perturbations intellectuelles et affectives. J'omets ceux qui, imbus des particularisations phrénologiques, ont cherché dans les départements spéciaux de l'encéphale l'explication des délires isolés ou monomaniaques. Sans nier absolument la légitimité logique de ces tentatives, nous les croyons au moins prématurées, et leurs résultats dès lors inacceptables. Il serait surtout téméraire d'y soumettre, quant à présent, les faits d'origine purement morale.

Dans cette situation, le problème n'est réellement controversable qu'à l'égard des classifications dominantes. Quelques auteurs ont senti le besoin de s'éclairer des lumières de la psychologie normale. Pinel est de ce nombre; mais l'étude qu'il a faite des lésions de l'attention, du jugement, de la mémoire, de l'imagination, du raisonnement, de la volonté, etc., n'a abouti qu'à une constatation de phénomènes sans influence sur la détermination des espèces mentales. Il fut imité par Heinroth et Ideler, dont les idées, à en juger par ce que nous ont transmis MM. Lasègue et Morel, se ressentent fort des tendances nébuleuses de l'école germanique. Rien de net ne se dégage de leurs élucubrations savantes. Burrows et Prichard ont été plus positifs. Ce dernier surtout, distinguant les sentiments de l'intelligence et des penchants, a détaché de la monomanie, sans l'en isoler tout à fait, un ordre de folies morales qui semble n'être pas sans analogie avec celui que nous avons signalé dans un récent travail sous le nom de *folie partielle diffuse*. Prichard a été principalement frappé du côté judiciaire. Il y a d'ailleurs loin de cette vue restreinte à une combinaison méthodique et complète.

M. Lasègue considère cette impuissance comme inhérente à la

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1861. — Présidence de M. MARJOLIN.

La Société de chirurgie a tenu sa séance solennelle mercredi dernier 9 janvier. Cette séance a été bien remplie ; aussi nous regrettons que le manque de temps et d'espace nous oblige à n'en présenter qu'un court résumé.

Le prix fondé par J.-R. Duval a été décerné à M. le docteur Cavasse, ancien interne des hôpitaux de Paris, auteur d'une thèse intitulée : *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx*. Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Dubarry pour ses *Recherches sur la cataracte*.

M. Marjolin, président, a présenté ensuite un compte rendu des travaux de la Société pendant les dix-huit derniers mois ; il a rappelé le décret impérial du 29 août 1859, qui reconnaît la Société de chirurgie comme établissement d'utilité publique. Ce résultat important est dû à l'active intervention de MM. Conneau et Larrey.

Pendant ce laps de temps, cent soixante-dix lectures ont été faites à la Société, et vingt et un rapports ont été lus et discutés.

Enfin la Société a perdu plusieurs de ses membres : MM. Regnoli, Arendt, Textor et Vrolik, associés étrangers ; Chaumet (de Bordeaux), Saurel (de Montpellier) et Th. Valette (de Perpignan), correspondants nationaux ; Lenoir, membre titulaire fondateur ; Bégin, membre honoraire.

L'éloge de M. Bégin a été lu par M. Legouest; ce discours, très remarquable par le fond et par la forme, a été accueilli par de nombreux applaudissements. L'orateur a fait ressortir avec habileté les qualités de M. Bégin comme chirurgien militaire, comme administrateur et comme écrivain.

M. Broca a lu l'éloge de Lenoir, un des fondateurs de la Société anatomique et de la Société de chirurgie. Il a signalé les débuts brillants de Lenoir dans la carrière médicale : opérateur habile, *d'un jugement sûr, Lenoir était admirablement doué pour la* pratique de la chirurgie ; malheureusement une cruelle maladie l'a empêché de tenir les espérances qu'il donnait : pendant plus de quinze ans il fut continuellement interrompu dans ses travaux de prédilection, et, à son lit de mort, sa dernière préoccupation était l'ouvrage qu'il laissait inachevé, son *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*. L'éditeur, son ami, prit des mesures pour que ce travail pût être terminé; et Lenoir attendit courageusement la mort, sans se plaindre, au milieu des plus affreuses souffrances, entouré des amis que lui avaient attirés son caractère noble et droit et les précieuses qualités dont il était doué.

JULES ROUYER.

### Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES (1).

M. *Sée* continue sa communication sur l'étiologie des paralysies dites essentielles.

Après avoir étudié les effets de l'inanition, des pertes sanguines, après avoir indiqué les *paralysies ischémiques* produites par les oblitérations artérielles, l'auteur arrive aux transsudations intestinales et à l'albuminurie.

Les transsudations intestinales, ou phénomènes diarrhéiques, présentent, selon le professeur Schmidt de Dorpat, deux espèces opposées : la diarrhée de la dysenterie et celle du choléra.

Dans la dysenterie, les déjections contiennent des quantités considérables *d'albumine*. Elles occasionnent un extrême affaiblissement musculaire, dont la perte d'albumine rend compte en grande partie, mais les paralysies véritables sont très rares : M. Gubler n'en a cité que quatre cas. L'un, qui appartient à M. Moutard-Martin, est contesté par M. Gubler; c'est cependant celui qui semble le plus probant à M. Sée. Parmi les autres faits, deux ont été observés dans le service de M. Bouillaud (qui déclare ne pas accepter cette interprétation). L'un était compliqué d'hémorrhagie cérébrale, l'autre avait été précédé d'une paralysie hystérique que la dysenterie avait aggravée : l'influence de celle-ci est donc contestable. Enfin le quatrième est rapporté par Graves. Si les paralysies sont rares, les contractures paraissent plus fréquentes, elles ont été signalées surtout par M. Baly (de Londres).

Dans le choléra, au contraire, les malades perdent fort peu d'albumine et d'albuminose, mais ils perdent surtout de l'eau et des sels. Ce qu'on a décrit comme des corpuscules spéciaux n'est formé que par des grains d'amidon ou par des spores, et les corps risformes ne sont généralement qu'un mélange d'épithélium, de mucus, et de débris de villosités. Les sels qu'on trouve en dissolution dans les déjections sont formés principalement par du chlorure de sodium, par des sels de potasse et très peu de phosphates. Aussi le sang contient-il un excès de matières solides, et particulièrement d'albumine, de sels de potasse et de phosphates, c'est-à-dire précisément les sels qui entrent dans la composition des globules du sang. C'est, par conséquent, l'inverse de ce qu'on observe dans la dysenterie. Mais, quelle que soit l'abon-

(1) Deux fautes se sont glissées dans notre dernier compte rendu (numéro du 28 décembre 1860), constituant des erreurs qu'il importe de corriger. Ainsi, p. 843, colonne 2, lignes 56 et 57, il faut lire : « L'oblitération de *certaines* grosses artères » produit des phénomènes qui ont la plus grande analogie avec ceux des hémorrha- » gies ; *mais*, lorsqu'on, etc. » — A la p. 844, ligne 63, l'erreur serait plus grave. Au lieu de : *du cerveau, produite*, il faut lire : *du cerveau, excepté celle produite*, etc.

psychologie; elle nous semble tenir plutôt à des errements vicieux. On a le tort d'accorder les attributs de la personnalité à des forces mystérieuses, hypothétiques. L'attention, le jugement, l'imagination, la mémoire, etc., dans l'acception qu'ils reçoivent, sont, Gerdy l'a très bien reconnu, des faits complexes. Indépendamment de ce je ne sais quoi qui les résume, du *moi* qui juge, se souvient, imagine, etc., et dont la virtualité propre est impénétrable, il y a les conditions, mobiles et idées, qui contribuent aux manifestations, dont l'énergie et l'étendue représentent en partie leur œuvre. Cette séparation a été faiblement comprise ; on s'est égaré dans l'inconnu. De là la fragilité des systèmes, variables comme les impressions individuelles.

D'autres circonstances capitales ont été également méconnues. Une première c'est le caractère de l'*idée*. On en a fait un signe de l'état de l'intelligence, tandis que, simple produit, une fois issue de l'opération de l'entendement, elle va indépendante se fixer dans le foyer des souvenirs pour de nouveau être conçue, reconçue, et au besoin utilisée, de sorte que, juste ou fausse, vulgaire ou étrange, ces qualités n'impliquent *à priori* rien pour ou contre les dispositions de l'inexplicable puissance qui a présidé à l'élaboration dont elle est émanée.

Une seconde propriété ressort de la précédente. Les idées sont innombrables ; elles se multiplient chaque jour à l'infini. Mais, soit que l'esprit les évoque ou qu'elles s'offrent spontanément, elles n'occupent jamais qu'isolément la scène intellectuelle. L'une surgit, l'autre s'en va, comme il y en a de tenaces qui souffrent difficilement la concurrence.

Les idées ont, en outre, d'étroites relations avec les sentiments et les penchants dont l'indépendance mutuelle n'est pas moins notoire. Ceux-ci se traduisent par les idées, celles-là suscitent les sentiments et les penchants, souvent même sans la participation de ce qu'on nomme la conscience. Dans une heure, en un moment, on peut passer de la joie à la tristesse, de l'espoir au découragement, de la colère au calme, de la haine à l'affection, des affaires aux divertissements. On prévoit dès lors que, si la maladie vient à dénaturer séparément un ordre de sentiments ou d'idées, on conti-

dance de ces déperditions dans le choléra, les paralysies consécutives sont rares encore, moins cependant que dans la dysenterie; mais la différence ne tiendrait-elle pas à ce qu'on aurait confondu avec des paralysies véritables des paralysies atrophiques et des lésions musculaires? En effet, dans le choléra, on retrouve dans le système musculaire une quantité considérable d'urée et de créatine. Les phénomènes paralytiques ont même été attribués à l'urémie, parce qu'un grand nombre d'observateurs ont constaté la présence de l'urée dans le sang. On doit douter cependant de la vérité de cette explication, si l'on se rappelle que l'urémie ne peut durer qu'un à deux jours, pendant que les urines sont supprimées, mais que, dès le troisième ou le quatrième jour, l'urée est de nouveau excrétée avec l'urine, et la quantité, qui était contenue dans le sang, diminue rapidement. Or, ce n'est pas à cette période qu'apparaissent les paralysies, ce n'est que longtemps après la guérison, le malade étant toujours très affaibli pendant la convalescence.

L'albuminurie détermine-t-elle des paralysies? On n'en cite qu'un cas douteux observé par Valleix et un cas de M. Rayer, et pourtant cette maladie est très commune dans les hôpitaux.

Les paralysies puerpérales sont fréquentes. Simpson, Churchill, MM. Trousseau, Depaul, enfin M. Imbert-Gourbeyre, dans un mémoire encore inédit, en ont cité des cas nombreux. Mais, si les faits ne sont pas douteux, la théorie en est moins satisfaisante; et Simpson les a attribués à des oblitérations artérielles, ici encore l'urémie a été invoquée par M. Imbert-Gourbeyre, mais M. Sée ne se prononce pas.

Le croup et la diphthérie s'accompagnent très souvent d'albuminurie. M. Sée avait cru être le premier à signaler le fait. Toutefois M. Rayer l'avait déjà mentionné, il y a près de vingt ans, et cité une observation qui était restée oubliée jusqu'au moment où M. Lorain l'a rapportée dans sa thèse de concours. Ce phénomène est si commun que, dans la thèse de M. Garnier, dont les faits ont été recueillis dans le service de M. Barthez, sur 180 cas de diphthérie où les urines ont été analysées, on a trouvé 108 fois de l'albumine. Cette albuminurie présente cela de spécial qu'elle n'est presque jamais suivie d'hydropisies ni de phénomènes convulsifs, contrairement à ce qui se passe dans l'urémie scarlatineuse et puerpérale. On ne pourrait donc, en aucun cas, invoquer, pour les paralysies diphthériques, la doctrine de l'urémie. Quant à l'albumine, elle a depuis longtemps disparu à l'époque où survient la paralysie. D'ailleurs, les faits ont démontré à M. Sée qu'il n'y a point de rapport constant entre la gravité de l'affection diphthérique et l'apparition de l'albuminurie ou de la paralysie. Ainsi, l'albuminurie et l'urémie sont étrangères à la production de celle-ci.

On a cité des paralysies à la suite de phlegmasies aiguës, comme l'érysipèle et la pneumonie. Cependant M. Grisolle, qui a fait de cette dernière maladie une étude si complète, n'a jamais vu de paralysies consécutives. M. Gubler en cite huit cas, mais, en les analysant, on voit que deux faits, observés par M. Macario, sont rejetés par M. Gubler lui-même. Dans deux autres cas, qui se sont terminés rapidement par la mort (observations de M. Macario et de M. Gubler), M. Gubler émet une série d'hypothèses sur le rôle d'un marasme suraigu, d'une réaction du pneumogastrique sur les fonctions glycogéniques du foie, et d'autres conjectures que rien ne justifie. Un autre de ces cas est rapporté par M. Gueneau de Mussy, qui attribue la paralysie à l'influence de produits diphthériques développés sur de larges plaies de vésicatoires. Dans les trois autres faits, il s'agit une fois d'une paralysie du mouvement qui ne fut complète que deux mois après la pneumonie (Macario); dans un autre (M. Pidoux), il s'agit d'une paralysie du moteur oculaire commun, de la langue et des membres inférieurs; le troisième est celui de M. Leudet, qui passe en revue à ce sujet toutes les hypothèses, y compris l'influence du vésicatoire diphthérique, et qui, en définitive, ne se prononce pas. On cite, en outre, un cas de bronchite et deux cas de pleurésie. Tous les faits invoqués prêtent à la discussion.

Ainsi, toutes les oblitérations humorales que M. Sée vient de passer en revue, sont incapables de produire des paralysies du mouvement, ce qui n'exclut nullement la possibilité des troubles de la sensibilité.

La physiologie vient, du reste, confirmer de tous points ces données pathologiques. M. Brown-Séquard, dans ses belles expériences sur la régénération des propriétés nerveuses, a constaté que les divers éléments du sang, la fibrine, l'albumine et les sels, étaient incapables de ranimer par eux-mêmes les fonctions vitales, mais qu'il suffisait, même avec du sang défibriné et désalbuminisé, d'injecter de l'oxygène ou plutôt les globules du sang, en tant que véhicule de cet oxygène pour rétablir l'irritabilité nerveuse et musculaire. Par conséquent, la privation d'albumine et de sels, les variations de la fibrine, n'agissent en aucune façon pour produire l'amyosthénie.

Mais, en dehors de la variation des éléments normaux du sang, ne pourrait-on pas invoquer la présence d'un élément spécifique ou toxique?

Les paralysies produites par les vapeurs de charbon, qui ont été étudiées par M. Bourdon, ont été citées comme des exemples de paralysies par intoxication. Mais ici ce n'est pas l'acide carbonique, c'est l'oxyde de carbone seul qui exerce une action toxique. Ni M. Bourdon, ni M. Leroy (d'Étioles), ni M. Claude Bernard (1), n'ont pu reproduire artificiellement les paralysies que M. Bourdon avait observées chez l'homme.

MM. Nélaton, Monod, Leudet, Vernois, ont cité chacun un fait analogue; mais, dans la plupart de ces faits, il ne s'agit que de paralysies locales. Sont-ce des altérations musculaires? Sont-ce des oblitérations artérielles ou de véritables paralysies? Ce sont

(1) Une seule expérience de M. Bernard a paru donner quelques résultats. M. Faure a obtenu quelques paraplégies passagères incomplètes.

---

nuera de penser et d'agir régulièrement si le mobile atteint reste au repos; que s'il sévit on court risque de subir son entraînement, et que s'il s'impose, la vie morale sera accablée.

Il est enfin un écueil dont il importe de se garantir, et que j'appellerais volontiers l'*induction précipitée*. La conversion des symptômes en signes exige qu'au préalable on en pèse la valeur. En aliénation mentale, on a conclu trop fréquemment d'une apparence à une réalité morbide. Toute aberration psychique a une double significaion, selon que, prépondérante, elle domine la situation entière, ou que, éventuelle et subordonnée, elle n'est qu'un épiphénomène, un incident d'une expression plus générale.

On verra à quelles conséquences l'ignorance ou l'oubli de ces données a conduit ceux qui ont tiré leurs théories ou, ce qui équivaut, leurs divisions de la seule observation des phénomènes.

DELASIAUVE.

(*La fin prochainement.*)

— Un concours pour trois places d'internes en chirurgie, à l'hôpital civil d'Alger, s'ouvrira le 15 janvier 1861.

Sont admis à se présenter, les étudiants en médecine qui justifieront de la possession régulière d'une inscription au moins d'École ou de Faculté. La durée de l'internat est de trois ans. Un traitement annuel de 900 fr. est affecté à l'emploi. Les candidats devront se faire inscrire à la mairie d'Alger avant le 14 janvier 1861 au soir, en produisant leur acte de naissance et leur feuille d'inscription.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hospice des aliénés de Nantes. Les avantages attachés à cette place consistent dans le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage et un traitement annuel de 600 fr.

— M. le docteur Clerc vient d'être nommé médecin de Saint-Lazare, en remplacement de M. le docteur de la Morlière, décédé.

des questions encore indécises. Mais dans tous les faits pathologiques et physiologiques, il faut noter que ces paralysies ont été précédées de la période aiguë des empoisonnements, caractérisée par des convulsions et des anesthésies. Or, rien de semblable ne s'est passé dans les paralysies dites pneumoniques.

Ainsi les phénomènes d'intoxication ne donnent des paralysies qu'une explication assez insuffisante; les paralysies typhoïdes mêmes ne sont pas très bien démontrées. Y a-t-il quelque chose de spécifique dans le sang des typhoïdes ? Non-seulement les analyses n'ont rien montré, mais des matières typhoïdes injectées dans les veines n'ont pas produit de fièvres typhoïdes artificielles, et encore moins de paralysies. En tout cas, les paralysies typhoïdes sont rares, car M. Sée n'a pu en rassembler que neuf cas, et M. Bouillaud, qui a observé tant de fièvres typhoïdes, déclare n'en avoir jamais vu. A la suite du typhus, il semble que la maladie soit plus fréquente ; M. Tholozan a rencontré six fois la paralysie du deltoïde, et onze fois la paralysie des extenseurs des doigts, à la suite des nombreux cas de typhus observés pendant et après la guerre de Crimée. M. Duchenne (de Boulogne) a également eu l'occasion de voir à Toulon, à la suite et sur les militaires revenant de la campagne d'Italie, des paralysies qui présentaient tous les caractères des paralysies atrophiques. On voit que ces divers cas ne présentent aucune analogie avec les paralysies attribuées par M. Gubler à la convalescence de la fièvre typhoïde.

Enfin, parmi les autres maladies spécifiques, la fièvre intermittente ne compte qu'un cas de paralysie, la rougeole un cas douteux (Mémoire de M. Gubler), la variole cinq cas également discutables, et pour la scarlatine, M. Sée n'a trouvé que cinq faits qui rentrent tous dans les paralysies atrophiques.

Revenant aux paralysies diphthériques, M. Sée s'applique à en établir avec précision les caractères essentiels et les circonstances étiologiques, et discute les théories qui peuvent expliquer leur production. Les développements donnés à cette dernière partie de sa communication nous obligent à en faire l'objet d'une prochaine analyse.

D[r] E. Isambert,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

---

IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Note sur le traitement de la blennorrhagie par les balsamiques à faible dose et les injections au sous-nitrate de bismuth,** par M. le docteur Dauvé.

Les bons effets obtenus dans le traitement de la blennorrhagie par M. Gaby à l'aide d'injections d'une bouillie épaisse de sous-nitrate de bismuth (voyez *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 174) ont engagé un assez grand nombre de médecins à expérimenter ce mode de traitement, qui compte aujourd'hui beaucoup de partisans. M. Mourlon, entre autres, a rapporté trente-sept cas de sa pratique personnelle dans lesquels la moyenne du traitement pour les injections de bismuth a été de vingt et un jours, comme pour M. Gaby. Mais à côté des succès il n'a pas tardé à se produire des échecs, qui pouvaient être de nature à compromettre singulièrement l'avenir de cette médication, s'ils ne s'expliquaient pas par quelque circonstance accidentelle. Or, c'est ce qui existe en réalité : l'eau qui tient le sous-nitrate de bismuth en suspension présente, en effet, une réaction acide très prononcée lorsque le mélange n'est pas préparé très récemment, et alors les injections exercent sur la muqueuse uréthrale une action irritante assez vive pour aggraver l'inflammation, et par suite l'écoulement.

En effet, le sous-nitrate de bismuth ne saurait être lavé sans se décomposer, et céder à l'eau une certaine quantité d'un sel acide, en même temps qu'il se forme, d'autre part, un composé plus basique. On empêche cette décomposition en ajoutant à l'eau de lavage une partie de nitrate d'ammoniaque sur 500 grammes d'eau. C'est cette précaution qu'a prise M. Dauvé. Toutefois, et malgré le lavage à l'azotate d'ammoniaque, la mixture préparée depuis plusieurs jours ne tarde pas à se décomposer, et il convient de ne pas la préparer pour plus de vingt-quatre heures. Pour plus de facilité, il serait peut-être préférable de donner au malade le sel divisé en paquets de 2 à 3 grammes, qu'il préparerait lui-même pour chaque injection.

Voici maintenant la formule générale du traitement auquel M. Dauvé a soumis ses malades :

Dès leur entrée à l'infirmerie, on leur fait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz. Le lendemain, ils commencent l'usage de 12 grammes d'un opiat composé de 4 grammes de copahu et de 8 grammes de cubèbe, administré en deux fois; puis quatre injections préparées avec 30 grammes de sous-nitrate de bismuth, conservées pendant cinq minutes, et précédées d'une injection d'eau pure.

L'injection du sel de bismuth était contre-indiquée seulement lorsque la maladie était à son maximum d'intensité ou compliquée d'orchite, de cystite, etc. Dans ces cas, elle était remplacée par une injection laudanisée, et les balsamiques étaient administrés à doses plus élevées si le malade pouvait les tolérer.

Aussitôt que l'écoulement se réduisait à un suintement muqueux, on supprimait l'opiat, et on terminait le traitement par l'usage exclusif des injections de sous-nitrate de bismuth.

Tous les huit jours, enfin, chaque malade prenait sa bouteille d'eau de Sedlitz. Lorsqu'il n'existait pas de complication, on négligeait l'emploi des tisanes.

Les observations de M. Dauvé sont au nombre de trente-cinq. Douze malades ont été traités par les injections seules; huit ont guéri après une moyenne de onze jours de traitement ; mais, après quelques jours d'excès et de fatigue, deux ont dû rentrer à l'infirmerie. Chez les quatre derniers malades, il y avait, après dix jours de ce traitement, si peu de diminution dans l'écoulement, et surtout de la douleur pendant la miction, que les balsamiques ont été ajoutés aux injections. Dès le lendemain la douleur avait disparu, et l'écoulement était réduit à une goutte le matin. Malgré cet amendement, la guérison s'est fait attendre quarante-quatre jours pour le premier, quarante-trois pour le second, et quatorze pour le quatrième.

Chez dix-neuf hommes atteints d'uréthrites datant de moins de dix jours, qui furent soumis à l'emploi simultané des balsamiques à petites doses et des injections de sous-nitrate de bismuth, on n'a jamais constaté de douleur, ni pendant la miction, ni pendant l'injection, ni aucune des complications qui surviennent dans le cours des blennorrhagies; la moyenne du traitement a été de quinze jours.

Ce résultat thérapeutique, dit l'auteur, n'est pas dû aux balsamiques seuls; ils ne font pas venir en aide à l'action du sel de bismuth pour dessécher le canal ; ils triomphent de la douleur pendant la miction, et agissent encore en rendant médicamenteuse l'urine, qui par elle-même est irritante.

La moyenne du traitement de sept uréthrites chroniques soumises aux mêmes moyens a été de dix-neuf jours, ce qui semble prouver que le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué plus près du début de la maladie. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 octobre 1860.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Clinical Lectures on the Principles and Practice of Medicine**, by John Hughes Bennett, M. D., F. R. S. E. Professor of the Institutes of medicine, and senior professor of clinical Medicine in the University of Edinburgh, etc. Edinburgh, Adam and Charles Black, 1859. (*Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine.*) Troisième édition illustrée de 500 figures sur bois.

De nombreux travaux, universellement estimés, ont, depuis longtemps déjà, fait connaître au monde médical, le nom de

M. Hughes Bennett. Entraîné par une prédilection constante vers les recherches difficiles et délicates de l'anatomie microscopique et de la pathogénie, il a successivement publié des recherches pathologiques et histologiques sur l'inflammation des centres nerveux (*Pathological and Histological Researches on Inflammation of the Nervous Centres*, Edinburgh, 1843); — un traité de l'inflammation (*Treatise on Inflammation*, Edinburgh, 1844); — un traité sur les tumeurs cancéreuses et cancroïdes (*Treatise on Cancerous and Cancroid Growths*, Edinburgh, 1849); — des études sur la pathogénie et le traitement de la tuberculisation pulmonaire (*The Pathology and Treatment of Pulmonary Tuberculosis*, Edinburgh, 1853); — une monographie sur la leucocythémie (*On Leucocythemia*, Edinburgh, 1852), sans parler d'un grand nombre d'articles insérés dans les recueils périodiques, et de deux livres élémentaires dont l'un est une introduction à l'étude de la médecine clinique (*An Introduction to Clinical Medicine*), et l'autre un précis de physiologie (*Outlines of Physiology*).

Mais l'ouvrage dont nous venons aujourd'hui entretenir nos lecteurs dépasse singulièrement en importance tous ses aînés, puisqu'il ne tend à rien moins qu'à faire du médecin écossais le chef d'une école médicale nouvelle. Voué depuis longtemps, en effet, aux études physiologiques, convaincu que toute doctrine médicale est à la fois hypothétique et vaine, si elle n'est fondée sur la connaissance parfaite des lois qui régissent l'homme en état de santé, il ne s'est jamais laissé devancer par le mouvement scientifique qui a marqué ces vingt dernières années; aucune des découvertes récentes, aucun des travaux modernes, quelle qu'en ait, d'ailleurs, été l'origine, anglaise, germanique ou française, ne l'a trouvé indifférent; loin de là, il s'est toujours efforcé de se l'approprier pour ainsi dire par ses propres recherches, de sorte que, tout en les vérifiant pour lui-même, il étendait, par ses travaux personnels, les acquisitions nouvelles qui ont amené dans la *science médicale* de si profondes, de si rapides transformations.

C'est alors, c'est après ces travaux préliminaires indispensables, que, réalisant enfin complétement une tendance déjà visible dans les ouvrages dont nous avons plus haut cité les titres, M. Bennett a tenté de réunir et de coordonner tous ces matériaux, d'en constituer un corps de doctrine; c'est alors qu'il a cherché à unir intimement et complétement le fait pathologique au fait physiologique, c'est alors, enfin, qu'appliquant à l'étude de la genèse et de l'évolution des maladies les notions toutes nouvelles issues des travaux contemporains, il s'est efforcé de démontrer, d'une part, que les lois qui gouvernent l'organisme malade ne sont qu'une légère déviation de celles qui président à la formation et à l'accroissement de l'organisme sain; d'autre part, que les processus morbides, bien loin d'être, en réalité, aussi multipliés qu'on l'a supposé jusqu'ici, présentent une uniformité remarquable, et cela parce que la production des produits pathologiques les plus divers est néanmoins soumise à des lois identiques, constantes et immuables. Ces deux propositions, la première surtout, dira-t-on peut-être, ne sont point nouvelles; non certes: depuis bien longtemps déjà, on a tenté de donner pour base à la doctrine médicale la théorie physiologique alors en vigueur; mais l'insuffisance et l'incertitude de celle-ci rejaillissaient sur la première, et l'on était bientôt contraint de quitter une voie dans laquelle il fallait s'avancer sans guide. Or, M. Bennett, après avoir suivi les transformations qu'ont subies, depuis vingt ans, les doctrines des physiologistes, après avoir pris lui-même une part active à cette révolution scientifique, pense que le moment est venu de se servir de ces données nouvelles; il enseigne qu'elles peuvent, dès maintenant, constituer une base solide pour l'édifice médical; il professe que l'application des principes d'organogénie et de morphologie à l'étude des maladies, aura pour effet direct et immédiat, non-seulement l'établissement d'une science et d'une doctrine, mais, de plus, une rénovation complète de la pratique médicale proprement dite. C'est précisément en cela que consiste, à notre sens, la nouveauté.

Cette prétention de ranger tous les faits de l'ordre pathologique sous une commune loi, rappellera, sans doute, la tentative identique de Virchow (*Cellular-Pathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*, in-8. Berlin, 1859). Mais disons-le d'abord: le médecin d'Édimbourg n'appartient point à la même école que l'illustre professeur de Berlin; quoique partisan déclaré de la doctrine de Schleiden et de Schwann, il n'en est pas le partisan exclusif, il ne voit pas en elle le *nec plus ultra* de la science, et il accorde aux altérations des liquides, à celles du sang en particulier, une influence beaucoup plus grande que la plupart des physiologistes d'outre-Rhin.

En présence d'une œuvre à laquelle son originalité même donne une importance incontestable, il nous semble que le devoir du critique est de s'effacer presque complétement, et de se borner au rôle plus modeste, mais plus utile peut-être, de *rapporter*. Aussi nous efforcerons-nous d'exposer, avec le plus de clarté possible, les idées de notre auteur, persuadé qu'elles offriront un intérêt réel à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas familiarisés avec la littérature médicale anglaise.

Pour M. Bennett, *la maladie est simplement une altération dans les fonctions normales des organes*. Toute classification scientifique doit donc être fondée sur la physiologie, laquelle nous enseigne les lois qui régissent ces fonctions. En conséquence, il divise les maladies en deux classes seulement: *les maladies de la nutrition*, *les maladies de l'innervation*. Cette dernière classe n'est point nouvelle, et elle ne renferme qu'un nombre limité d'états morbides, au moyen desquels il serait facile à chacun de la constituer; mais lorsqu'on aura extrait du cadre nosologique les maladies qui, par leurs symptômes ou leurs lésions, méritent d'être rapprochées et réunies sous le titre commun de maladies nerveuses, il n'en restera pas moins, pour former la classe des maladies de la nutrition, la presque totalité des états pathologiques, tant aigus que chroniques. Une telle classification surprend d'abord; mais on cessera sans doute de s'en étonner, si l'on veut bien remarquer que l'auteur anglais prend le mot nutrition dans son acception la plus large. Pour lui, en effet, cette fonction comprend cinq périodes successives: — « I. L'introduction, dans l'estomac et le canal intestinal, de matières alimentaires appropriées. — II. La formation par leur intermédiaire d'un fluide nutritif, le sang, et les changements qu'il subit dans les poumons. — III. L'exsudation, aux dépens du sang, d'un plasma qui doit être transformé en tissus. — IV. La disparition des tissus qui ont subi toutes leurs transformations, et leur *réabsorption* dans le sang (*their reabsorption into the blood*). — V. L'excrétion de ces matériaux usés hors du corps; excrétion qui se fait sous différentes formes et par différentes voies. » La presque universalité des mouvements organiques trouve place sous ces cinq chefs; les phénomènes d'innervation eux-mêmes pourraient y rentrer, car ils jouent un rôle de premier ordre dans les divers actes de la nutrition, de sorte que nous ne voyons réellement pas pourquoi l'auteur n'est pas resté fidèle à ses tendances de physiologiste jusque dans leurs conséquences extrêmes, pourquoi il ne s'est pas borné à une seule classe de maladies: les maladies de la nutrition. Il sera, du reste, évident, pour chacun, que cette prétendue classification n'en est pas une, et que, soutenable à la rigueur lorsqu'on envisage la nutrition à son point de vue le plus étendu (le seul vrai, du reste, physiologiquement parlant), elle ne saurait être d'aucune utilité médicale pratique en raison même de la diversité et de la dissemblance des objets qu'elle accumule dans un même groupe. Mais il en est tout autrement au point de vue théorique, notamment en ce qui touche la pathogénie des produits morbides; et cette réunion de presque toutes les maladies sous un seul chef acquiert, aux yeux de M. Bennett, une importance extrême, puisqu'il se propose de montrer, comme nous l'avons dit déjà, l'uniformité des processus pathologiques, puisqu'il veut prouver leur analogie avec les actes de l'état de santé, puisqu'il s'efforce enfin de rapporter les lésions les plus diverses à une perturbation survenue dans l'une quelconque des périodes de la fonction de nutrition. Il rattache, en effet, toutes les maladies de sa première classe à l'une des causes suivantes: Nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité; — obstacles à l'assimilation, ou troubles de la respiration; — altérations dans la quantité ou la qualité des matières nutritives qui s'échappent du sang; — accumulation dans le liquide en circulation des matériaux usés; — obstacles à l'excrétion de ces derniers.

Ces prémisses une fois posées, l'auteur aborde la pathogénie. S'écartant complétement ici des errements ordinaires de la pathologie générale, rompant avec toutes les notions, un peu banales il est vrai, qui ont cours dans la science sur ce sujet obscur, il pose ce principe fondamental : *Trois variétés d'exsudation, pouvant se faire indifféremment dans l'un quelconque des tissus, causent la plus grande partie des maladies de ce premier groupe. Ces exsudations sont : l'exsudation simple, l'exsudation cancéreuse, l'exsudation tuberculeuse. C'est la connaissance de leur mode de production, de leurs caractères, de leurs différences spécifiques et de leur évolution naturelle qui constitue la base de la médecine moderne.*

Quelle qu'en soit la nature, l'exsudation se fait constamment par le même procédé. Elle est toujours précédée d'une série de changements qui ont lieu dans les vaisseaux capillaires et dans le sang qui y est contenu. En ce qui touche les vaisseaux, ces modifications se font dans un ordre invariable : les capillaires se rétrécissent, et le sang y coule avec une plus grande rapidité ; bientôt après, ces mêmes vaisseaux s'élargissent et le courant sanguin, quoique toujours persistant, devient plus lent d'abord, puis irrégulier. Un peu plus tard, tout mouvement cesse dans le liquide en circulation, et le vaisseau paraît complétement distendu ; à cet état succède l'exsudation à travers les parois vasculaires du plasma du sang (*liquor sanguinis*) ; si quelque rupture est survenue dans les capillaires, les globules eux-mêmes s'épanchent au-dehors. Quant aux modifications subies par la colonne liquide en circulation, M. Bennett les a personnellement observées sur la membrane interdigitale de la grenouille, et il a constaté qu'elles consistent en un changement complet dans la position relative des deux ordres de globules sanguins. Dans l'état normal, les corpuscules colorés s'avancent au centre du cylindre vasculaire, laissant, de chaque côté, un espace plus clair, occupé seulement par le sérum, et quelques corpuscules lymphatiques. Il y a donc évidemment deux courants, l'un au centre, très rapide, l'autre à la périphérie (dans les espaces lymphatiques, comme on les appelle), est beaucoup plus lent. Mais, lorsque les capillaires s'élargissent, la colonne colorée *centrale grandit également, et s'approche graduellement* des parois du tube, envahissant ainsi les espaces lymphatiques. L'envahissement augmentant sans cesse, les globules colorés arrivent au contact de la paroi vasculaire ; ils sont alors comprimés et changent de forme. Dès lors, il devient impossible de reconnaître la forme de ces globules, et le vaisseau, complétement distendu, paraît rempli d'un liquide rouge cramoisi parfaitement homogène. C'est là la *congestion*. Si le processus morbide continue, deux choses sont possibles : ou bien le vaisseau se rompt, et *une hémorrhagie* se produit ; ou bien le plasma du sang, traversant les parois vasculaires demeurées intactes, s'épanche dans les tissus voisins : c'est là l'*exsudation*.

Qu'il nous soit permis, avant de poursuivre notre examen, de présenter ici quelques remarques. Et d'abord nous appellerons l'attention sur les expressions dont se sert M. Bennett pour caractériser les changements survenus dans les capillaires. Les mots *contraction et dilatation* sont ceux qu'il emploie pour les qualifier. Or, nous croyons un tel langage impropre et peu conforme à la stricte et rigoureuse observation des faits. La contractilité, en effet, est l'apanage exclusif des éléments musculaires ; et les vaisseaux capillaires qui, de l'avis de tous les histologistes en sont complétement privés, ne sauraient être susceptibles de contraction ; leur accorder une telle propriété, reviendrait à prétendre, proposition insoutenable, que la fonction peut s'accomplir sans l'organe. Aussi pensons-nous que l'idée de contraction n'est applicable aux artérioles et aux veinules que jusqu'aux limites extrêmes où elles cessent de contenir des éléments contractiles ; quant aux réseaux intermédiaires, aux capillaires proprement dits, ils ne peuvent être que passifs, ils ne peuvent que reproduire consécutivement les modifications des vaisseaux qui possèdent une activité propre (contractilité). C'est à cela, ce nous semble, que doit se réduire aujourd'hui la *vis a tergo* qui a joué un si grand rôle dans certaines théories de pathologie humorale. Mais, du reste, ce n'est pas sans une vive satisfaction que nous avons vu l'auteur anglais confirmer, par ses recherches sur les phénomènes vasculaires du début de l'inflammation, les résultats antérieurement obtenus par Hastings (*A Treatise on Inflammation*, Edinburgh, 1820), Henle (*Encyclopédie anatomique*, 1845), Paget (*Lectures on Inflammation*, London, 1850), et Cl. Bernard ; en voyant cet accord unanime chez tous les physiologistes contemporains, nous sommes en droit, en effet, de regarder ce point de la science comme définitivement fixé, résultat d'autant plus heureux que cette question a été pendant des siècles l'une des plus obscures, des plus controversées, des plus insolubles en apparence. Une autre conséquence non moins importante découle de cette interprétation des phénomènes : l'expression d'*hypérémie active*, en tant que s'appliquant à l'action des vaisseaux, doit désormais être rayée du langage médical ; toutes les fois, en effet, que les artères dilatées laissent arriver et stationner dans une partie une quantité de sang plus grande que celle qui lui est normalement destinée, ces vaisseaux, bien loin d'être dans un état de suractivité fonctionnelle, subissent un relâchement tout passif, quasi-paralytique, leur tunique musculaire ayant perdu la faculté de résister à l'impulsion de la colonne sanguine et de réagir contre elle ; cet état antiphysiologique des vaisseaux se rencontre dans deux circonstances différentes, ou bien lorsque la communication des nerfs vaso-moteurs avec les centres nerveux se trouve interrompue, ou bien lorsque l'action trop longtemps prolongée d'un excitant quelconque, agissant directement sur le vaisseau, en a épuisé momentanément la puissance contractile (*dilatation paralytique* des auteurs allemands). Dans toutes ces circonstances, l'hypérémie, envisagée relativement à l'état des vaisseaux, doit être dite *passive*, et l'indication thérapeutique légitime est celle-ci : ramener au niveau physiologique la contractilité affaiblie ou perdue des canaux vasculaires. Ainsi se trouve justifiée la doctrine dite de la *passivité*, défendue il y a longtemps déjà, mais sans preuves suffisantes par Callisen (voy. Dezeimeris, *Arch. gén. de médecine*, 1829), Vacca Berlinghieri (*Liber de inflammationis morbosæ quæ in humano corpore fit natura, causis, effectibus et curatione*. Florentiæ, 1765), Lubbock et Allen (cités par Thomson dans son *Traité de l'inflammation*). Ces faits eussent dû, ce nous semble, être signalés par M. Bennett, et ce n'est pas sans surprise que nous avons constaté cette lacune. En revanche, Virchow (*loc. cit.*) a donné dans ces derniers temps à cette doctrine l'appui de son autorité, et a insisté d'une façon toute spéciale sur ce sujet.

Mais notre auteur ne s'est pas contenté d'avoir exposé la succession des phénomènes qui se passent dans les vaisseaux jusqu'à la distension complète ; il a cherché, en outre, à se rendre compte de la transsudation qui succède à cet état lorsque la congestion simple fait place à l'inflammation proprement dite (exsudation). Ne pouvant attribuer cet accident ni à l'obstruction des veinules qui font suite aux capillaires altérés, ni à une pression mécanique ; ne pouvant le rapporter à l'endosmose simple pas plus qu'à la *vis a tergo*, il pense que la force vitale qui produit ces changements ne réside point dans le sang non plus que dans les vaisseaux, mais qu'elle appartient tout entière aux tissus qui entourent ces derniers. Il est généralement admis en physiologie, ajoute M. Bennett, que les tissus possèdent un pouvoir attractif, en vertu duquel ils séparent du sang certaines matières nécessaires à leur nutrition et à leurs sécrétions. Qu'une modification survienne dans cette propriété ; que la faculté attractive soit augmentée, tandis que la puissance élective s'abaisse au-dessous de l'état normal, et l'on comprend que les globules colorés du sang se rapprochent des parois des vaisseaux, on comprend que celles-ci soient bientôt traversées par une exsudation. Cette explication qui concorde avec tous les faits connus, paraît être la seule possible. Voilà une théorie qui est exposée d'une telle façon que nous la croyons incapable de convaincre même les moins exigeants. En quoi consiste la modification de ce double pouvoir dont jouissent les éléments périvasculaires ? qu'est-ce que cette puissance d'*attraction* et d'*élection* donnée aux tissus ? Un peu plus, on en conviendra, nous aurions *la cellule intelligente*. Comment admettre dans cette manière de voir l'inflammation des organes privés de vaisseaux sanguins ? D'ailleurs les termes seuls des propositions que nous combattons rappellent un peu trop les théories si commodes des *attractions moléculaires* et *des affinités*

*électives*, et il en résulte une sorte de mysticisme qui n'est vraiment pas de mise dans un pareil sujet : mais nous avons hâte d'ajouter que ce défaut n'est que dans la forme, dans l'expression de l'idée, l'auteur eût dû l'exposer dans le langage physiologique ordinaire, voilà tout. Laissons donc de côté le pouvoir attractif et le pouvoir électif des tissus, et ne voyons dans l'acte de l'exsudation inflammatoire que ce qui y est réellement, à savoir : une exagération anormale dans la nutrition d'une partie qui a été soumise à un stimulus également anormal. Que cet état persiste, et on lui verra succéder, soit une perversion fonctionnelle, soit une néoplasie quelconque. C'est à ce point de vue purement et exclusivement anatomique qu'on peut dire avec Virchow : *La fonction, la nutrition, la formation*, constituent, par leur réunion, le domaine complet de la vie (*Irritation et instabilité;* traduction de F. Pétard, 1859).

Mais revenons à la doctrine de M. Bennett. Une fois l'exsudation produite, elle se coagule ordinairement et constitue un corps étranger pour les tissus qu'elle occupe ; le but de la nature est alors ou bien d'en débarrasser l'organe, ou bien de la modifier, de telle sorte qu'elle devienne compatible avec les besoins de l'économie. Cette vue peut être réalisée par une double série de changements dans le plasma exsudé. — I. Il devient un blastème dans lequel naissent et se développent de nouveaux éléments vivants. — II. Il ne présente aucune tendance à l'organisation, et les matériaux exsudés, ainsi que les tissus environnants, sont frappés de mort. Dans le premier cas, il se forme, dans l'exsudat, des corpuscules différant par la forme, la grosseur et la faculté du développement ultérieur ; ce sont ces corpuscules qui donnent naissance à ces produits d'apparence si diverse que l'on regarde, dans quelques cas, comme les résultats de l'inflammation, et, dans d'autres, comme des dépôts de nature variable. L'exsudation doit-elle, au contraire, être frappée de mort, celle-ci se produit de deux manières, ou bien lentement, et elle amène l'ulcération, ou bien rapidement, et elle produit la gangrène. Chacun remarquera, sans doute, avec nous, que cette manière de voir s'écarte en deux points importants des principes de la théorie cellulaire ; et c'est là un des sujets sur lesquels le médecin écossais se sépare le plus nettement des physiologistes allemands de notre époque. Pour lui, en effet, l'exsudat joue le rôle principal ; il constitue la condition *sine qua non* du développement des éléments nouveaux ; or, cette doctrine exclusive des exsudats, à laquelle les travaux de Hunter et de Vogel avaient donné tant d'importance, a perdu aujourd'hui presque tout crédit, du moins en Allemagne, où l'on n'admet plus guère l'existence des matières plastiques, des blastèmes ou des cytoblastèmes, et cela principalement, parce que cette théorie ne peut rendre compte des morbiformations dans les tissus privés des vaisseaux sanguins. Voilà le premier point, le second en est la conséquence immédiate. Bennett admet encore pour la production cellulaire la théorie de l'*enveloppement*, comme le faisaient Schleiden et Schwann, et l'on sait que les histologistes les plus distingués de l'autre côté du Rhin écrivent sur leur drapeau : *Omnis cellula a cellula*. (Voy. Virchow, *loc. cit.*)

L'espace nous faisant complétement défaut pour exposer ici les nombreux détails microscopiques consignés dans l'ouvrage de M. Bennett au sujet de chacune des exsudations, nous ne pouvons, à notre grand regret, qu'y renvoyer le lecteur, et nous devons nous borner à indiquer les différentes formes que l'auteur admet pour chacune d'elles. L'exsudation simple (ou inflammatoire) présente quatre formes; trois d'entre elles sont déterminées simplement par la nature du tissu dans lequel elle se produit : — I. Si elle se fait à la surface d'une membrane séreuse, elle présente une structure finement fibreuse, et une grande tendance à se convertir en fibres moléculaires (*Molecular fibres*). — II. Si elle a lieu sur une membrane muqueuse ou dans le tissu aréolaire, elle se change généralement en corpuscules de pus. — III. Lorsqu'elle se produit dans les organes parenchymateux, tel que le cerveau, elle affecte une apparence granuleuse et elle est associée avec de nombreux corpuscules granuleux. — IV. Enfin, elle peut être due à une cause traumatique et se produire sur les plaies couvertes de granulations ; dans ce cas, la partie superficielle se change en corpuscules de pus, tandis que la portion profonde se convertit, par le moyen de noyaux et de cellules, en noyaux et en fibres-cellules, qui forment en dernier lieu la cicatrice.

L'exsudation cancéreuse présente trois formes principales qui résultent de la proportion relative et de l'arrangement des cellules et des fibres qui la constituent. Ces formes sont le squirrhe, composé principalement de fibres ; l'encéphaloïde, qui contient en abondance un fluide laiteux dans lequel nagent de nombreux corpuscules ; le colloïde, qui se distingue par une base fibreuse disposée de façon à former des aréoles ou lacunes renfermant une matière comme gélatineuse, semblable à de la colle.

Quant à l'exsudation tuberculeuse, M. Bennett ne paraît en admettre qu'une forme, du moins, au point de vue de la structure ; elle est caractérisée par des corps irréguliers présentant une forme ronde, ovale ou triangulaire, variant, dans leur plus grand diamètre, de 1/2000e à 1/1200e de pouce. Ces corps contiennent d'un à sept granules ; ils ne sont pas modifiés par l'eau, mais l'acide acétique les rend très transparents.

Au point de vue de leur pathogénie, M. Bennett pense que ces trois espèces d'exsudations, si différentes dans leurs caractères, leur marche et leurs résultats, ne diffèrent, cependant, que par une seule circonstance, c'est que l'exsudation simple saisit le corps en quelque sorte au milieu de l'état de santé, tandis que les deux autres sont liées aux constitutions cancéreuse et scrofuleuse.

En résumé, ces divers produits sont des formations nouvelles développées dans un plasma issu du sang ; donc ici encore l'auteur abandonne les errements de la doctrine cellulaire pure, pour laquelle toutes ces productions sont simplement des modifications d'éléments préexistants.

Lorsque ces produits exsudés, au lieu d'être éliminés, séjournent et s'accroissent dans l'organe où ils ont pris naissance, il en résulte une tumeur ou, pour être plus exact, une morbiformation (*morbid growth*), et nous ne donnerions qu'une idée incomplète de la théorie de l'auteur, si nous n'ajoutions quelques mots sur la manière dont il conçoit l'origine et le développement de ces produits morbides ; c'est d'ailleurs un devoir pour nous, puisque l'un des premiers il a énergiquement combattu l'antique division des tumeurs en bénignes et en malignes, et qu'il a attaché son nom à une idée qui, repoussée d'abord comme insoutenable, a gagné peu à peu du terrain, au point qu'elle réunit aujourd'hui les suffrages des juges les plus compétents : nous voulons parler de la transformation possible des tumeurs. Bien loin de croire, comme on le pensait généralement il y a quelques années encore, qu'une tumeur possède, dès son origine, des tendances fixes et déterminées, en vertu desquelles elle ne peut se développer que dans une direction unique également déterminée, bien loin de penser qu'elle doit présenter, durant tout le cours de son évolution, les mêmes caractères, de sorte qu'une production fibreuse par exemple, tout en augmentant de volume, conservera constamment les caractères d'une tumeur fibreuse, et ainsi des autres, M. Bennett professe que les morbiformations ne présentent point au début de différences spécifiques, qu'aucune d'elles n'exclut les autres, et que des dépôts morbides de tout genre peuvent se faire dans une tumeur préexistante. Ainsi un malade porte une tumeur fibreuse ou glandulaire : au bout de quelque temps, les vaisseaux sanguins peuvent verser dans cette production déjà anormale une exsudation cancéreuse ; celle-ci existe-t-elle d'abord, elle pourra subir la transformation fibreuse ou graisseuse. C'est ainsi seulement, ajoute-t-il, que nous pouvons concevoir ces cas journellement observés dans la pratique, dans lesquels des tumeurs fibreuses indolentes prennent soudainement une grande puissance de développement, et deviennent des cancers, ou bien dans lesquels des tumeurs cancéreuses se gangrènent et se cicatrisent ensuite. Aussi, pour le médecin écossais, toute tumeur peut être maligne, quel que soit d'ailleurs le sens qu'on attache à ce mot, soit qu'on désigne par là un produit morbide qui récidive après une opération, ou bien une tumeur qui infecte les tissus par contiguïté ou à distance, soit qu'on veuille entendre une production qui détruit la vie par ses progrès incessants, en dépit de toutes les ressources de l'art. A l'appui de cette opinion sont rapportés un grand nombre d'exem-

ples de récidives dans des cas de tumeurs dites bénignes, et de non récidives dans des cas de tumeurs jugées malignes soit à l'œil nu, soit au microscope ; cette manière de voir mérite donc d'être prise en sérieuse considération ; il nous suffira, pour en convaincre nos lecteurs, de rappeler ce qu'écrivait en 1858 M. le professeur Velpeau dans son *Traité des maladies du sein* (2e édition) : « J'ai dit plus haut que, sans avoir de conviction absolue sur les transformations cancéreuses, j'étais loin cependant d'être aussi décidé qu'autrefois dans le sens négatif. Les faits, en se multipliant dans ma pratique, ont fini par ébranler mes croyances, et même par me faire pencher, sous ce rapport, vers la doctrine affirmative, défendue avec talent en dernier lieu par M. Bennett (d'Édimbourg). Une fois formées, les tumeurs peuvent présenter deux espèces de développement : un développement ascensionnel (période d'accroissement) et un développement rétrograde malheureusement trop rare (période de déclin ou de dégénérescence). Le premier se fait par trois procédés : 1° des éléments histologiques sont produits comme dans les tissus adultes ; ils sont plus nombreux ou plus gros, mais ils conservent leur relation et leur arrangement normaux (*lipoma*, *adenoma*, *angionoma*) ; 2° un plasma est exsudé, qui sert de blastème pour la formation de cellules ; celles-ci, examinées dans leurs divers degrés de développement, présentent des modications identiques avec celles que subissent dans l'embryon les tissus similaires (*fibroma*, *osteoma*) ; 3° les cellules, qu'elles soient préexistantes ou nouvellement formées, possèdent la propriété du développement endogène, de sorte que leurs rapports et leur groupement normaux sont détruits (*epithelioma*, *enchondroma*, *carcinoma*). » — Ces notions remarquables par leur précision et leur clarté embrassent un très grand nombre de faits ; elles seraient complètes, ce nous semble, si l'auteur eût tenu compte de l'aberration de temps et de l'aberration de lieu (*hétérochronie*, *hétérotopie* de Virchow). — Quant à la période de déclin, elle se manifeste ou par la disparition complète du produit morbide, ou par la transformation albumineuse, graisseuse, minérale et pigmentaire. Chacune de ces transformations a été l'objet d'articles spéciaux auxquels nous renvoyons le lecteur, en recommandant, en outre, à son attention une foule de détails intéressants appartenant à l'histoire des tumeurs, et que nous n'avons pu signaler ici.

Nous avons hâte, en effet, de terminer un exposé déjà bien long, et pourtant nous ne saurions passer sous silence un chapitre intitulé : *Des changements apportés dans la thérapeutique par des connaissances plus avancées en diagnostic et en pathogénie*, dans lequel M. Bennett s'est proposé de démontrer l'inutilité et même le danger de la saignée dans les inflammations viscérales, et notamment dans la pneumonie. Déjà G. Balfour (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1847), Dietl (*Der Aderlass in der Lungenentzündung*, Wien, 1849) et Alison (*Edinb. Med. and Surg. Journal*, 1856) ont combattu, en s'appuyant sur des relevés statistiques, l'emploi des émissions sanguines, et les pièces de ce débat ont été successivement présentées aux lecteurs français ; il serait superflu d'y revenir. Nous nous bornerons à noter que M. Bennett, comparant et groupant les résultats fournis par les auteurs précédents, par M. Louis (*Recherches sur les effets de la saignée*, Paris. 1835), par M. Grisolle (*Traité de la pneumonie*, Paris, 1841), par M. Bouillaud et par sa propre pratique, est arrivé à cette conclusion : La mortalité qui s'élève à la proportion de 1 sur 3 lorsque la pneumonie est traitée par les saignées, tombe à 1 sur 7 lorsque la maladie est combattue par le tartre émétique ; à 1 sur 13, d'après Dietl, si l'on emploie l'expectation pure, et s'est abaissée au chiffre de 1 sur 26 dans l'infirmerie royale d'Édimbourg, sous l'influence du traitement institué par l'auteur ; ce traitement est ainsi formulé : « Le traitement que j'emploie dans la pneumonie est fondé sur les principes pathologiques précédemment annoncés, savoir : ne jamais tenter de couper court à la maladie ; ne jamais affaiblir le pouls ou les forces vitales, mais au contraire seconder les modifications que doit nécessairement subir l'exsudation pour être complétement excrétée de l'économie. Dans ce but, pendant la période de l'excitation fébrile, je me contente de donner de petites doses de préparations salines pour diminuer la viscosité du sang. Aussitôt que le pouls devient mou, je prescris de bon thé de bœuf et des aliments, et s'il survient de l'affaiblissement, je donne de 4 à 8 onces de vin par jour (124 à 248 grammes). Lorsque la période de crise approche, j'administre un diurétique pour favoriser l'excrétion des urates ; ce diurétique consiste ordinairement en un demi-drachme d'éther nitrique, uni quelquefois à dix minimes de vin de colchique ; cette dose est répétée trois fois par jour. Mais si la crise se fait par la sueur ou la diarrhée, je prends soin de ne pas lui imprimer une autre direction. »

Si nous ne pouvons entrer dans tous les détails de l'argumentation de l'auteur, et consacrer à l'examen de cette importante question tout le temps qu'elle exige, nous voulons au moins transcrire ici les propositions fondamentales sur lesquelles s'appuie M. Bennett, car il en est une tellement étrange, que la laisser ignorée serait consacrer une erreur. — I. On ne peut accorder que peu de crédit à l'expérience de ceux qui, comme Cullen et Gregory, ignoraient la nature des inflammations internes et les moyens de les découvrir. — II. L'inflammation est identique aujourd'hui avec ce qu'elle a toujours été, et l'analogie qu'on a cherché à établir entre elle et les diverses formes de fièvres est erronée. — III. Les principes sur lesquels a reposé jusqu'ici l'emploi de la saignée et des remèdes antiphlogistiques, sont opposés à une saine pathologie. — IV. L'inflammation, une fois constituée, ne peut être jugulée, et l'objet d'un traitement médical judicieux est de la conduire à une heureuse terminaison. Jusqu'ici accordons tout à l'auteur, soit. Mais nous ne saurions aller plus loin ; car cette heureuse terminaison que nous devons appeler de tous nos vœux, que nous devons aider par tous les moyens, c'est, selon M. Bennett, la suppuration, assertion tellement surprenante, tellement contraire à l'observation journalière, que nous avons douté d'abord d'avoir bien saisi la pensée de l'auteur ; nous traduisons littéralement ce passage : « Dans la pneumonie, l'exsudation est infiltrée dans les vésicules et les petites bronches, entre les fibres, les vaisseaux sanguins et les nerfs du parenchyme, emprisonnant le tout en une masse molle, qui se coagule et rend la texture spongieuse du poumon plus dense et plus lourde ou, comme on le dit, hépatisée. Cela fait, l'air ne peut plus pénétrer, les nerfs sont comprimés, la circulation est en grande partie arrêtée, et l'objet de la nature est maintenant de convertir de nouveau l'exsudation solide en un liquide, au moyen duquel elle puisse être en partie évacuée par les bronches, mais principalement rentrer dans le sang, et être excrétée hors de l'économie. Ceci est accompli par la formation cellulaire. Dans l'exsudation coagulée amorphe, des granules se forment ; autour des groupes de ceux-ci, des parois cellulaires se produisent, et graduellement la masse amorphe solide est changée en un liquide rempli de cellules. Ce liquide est le pus. Les cellules, après avoir vécu leur vie naturelle, meurent et se rompent, et dès lors l'exsudat est de nouveau ramené à un état dans lequel il est susceptible d'être absorbé à travers les parois vasculaires, et il se mêle encore une fois avec le sang, mais dans une condition chimique altérée. » La conséquence est évidente : une pneumonie ne peut guérir qu'après la transformation préalable de la matière infiltrée au pus. Heureusement, ce n'est là qu'une assertion qui ne repose sur aucune espèce de preuve, et qui a contre elle tous les faits cliniques ; nous ne pouvons y voir, quant à nous, que le résultat de l'importance exagérée attachée à une doctrine exclusive ; mais dût la théorie cellulaire dépendre tout entière de ce fait unique, dût-elle disparaître sans retour, s'il est reconnu faux, nous n'admettrons jamais que les efforts du médecin doivent tendre à provoquer la suppuration du poumon, nous n'admettrons jamais que le malade, atteint d'hépatisation purulente, est plus près de la guérison que celui qui n'en est encore qu'à l'hépatisation rouge. Il n'en est point ainsi : et si l'on est conduit à admettre que l'exsudation albumino-fibrineuse de la pneumonie doit, pour être résorbée, reprendre la forme liquide, rien, absolument rien, ne prouve que ce liquide soit du pus.

Et maintenant M. Bennett a-t-il réussi à établir avec une garantie suffisante de durée les diverses propositions à la défense desquelles est consacrée la première partie de son livre ? Qui le sait ; et ce doute ne saurait être injurieux pour lui : car l'on a vu ren-

verser si souvent *les fondements inébranlables* de la physiologie, que nous pouvons, sans être accusé de scepticisme, nous défier encore quelque peu de la solidité de ceux qu'on lui donne aujourd'hui. Envisagée dans son ensemble, la doctrine du médecin d'Édimbourg forme un édifice complet, élevé avec un talent et une habileté vraiment remarquables sur une base en réalité bien fragile, puisqu'il repose complétement sur une théorie d'organogénie et de morphologie ; c'est une tentative peut-être prématurée, dont le but est d'appliquer à la pathologie les données de l'anatomie microscopique. Qu'adviendra-t-il si, dans un temps plus ou moins éloigné, un simple perfectionnement apporté dans les instruments d'investigation, ou toute autre cause imprévue, vient renverser cette base, et nous convaincre que la vérité de la veille est l'erreur du lendemain? Chacun peut le dire : l'édifice tout entier disparaîtra avec la théorie qui lui a donné naissance. Mais ce n'est pas tout; toutes ces études portent exclusivement sur la matière morte, et le malade, qu'on y prenne garde, est relégué bien loin au dernier plan. C'est là une tendance dangereuse qui se révèle dans bon nombre de travaux actuels. Pour nous, loin de voir dans la doctrine, dont nous avons rendu compte, l'exposé des *principes de la médecine*, nous ne pouvons y voir autre chose qu'une étude sur l'évolution des lésions morbides, en un mot, un traité d'anatomie pathologique générale. Cette même tendance se montre encore dans la seconde partie de l'ouvrage, dont l'examen sera l'objet d'un prochain article.

D[r] JACCOUD.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Bien simplement et bien confraternellement, veuillez, cher collègue, me permettre une courte rectification.

En appréciant, dans votre dernier feuilleton, le sens du toast que j'ai porté à la doctrine de Ricord, vous me dites ceci :

« A vous entendre, les adversaires de la doctrine sont rongés de honteuses passions. »

A côté de ce que votre analyse me prête, je tiens à rétablir ce que j'ai dit et écrit. Le voici :

« Quant aux ennemis déclarés, ils ont au service de leur honteuse passion, un double artifice. »

Vous voyez la différence, et j'ose espérer que vous voudrez bien m'aider à la faire voir à vos lecteurs. Après avoir d'abord parlé des *adversaires*, ne devais-je pas changer de langage à l'égard des *ennemis?* Je l'ai fait d'autant plus librement que je venais de qualifier aussi les *prosélytes insensés*. Ce que j'ai dit, je le répète : quiconque, en face d'une doctrine scientifique, se pose en ennemi, a suffisamment justifié, par son attitude, celui qui lui reproche *sa* honteuse passion.

Ne vous étonnez pas, cher collègue, du prix et de la vivacité que je mets à cette explication. L'importance qu'une plume trop flatteuse a donnée à mon toast m'y oblige. Tout ce que j'ai dit, je le maintiens; mais je n'entends maintenir que ce que j'ai dit.

Agréez, etc., P. DIDAY.

Lyon, 5 janvier 1861.

RÉPONSE. — Nous vous avions parfaitement compris, cher collègue, et, en citant votre jugement sur « les adversaires de la doctrine », nous n'entendions pas que vous n'en exceptiez absolument personne. Ce n'était qu'une désignation générale. Aujourd'hui, vous déclarez plus clairement que vous divisez les adversaires en deux catégories, les honnêtes et les malhonnêtes, et que vous ne stygmatisez que ces derniers. Vous êtes bien bon ; mais c'est là précisément ce que nous ne pouvons approuver. Pour la partie pas plus que pour le tout, il n'est permis de faire des suppositions blessantes que les *ennemis déclarés* pourraient renvoyer, mais ne renverront pas, aux *partisans déclarés*, car la passion peut prendre plus d'un masque. Et vous nous permettrez d'ajouter que cela est surtout regrettable en ce que, ces prétendus ennemis, vous les désignez en défigurant, selon nous, des actes très simples, très scientifiques, dans lesquels pourraient se reconnaître de loyaux adversaires de M. Ricord.

Agréez, etc. ALIQUIS.

---

— Un cours public de micrographie et de chimie appliquées aux études anatomiques et physiologiques, a été ouvert à l'École pratique de la Faculté de Montpellier, par M. Saintpierre, agrégé, et par M. Bertrand, prosecteur.

— Dans sa séance du 28 décembre dernier, la Société médicale du 3e arrondissement de Paris vient de renouveler son bureau ; il est ainsi composé pour l'année 1861 :

*Président*, M. Gaide; *vice-président*, M. Fleury; *secrétaire général*, M. E. Géry fils; *secrétaire annuel*, M. Epron; *trésorier*, M. Bouley; *membres du conseil de famille*, MM. Patissier, Fleury, Escoffier, Duparcque.

— Depuis quelques jours, il est grandement question dans le monde médical d'un arrêté pris récemment par M. le préfet de la Seine pour obvier à la triste nécessité où se trouve l'administration de l'Assistance publique d'envoyer dans les départements un très grand nombre de malades frappés d'aliénation mentale. M. le préfet a institué une commission dans le but d'étudier les mesures à prendre pour l'amélioration et la *réforme* du service des aliénés du département de la Seine. Cette commission, sous la présidence de M. Haussmann, est composée comme il suit : MM. Ferdinand Barrot, sénateur; Herman, sénateur; Amédée Thayer, sénateur; Chaix-d'Est-Ange, procureur général près la cour impériale; docteur Véron, député de Sceaux; Marchand, conseiller d'État; baron Dubois, doyen de la Faculté de médecine; Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique; enfin, M. le docteur H. Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, remplit les fonctions de secrétaire de la commission.

— M. le docteur Joseph-Théophile Bailly, médecin aide-major de première classe au 97e de ligne, vient de mourir à Darney (Vosges), à l'âge de trente-quatre ans. M. Bailly était fils et frère de médecins.

— M. le docteur Bonnelat, médecin de l'hôpital de Saint-Amand (Cher), vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

— Nous apprenons la perte douloureuse que vient de faire la Faculté de médecine de Paris en la personne de M. Lesueur, son chef des travaux chimiques.

— Par suite de la démission de M. Ricord, de la mort de M. Després et de la retraite de M. Guersant, les services de chirurgie des hôpitaux de Paris sont modifiés de la manière suivante : M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants assistés, passe à l'hôpital des Enfants malades; MM. Follin, Depaul et Broca, chirurgiens du Bureau central, sont nommés : M. Follin, chirurgien de la Salpêtrière; M. Depaul, chirurgien des Enfants assistés; M. Broca, chirurgien de Bicêtre.

*Pour toutes les variétés* : A. DECHAMBRE.

---

DES CHAMPIGNONS COMESTIBLES ET VÉNÉNEUX QUI CROISSENT DANS LES ENVIRONS DE PARIS, par *Ernest Roussel* (d'Évreux). In-8 de 68 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

DIE MISSBEDUNGEN DES MENSCHEN, SYSTEMATISCH DARGESTELLT (Les difformités de l'homme), par *A. Foerster*. Grand in-4, avec un atlas. Iéna, Mauke. 16 fr.

ZUR LARYNGOSCOPIE, UEBER ERKRAENKUNGEN DES KEHLKOPFES UND DAS OPERATIVE HEILVERFAHREN BEI DENSELBEN (La laryngoscopie, les maladies du larynx et leur traitement opératif, par *C. Stœrk*. In-4. Vienne, Seidel. 3 fr. 25

A SYSTEM OF SURGERY, THEORETICAL AND PRACTICAL IN TREATISES BY VARIOUS AUTHORS, par *T. Holmes*. Volume Ier : *General Pathology*. In-8. Londres, Parker. 20 fr.

---

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 31 décembre 1860, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1861.

---

*Le Rédacteur en chef:* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

**On s'abonne**
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | **PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,** Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII.** | **PARIS, 18 JANVIER 1861.** | **N° 3.**

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Sur la nutrition du fœtus : M. Flourens. — Cas d'opération césarienne *post mortem* : M. Bonnet (de Poitiers). — Origine de la syphilis : MM. Padilla, Simon, Lindwurm et Haeser. — II. **Travaux originaux.** Tumeur du siége (kyste séro-sanguin). — III. **Correspondance.** Quelques réflexions sur la maladie décrite par M. Duchenne (de Boulogne) sous le nom de paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. — Corps étranger dans la bronche droite; trachéotomie; extraction du corps étranger; guérison. — VI. **Bibliographie.** Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes du charbon externe chez l'homme. — Observations de deux cas de pustule maligne, suivies de quelques considérations sur cette affection. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — IX. **Feuilleton.** Des classifications mentales.

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 7 novembre au 13 décembre 1860.*

226. DESLANDES, Adrien-Pierre, né à Cuffy (Cher). [*Quelques mots de thérapeutique.*]
227. LOISEAU, A.-C.-E.-Léon, né à la Chaire-le-Vicomte (Vendée). [*Du traitement des névralgies par la cautérisation sulfurique.*]
228. BESSIÈRES, A.-F.-Émile, né à Méru (Oise). [*Étude sur les erreurs et les préjugés populaires en médecine.*]
229. DANGAIX, Charles, né à Tarbes (Hautes-Pyrénées). [*Relation médicale de deux voyages d'émigration de l'Inde aux Antilles françaises, 1858-59-60.*]
230. ÉMERY, Adolphe, né à Saint-Mathurin (Maine et-Loire). [*De l'hémorrhagie puerpérale avant, pendant et après l'accouchement; causes, traitement.*]
231. SOULACROIX, A., né à Nadillac (Lot). [*De l'amaurose au point de vue du diagnostic et du traitement.*]
232. BASSET, Joseph, né à Lyon (Rhône). [*De la simultanéité des maladies vénériennes.*]
233. MELEUX, Augustin-M.-A., né à Angers (Maine-et-Loire). [*Des ovaires, de l'utérus, ou quelques considérations anatomiques et physiologiques sur ces organes.*]
234. PARIS, H.-A., né à Versailles (Seine-et-Oise). [*Recherches sur quelques manifestations de la diphthérite.*]
235. DULAC, J.-B, né à Ségus (Hautes-Pyrénées). [*De la phlegmatia alba dolens.*]
236. HOUDART, S., né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). [*Nouveau procédé de dilatation des rétrécissements du canal de l'urèthre.*]
237. GUERLAIN, Maxime, né à Saint-Omer (Pas-de-Calais). [*De la prostatorrhée dans ses rapports avec la prostatite.*]
238. GUILLAUME, J.-P., né à Genève (Suisse). [*De la pourriture d'hôpital.*]
239. BILLIÈRE, Gilbert, né à la Chapelle-aux-Saints (Corrèze). [*De quelques observations d'iridectomie dans les différentes affections de l'œil.*]
240. DUPRAT, Hippolyte, né à Toulon (Var). [*Considérations hygiéniques et pathologiques sur le Sénégal.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*
BOURBON.

## FEUILLETON.

**Des classifications mentales.** — Lu à la Société médico-psychologique dans la séance du 30 octobre 1860.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Esquirol nous en fournira un premier exemple. Défiant de la philosophie, cet illustre maître en négligeait volontairement les enseignements. Idiotie à part, ses types, comme ceux de Rush, dont la nomenclature est similaire, sont tranchés entre eux. La perversion désordonnée de la manie diffère essentiellement de la nullité ou de l'incohérence passive de la démence, des préoccupations exclusives, de la monomanie et du sombre accablement de la lypémanie. L'agitation, toutefois, présente des contrastes qu'Esquirol n'a point saisis, étant due tantôt à la précipitation et à la dissociation des idées, qui est le propre de l'état maniaque, et d'autres fois, comme dans les folies ébrieuse, saturnine, épileptique et demi-stupide, à des sensations terrifiantes, qui jaillissent du sein de l'obscurité mentale.

Ainsi de la monomanie et notamment de la lypémanie. Cette dernière avait toute chance d'être accueillie avec empressement. Qui n'a été péniblement affecté dans nos asiles à l'aspect d'infortunés concentrés dans leur taciturnité immobile? On les dirait coulés dans un même moule. Ce manteau de tristesse voile, néanmoins, des états très disparates. La plupart sont ou des hallucinés, tenus pour ainsi dire en arrêt par des menaces sinistres, ou des sujets qu'enchaîne un mélange de torpeur et de crainte confuse, mélancolico-stupides de M. Baillarger. L'isolement des conceptions délirantes, leur compatibilité avec la conservation latente des aptitudes, comme cela s'observe chez ceux qui, distraits par une brusque secousse, recouvrent momentanément leur clairvoyance, appartiennent au plus petit nombre, c'est-à-dire à ceux qui seuls ont un véritable délire circonscrit.

Dans autant d'articles, Esquirol a décrit les illusions, les hallucinations, l'hypochondrie, la démonomanie, l'érotomanie, les folies

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 17 janvier 1861.

SUR LA NUTRITION DU FŒTUS : M. FLOURENS. — CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem* : M. BONNET (DE POITIERS). — ORIGINE DE LA SYPHILIS : MM. PADILLA, SIMON, LINDWURM ET HÆSER.

L'importance attachée à tout ce qui sort de la plume ou du laboratoire de M. Flourens condamne cet éminent physiologiste à de fréquents contacts avec la critique. Une erreur de sa part, ou même une simple illusion, en histoire comme en science, font trop aisément leur chemin pour qu'il ne soit pas utile de leur barrer le passage. C'est ce qui nous détermine à dire quelques mots de ses récentes communications académiques sur les rapports du fœtus avec la mère.

M. Flourens mêle de la garance aux aliments d'une lapine pleine; *au bout d'un temps plus ou moins long*, il trouve les os du fœtus colorés en rouge, et il dit à l'Académie des sciences : « Par la fondamentale expérience dont je mets pour la deuxième fois les résultats sous les yeux de l'Académie, *tous les doutes sont dissipés*, *toutes les obscurités éclaircies*. Le fœtus se nourrit et respire par la mère; car le sang de la mère, ce sang oxygéné et revivifié, *communique* avec celui du fœtus, et à ce point que le principe colorant dont est chargé le sang de la mère pénètre jusqu'au fœtus. »

Impossible de ne pas rappeler d'abord que l'expérience n'a rien de neuf, ni dans son principe ni dans son moyen. Il y a longtemps que les physiologistes ont introduit, par injection ou par absorption, des substances colorantes dans le système circulatoire de la mère, dans le but de déterminer les conditions de la circulation utéro-placentaire. Mayer avait injecté du cyanure de potassium dans la trachée-artère d'une lapine pleine, et retrouvé ce sel, au moyen du chlorure de fer, non-seulement dans l'eau de l'amnios, mais encore dans le placenta fœtal et dans différents organes de l'embryon (Burdach, *Traité de physiologie*, traduction de Jourdan, 1839, t. IV, p. 36 et 37). — « Quand on injecte, dit Magendie, dans les veines d'un chien une certaine quantité de camphre, le sang prend aussitôt une odeur camphrée très forte : après avoir fait cette injection sur une chienne pleine, j'ai extrait un fœtus de l'utérus au bout de trois ou quatre minutes; son sang n'avait aucune odeur de camphre. Mais celui d'un second fœtus extrait après un quart d'heure, avait une odeur de camphre prononcée. Il en fut de même des autres fœtus. » (*Précis élémentaire de physiologie*, 4e édition, 1836, p. 578.) Enfin, si l'on veut une expérience faite avec la *garance*, on n'a qu'à ouvrir la PHYSIOLOGIE DE L'HOMME, de M. Adelon, et on y lira ce qui suit : « En faisant prendre à la mère des aliments teints de *garance*, ou en injectant dans ses vaisseaux du camphre, comme l'a fait M. Magendie, on a vu *la matière colorante teindre les os du fœtus* et l'odeur du camphre imprégner son sang. » (2e édition, 1829, t. IV, p. 393.) Burdach, dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, et M. Jacquemier, dans son MANUEL DES ACCOUCHEMENTS (1846, t. I, p. 313), rappellent également ces résultats.

Maintenant, quelle est la valeur de ces expériences? A vrai dire, elles n'ont pas beaucoup avancé la question en vue de laquelle elles ont été instituées. Ce qu'avait déjà enseigné Galien en termes explicites, ce que la clinique avait appris de la transmission de certaines maladies de la mère au fœtus, non plus par hérédité, mais par échange direct d'un principe virulent, notamment de la variole et de la syphilis, attestait déjà que le passage de certaines substances pouvait avoir lieu de l'organisme de la mère dans celui du fœtus. Ce qui était surtout à décider à l'époque où remontent ces recherches, c'est s'il existe entre la mère et le fœtus des *communications vasculaires*. On peut ajouter que, des différents moyens de lever la difficulté, le mélange de la garance aux aliments de la mère était le moins sûr, puisqu'il ne comporte pas la promptitude de résultat que supposerait, si elle était réelle, l'anastomose d'un système vasculaire avec l'autre. Et, dans les expériences mêmes de M. Flourens, on voit la coloration des os du fœtus ne devenir générale et intense qu'après que la mère a été nourrie à la garance pendant une certaine partie de la gestation. Or, la vérité est que ni les expériences du savant secrétaire perpétuel, ni celles de Mayer et de Magendie, ne prouvent l'existence d'une *communication vasculaire* entre la mère et le fœtus, ni d'un mélange direct du sang de l'un avec le sang de l'autre; mais que, bien au contraire, les expériences les mieux conduites, celles qui ont été faites par *injection*, commes celles de Magendie, tendent à démontrer l'absence de communication directe, puisqu'il a fallu un certain temps pour que la substance injectée arrivât au fœtus; aussi Magendie lui-même niait-il cette communication.

Mais ce qu'il est essentiel de rappeler, c'est que, dans l'état actuel de la physiologie, de telles expériences sont à peu près

---

homicide et suicide, etc. Au fond, ces formes particulières, que le pinceau de l'artiste et le talent du médecin ont rendues attrayantes et fécondes, se rattachent à l'une ou l'autre des catégories générales ou limitées; elles n'auraient pas dû en être distraites. Là, du reste, se reproduit encore le dualisme entre la conviction forte et enracinée qui constitue la monomanie ou la lypémanie, et cette fascination tumultueuse et mobile qui se rapporte soit au délire partiel diffus ou à l'une des variétés stupides. L'hypochondriaque, qui dans la moindre circonstance voit un péril imminent pour sa santé, ne ressemble pas plus au fou qui, coïncidemment avec une foule d'autres idées bizarres, s'imagine qu'il n'a plus d'estomac, de gosier, de cervelle, que le meurtrier de soi-même poussé par une irrésistible impulsion, à l'alcoolisé qu'une émotion fortuite et aveugle conduit au même acte.

Esquirol a brillé par la description des formes mentales. Plus scientifique, M. Ferrus, avec un instinct sûr, a réduit tous les types de folie à deux ordres : le premier, *délire général*, comprenant la manie, la démence et la stupidité; le second, *délire partiel*, toutes les nuances infinies, circonscrites ou étendues, instables ou fixes, récentes ou anciennes, dans lesquelles virtuellement, sinon de fait, le malade est capable de raisonner plus ou moins pertinemment sur les objets étrangers à son délire. M. Ferrus s'est approché bien près du but. On aperçoit la supériorité de son système, qui réserve aux grandes catégories leur rang naturel, prévient l'objection d'exclusivisme opposée, non sans fondement, aux espèces monomanie et lypémanie distinguées par Esquirol, et ne relègue point, à des chapitres détachés, des variétés qui rentrent sans effort dans son cadre.

Sous prétexte de solidarité des facultés, M. Falret rejette la monomanie. Croyant, de plus, à l'unité du délire, à la mutation facile de ses formes, faisant, en un mot, des diversités psychiques une question de quantité, il admet des *oligomanies*, des *polymanies*, des *pantomanies*. Malgré notre déférence personnelle pour l'auteur, nous regrettons, à cet égard, de ne pouvoir partager entièrement ses vues. Dans beaucoup de cas, à la vérité, réputés monomaniaques, il y a une diffusion aberrative qui semble lui donner

superflues; ou plutôt, si elles peuvent servir à préciser les conditions de l'absorption placentaire, elles sont dépassées par le résultat des études anatomiques modernes, plus particulièrement de celles qu'on doit à MM. Bonamy, Coste et Ch. Robin. Ces deux derniers surtout ont puissamment contribué à mettre en lumière l'indépendance réciproque des vaisseaux de la mère et de ceux du fœtus, et à établir que les échanges de l'un à l'autre se font à travers des tissus intermédiaires, à peu près comme l'oxygène pénètre dans le sang à travers les parois des vésicules pulmonaires.

Tout cela est si clair aux yeux des physiologistes les plus autorisés, que nous sommes enclin à voir dans la phrase citée de M. Flourens une obscurité de langage plutôt qu'une erreur de fait. A considérer, en effet, les divers passages où il a consigné l'expression de sa pensée sur ce point, il semble bien qu'ils emportent l'idée d'une communication positive, directe, du sang de la mère avec celui du fœtus; et pourtant il en est où il parle d'échange endosmotique entre les deux sangs. Mais reste toujours notre réserve principale, à savoir que les expériences du genre de celles qu'il a rapportées dans les dernières séances de l'Académie de médecine datent de loin, et qu'elles ajoutent peu de chose à ce qu'avaient appris déjà la clinique et les investigations anatomiques (1).

— Un observation d'opération césarienne ***post mortem***, pratiquée par M. le professeur Bonnet (de Poitiers), et dont nous trouvons le récit dans le MONITEUR DES SCIENCES (n° 6), tout en n'offrant rien d'extraordinaire, a pourtant le mérite, dans les circonstances actuelles, de rappeler quelques-uns des principes scientifiques qui doivent présider à ce genre d'opération. La mort de la femme a été constatée par tous les moyens possibles; on s'est assuré surtout, conformément à la *doctrine de M. Bouchut*, que le cœur avait cessé de battre; mais aussi, dès qu'on en a eu la certitude, on n'a pas perdu un moment pour pratiquer la gastrotomie. Tout, d'ailleurs, autorisait à penser que le fœtus était vivant. Le résultat a été des plus heureux : quelques minutes après opération, l'enfant fit quelques inspirations, et bientôt sa vie fut assurée (2).

— Il s'est engagé en Allemagne, entre M. F.-A. Simon, d'une part, et, de l'autre, MM. Lindwurm et Haeser, une assez vive polémique sur l'origine de la syphilis. De son côté, le docteur Padilla publie sur le même sujet, dans EL SIGLO MEDICO, une série d'articles intéressants. Mais, après avoir pris connaissance de ces divers écrits, ou du moins des articles jusqu'ici publiés par M. Padilla, et de l'analyse que donne des opinions de MM. Simon, Lindwurm et Haeser le dernier numéro de THE BRITISH AND FOREIGN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW (janvier 1861), on reste plus convaincu que jamais que tout ce qu'on peut dire d'essentiel sur cette matière est depuis longtemps épuisé. Ce qu'il y a de plus original peut-être, nous ne disons pas de plus méritoire, dans les deux mémoires de M. Simon, c'est le titre. Le nom d'un de ses adversaires, ***Lindwurm***, signifiant en allemand ***dragon***, et le nom de l'autre, Haeser, se rapprochant beaucoup de ***Hase***, qui veut dire lièvre, M. Simon n'a rien trouvé de mieux que d'intituler sa réponse au premier adversaire : ***Lutte avec un dragon***, et de désigner le second sous le nom de ***professor Leporinus*** (1). Cette invention n'a pas rendu plus solide à nos yeux les arguments de M. Simon, partisan déclaré de l'opinion qui ne laisse à l'antiquité que les affections vénériennes locales et non virulentes, pour rapporter au XV$^e$ siècle l'origine de la syphilis constitutionnelle. Ce second terme de la question est vraiment le seul qui vaille la peine d'un examen; car l'antiquité de la gonorrhée et de ce qui l'accompagne est de notion vulgaire. Quant à ce qui regarde la syphilis proprement dite, nous penchons très fortement vers l'opinion du dragon et du lièvre. Tous les efforts qu'on fait pour échapper à certaines indications d'Hippocrate et de Celse, ou pour rattacher à la lèpre beaucoup de symptômes du mal français, nous paraissent aboutir à des interprétations forcées. Comme le dit l'un des contradicteurs de M. Simon, les recherches d'érudition peuvent bien ne pas permettre de reconstruire entièrement, avec les données antiques, le tableau moderne de la syphilis constitutionnelle; mais elles permettent encore moins d'affirmer que la syphilis n'existait pas dans l'antiquité. Une chose nous a souvent frappé, c'est l'insistance des poëtes romains qui ont le plus énergiquement peint la débauche de

(1) Le dernier numéro de ATLANTA MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL (décembre 1860) contient une analyse d'un mémoire de M. O'Reilly, intitulé : THE ANATOMY AND PHYSIOLOGY OF THE PLACENTA, etc. Dans cette analyse, due à M. Talliaferro, la question dont il s'agit est examinée avec quelque détail et appréciée comme nous venons de le faire. On y trouve un exposé abrégé des recherches du professeur Dalton, recherches déjà anciennes et qui mettaient hors de doute la séparation complète du sang de la mère et du sang du fœtus.

Nous publierons incessamment une lettre de M. le professeur Nivet (de Clermont-Ferrand) sur la nutrition et la respiration du fœtus.

(2) *Erratum du dernier numéro.* Dans nos remarques sur la lecture de M. de Kergaradec, nos lecteurs auront corrigé d'eux-mêmes l'erreur qui nous a fait porter à *quarante-huit* heures la protection accordée par la loi à toute personne présumée morte. Tout le monde sait que l'inhumation est permise au bout de *vingt-quatre* heures.

(1) Der Kampf mit *einem Lindwurm*, oder unerwiesene Existenz der konstitutionellen Syphilis vor dem Jahre 1495, Hamburg, 1859. — Declaratio defensiva cujusdam positionis de *mala Franzos* nuper per *professorem Leporinum oppugnatæ*, etc., Hamburg, 1860.

---

gain de cause contre Esquirol. Notre mémoire sur les pseudo-monomanies justifie, sous ce rapport, en les expliquant, les observations de notre savant collègue. Mais si le lien de solidarité qu'il invoque existe entre les modes qui concourent au raisonnement, l'attention, le jugement, l'imagination, etc., nous l'avons dit plus haut, et nous croyons l'avoir déjà péremptoirement établi dans cette enceinte en répondant à M. Brierre de Boismont sur le même point, l'indépendance des sentiments, des idées, des penchants, est incontestable, et, partant, leurs déviations, même multiples, peuvent imprimer à nos pensées et à nos actes une direction maladive sans cesser de respecter intrinsèquement l'intégrité du principe des opérations intellectuelles.

Quant à l'échelonnement des folies, il ne saurait, selon nous, prévaloir sur l'évidence d'un contraste flagrant. La pantomanie, dans ce système, devrait être un couronnement, et ne se manifester qu'après avoir traversé les périodes croissantes. Son invasion, au contraire, a presque toujours lieu d'emblée, tandis que le délire partiel, qui devrait saillir d'abord, ne se révèle souvent que d'une manière timide, et après une incubation fort longue. Ce résultat, du reste, pour qui ne repousse point une démarcation légitime, trouve une facile explication, le plus léger ébranlement suffisant, dans le premier cas, pour rompre, en un instant, l'enchaînement des idées et la force d'une raison toute puissante encore faisant, dans le second, équilibre à la propension envahissante.

M. Girard de Cailleux n'a point imaginé une nomenclature spéciale. Mais, dans un remarquable rapport sur un fait de monomanie, il s'est livré à une étude doctrinale profonde dont est émanée une explication des délires général et partiel. Le moi serait actif ou passif, s'associant mystérieusement à la manifestation des phénomènes, en ressentant ou en subissant l'influence. Cet ordre serait plus ou moins bouleversé dans les troubles incohérents et maniaques. Par suite du désordre direct des opérations, les signes du moi, conscience, liberté, cesseraient d'apparaître.

Dans les cas circonscrits, au contraire, diffus ou monomaniaques, n vertu de la solidarité qui règne entre les facultés, l'esprit, béissant à un sentiment perverti, acceptant une perspective

leur temps à faire de la bouche le réceptacle des impuretés contagieuses. Martial seul en offre quatre ou cinq exemples, notamment dans la 44e épigramme du livre VI, où il déclare à Calliodore que nul ne l'invitera jamais à boire dans sa coupe; dans la 75e du même livre, où il exprime une pensée analogue à l'égard de Pontia; mais surtout dans la 61e du livre XI, où la bouche de Mannéius est positivement accusée d'avoir été ramasser sur place une maladie honteuse.

*Arrigere linguam* non potest fututricem;
Nam dum tumenti mersus hæret (lingua) in vulva,
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
Partem gulosam solvit indecens morbus.

Que gagne-t-on en égarant sa langue là où l'on peut entendre, dit le poëte, le vagissement du fœtus (*vagientes fœtus*)? Et quelle est la maladie ainsi prise qui puisse tuméfier la langue et en empêcher les mouvements? On ne peut oublier ici que c'est aux conséquences de cette détestable dépravation que les syphilographes demandent souvent l'accident primitif, le chancre virulent, dont ils ont besoin pour expliquer certains cas de contagion.

— Nous présenterons dans le prochain numéro quelques remarques sur l'importante lecture faite à l'Académie de médecine par M. Trousseau, et relative à la *congestion cérébrale dans ses rapports avec l'épilepsie*. Nous reviendrons aussi sur plusieurs communications recemment faites à l'Académie des sciences.

A. DECHAMBRE.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

**TUMEUR DU SIÉGE (KYSTE SÉRO-SANGUIN). — Observation recueillie par M. COULON, interne de l'hôpital des Enfants assistés.**

OBS. — Marie Millioz, née le 3 novembre 1860, est apportée dans le service de M. Giraldès aux Enfants assistés le 16 novembre.

Cette enfant, âgée de treize jours, présente une tumeur congénitale du siége. Cette tumeur, aussi grosse que l'enfant, est ovoïdale et un peu aplatie d'avant en arrière. Son grand diamètre est dirigé dans le sens transversal, et elle est attachée au siége par un pédicule assez large, mais qui établit assez bien la limite entre la poche kystique et les parties molles du bassin.

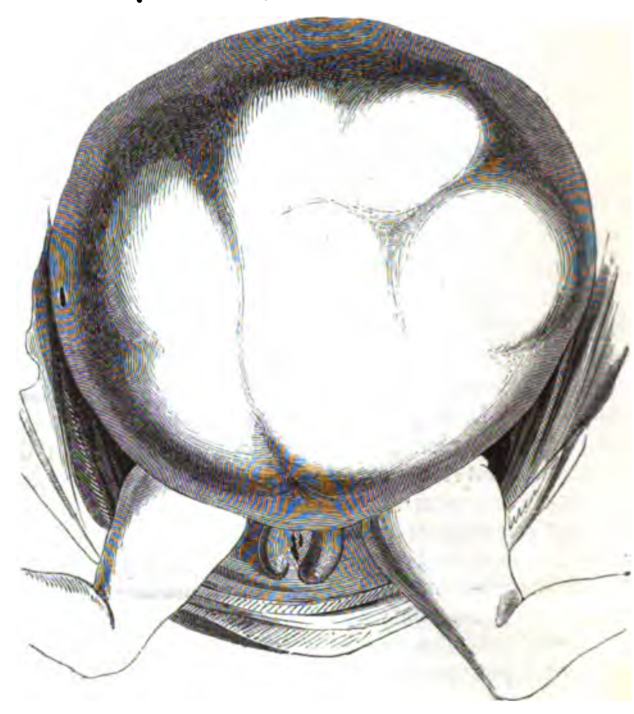
En avant, la tumeur présente à sa partie supérieure l'orifice anal, pourvu de ses plis rayonnés, et regardant directement en avant. Le pli rayonné le plus inférieur se prolonge jusqu'au bas de la tumeur sous forme d'un sillon qui partage la tumeur en deux parties égales.

En arrière, se trouve également un sillon médian, mais moins prononcé qu'à la partie antérieure.

A la palpation, le sacrum paraît plus développé qu'à l'état ordinaire dans le sens transversal; mais on ne trouve pas d'orifice distinct.

De la partie tout à fait inférieure du sacrum partent en divergeant plusieurs cordons fibreux que l'on sent parfaitement sous la peau. Le cordon fibreux médian, adhérent aux téguments, forme sur son trajet à la partie postérieure de la tumeur un léger sillon.

L'aspect général de la tumeur est un ovoïde bilobé; sur chaque moitié de l'ovoïde, et surtout sur la face antérieure, on remarque des bosselures qui sont, les unes couvertes d'une peau normale, les autres d'un tégument bleu violacé. Deux de ces bosselures bleuâtres, au niveau desquelles la tumeur semble prête à crever, se trouvent à la partie antérieure et inférieure de la poche. Elles ont la forme d'ellipse, de 7 à 8 centimètres de diamètre, et elles sont placées de chaque côté du sillon médian.



Au palper, la tumeur donne la sensation d'une poche à enveloppe très mince; on sent dans ses parois des bandes fibreuses très irrégulières, s'enchevêtrant, et formant, comme par hernie de la séreuse kystique à travers leurs intervalles, les bosselures que nous avons mentionnées.

La tumeur est parfaitement mate, fluctuante et transparente; elle ne paraît pas se gonfler par les cris de l'enfant ni se réduire par la pression. Cependant on a remarqué qu'elle pouvait se détendre, et qu'alors la fluctuation devenait plus nette et tremblotée, comme dans les ascites.

Les dimensions sont les suivantes : circonférence du grand axe de l'ovoïde, 44 centimètres; circonférence du petit axe, 29 centimètres. En

---

fausse, une conception chimérique, une croyance extravagante, en suivrait la pente logique, ou, dominé par une fascination maladive, se laisserait entraîner au courant des impressions anormales. D'une ou d'autre façon, avec ou sans l'assentiment de la volonté, la participation du moi serait ainsi consécutive, secondaire.

Cette théorie est ingénieuse : elle marque bien la raison des folies générales et partielles, et implique, par rapport à cette dernière classe, la distinction des préoccupations fixement tyranniques et des aberrations mobiles et incertaines. Elle prouve aussi qu'en ces circonstances, le mode de solidarité ne ressemble point à celui qui produit la manie, et que, corrélatif aux influences morbides, non-seulement il imprime à la vésanie ce cachet particulier qui n'exclut point, virtuellement au moins, la possibilité du raisonnement, mais que l'intégrité de cette faculté elle-même n'est point nécessairement compromise dans les conditions étrangères aux idées délirantes. Seulement, M. Girard n'a point poussé jusque-là son interprétation, et il n'a point indiqué ces corollaires.

Arrivons à M. Baillarger. Chacun se rappelle l'essai de classification dont nous avons fait mention précédemment. Il faut quelque peine pour dégager la pensée de notre savant collègue des considérations psychologiques qui la voilent. Il ajoute, on ne sait pourquoi, le mot de lésion des facultés, de l'intelligence, de l'entendement, c'est tout un, à ceux de délire général et de délire partiel, dont le mérite, précisément, est de n'exprimer qu'un trouble fonctionnel. Les termes, *faculté*, *intelligence*, *entendement*, s'appliquent à la puissance ou aux manifestations. La puissance est inconnue, mystérieuse, comment supposer une altération à un être insaisissable? D'autre part, on peut dire des manifestations qu'elles sont désordonnées, mais non lésées. S'il y a modification, elle est nerveuse (névrose); mais alors, en matérialisant l'intelligence, on la supprime.

Ces lésions, du reste, si étendues et si multiples qu'elles soient, ne suffisent pas, aux yeux de notre collègue, pour constituer la folie. La perte de conscience est nécessaire, autre ambiguïté qui, comme l'énigme du libre arbitre, recèle dans ses flancs d'interminables controverses.

mesurant la tumeur du sacrum à sa partie tout à fait inférieure, on trouve 18 centimètres, en passant par le sillon médian. En passant, au contraire, par la diagonale latérale et arrivant au même point, on trouve 27 centimètres.

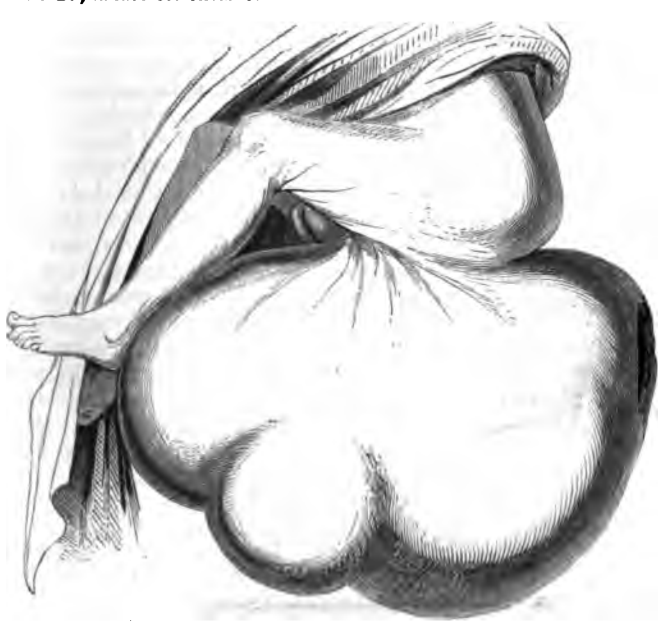
Quand l'enfant repose sur la tumeur, ses pieds sont distants du sol de 7 centimètres.

Le 17 novembre, selles séreuses qui paraissent détendre la tumeur ; le toucher rectal, pratiqué avec beaucoup de soin, ne donne aucune indication.

Le 19 novembre, érysipèle qui envahit la tumeur après avoir débuté par les régions fessières. Poudre d'amidon.

Le 20, l'érysipèle s'étend sur le corps.

Le 21, la face est envahie.



Le 22, mort à deux heures du matin.

A la visite, on pratique la ponction de la tumeur : il sort 850 grammes d'un liquide de couleur acajou clair et légèrement poisseux.

Ce liquide, analysé par M. Cloès, répétiteur à l'École polytechnique, est composé d'eau, de chlorure de sodium, d'albumine et de quelques sels.

On le laisse déposer ; au bout de deux jours, le liquide s'est recouvert d'une légère couche opaque et d'aspect graisseux, sur la nature de laquelle le microscope n'a donné aucun renseignement. Il s'est aussi formé un dépôt de couleur laque carminée. Ce dépôt, analysé au microscope par M. Giraldès, a été trouvé composé de plaques épithéliales et de globules sanguins en grande quantité et altérés en partie.

*Autopsie.* — La dissection de la tumeur met à découvert un kyste parfaitement isolé et sans communication, soit avec la colonne vertébrale, soit avec le rectum. Ce kyste ressemble assez à une vaste bourse séreuse, dont les parois, dans quelques points, seraient devenues fibreuses. Il repousse en avant le rectum, auquel il adhère par un tissu cellulaire serré, et il va s'insérer par son pédicule au sommet du coccyx.

Toute la poche kystique est enveloppée d'une membrane fibreuse très mince qui paraît être l'aponévrose périnéale postérieure distendue ; au-dessous de cette membrane fibreuse, on trouve des restes du sphincter externe. Le cordon fibreux médian postérieur mentionné dans l'observation n'était autre chose que le tendon du sphincter.

L'ouverture de la poche montre une surface interne lisse, couverte de vaisseaux dans quelques points, et présentant à la face antérieure l'aspect réticulé de la face interne du cœur. Deux fines bandelettes fibreuses en arcades, juxtaposées, rappellent la disposition en nids de pigeon des valvules sigmoïdes de l'aorte. Enfin, à la face postérieure, et faisant saillie sur la surface interne, se trouve un petit kyste transparent gros comme une noisette et rempli d'un liquide clair et limpide.

Les parois, en quelques points fibreuses, étaient, dans d'autres points, minces comme une feuille de papier.

A l'examen microscopique, on ne trouve dans ces parois qu'un peu de tissu élastique au milieu d'une grande quantité de tissu conjonctif.

RÉFLEXIONS. — La tumeur, dont l'observation précède, est surtout intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement.

Pour le diagnostic, on pourrait la confondre avec un spina bifida, à cause de ses signes physiques, de son siége et du développement exagéré du sacrum. C'est le même malade qui a été présenté à l'Académie et à la Société de chirurgie, et tout le monde s'est accordé à considérer la tumeur comme un spina bifida.

Dans un cas pareil, on pourrait, pour éclairer le diagnostic, pratiquer la ponction de la tumeur ; le liquide du spina bifida n'étant jamais sanguin, l'erreur serait impossible.

Quant au traitement, on conçoit la possibilité de la guérison d'une pareille tumeur par des ponctions successives, accompagnées d'injections iodées. Dans le cas présent, l'invasion subite de l'érysipèle et son extension rapide n'ont permis d'avoir recours à aucun procédé opératoire.

Quelle est la nature de la tumeur ?

1° Est-ce une inclusion fœtale ?

2° Est-ce un kyste séreux avec épanchement de sang par cause traumatique ?

3° Est-un kyste sanguin analogue à ceux que l'on rencontre au cou, et que l'on a désignés sous le nom d'hématocèles du cou ?

La première opinion, qui pouvait être émise avant l'analyse microscopique, n'a plus sa raison d'être en présence du résultat donné par le microscope. On n'a trouvé que du tissu conjonctif avec un peu de tissu élastique.

La seconde opinion attribuerait la présence du sang dans la tumeur à un choc ou à un froissement de la poche lors de l'accouchement. Mais on n'a trouvé aucun caillot dans la poche ; le sang était intimement mélangé au liquide.

M. Giraldès pense que la tumeur est analogue aux hématocèles

---

Mais allons au positif ; et, comme, au fond, les innovations, proposées par l'auteur, sont graves, suivons rétrospectivement les phases qu'il a parcourues. Ses oscillations ont été nombreuses. L'origine de sa conception date d'un premier travail sur la stupidité. Cette œuvre capitale contient les germes d'une rénovation importante. Dans l'examen minutieux d'une série d'observations, M. Baillarger croit, à travers l'obscurité mentale, voir poindre des signes d'activité physique. Tandis que les autres facultés sont engourdies, l'imagination préside à un mouvement fantastique de scènes hallucinatoires qui étonnent et terrifient le malade. M. Baillarger s'autorise dès lors de ces phénomènes pour rattacher la stupidité au délire triste, en accolant à la lypémanie, dont il la distingue, du reste, par un parallèle remarquable, la variété mixte : *mélancolie avec stupeur.*

A mon avis, les conclusions de M. Baillarger ne ressortaient pas de son mémoire. L'imagination n'était pas moins inerte que les autres modes intellectuels. Ce qu'il prenait pour une marque de spontanéité n'était que du pur automatisme, le résultat d'une réaction fortuite et accidentelle des sentiments et des idées. Le moi n'en avait qu'une intuition vague. Je crus ne pouvoir mieux comparer l'état du stupide qu'à celui d'un homme qui, assistant passif à une bataille, ne pourrait se soustraire à l'impression des bruits du canon et de la mitraille. Il n'y avait donc pas lieu à changement, l'effroi et la tristesse n'étant qu'accessoires.

M. Baillarger parut ébranlé ; car, un peu plus tard, dans un article très intéressant sur la monomanie, constatant, chez divers sujets atteints de délires diffus, une mobilité de conceptions dont l'esprit était opprimé, plutôt qu'il ne les faisait naître, il conçut l'idée d'un travail en dehors de l'intelligence, et prononça presque le mot automatique.

Cependant, à propos de mon article sur la lypémanie et de la thèse de M. Sauze sur la stupidité, il revint à ses interprétations primitives. La lutte entre nous fut ardente ; et, par une bizarrerie singulière, renversant, en quelque sorte, son propre édifice, notre collègue s'empara des faits que nous n'osions enlever à la lypémanie pour en grossir la mélancolie avec stupeur. C'était nous

spontanées, et que le sang a été fourni par les vaisseaux assez volumineux que l'on a rencontrés dans les parois de la tumeur.

On ne connaît aucune particularité concernant l'accouchement.

---

## III

## CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

**Quelques réflexions sur la maladie décrite**, par M. DUCHENNE (DE BOULOGNE), **sous le nom de** *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.*

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de revenir sur une observation que vous avez bien voulu insérer dans le numéro du 24 juin 1859 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et que M. Duchenne (de Boulogne), en la citant dans son mémoire sur *la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres* (1), ne me paraît pas avoir appréciée à sa juste valeur.

Cette observation est intitulée : *Atrophie des nerfs hypoglosses, faciaux et spinaux*, etc.

Veuillez agréer, etc. DUMÉNIL.

M. Duchenne me reproche ne n'être pas au courant de l'histoire de l'atrophie musculaire graisseuse progressive. J'avoue que ce reproche est un peu mérité. Je connaissais les travaux de M. le professeur Cruveilhier ; mais, ce qui m'avait frappé surtout, c'était l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens. J'avais oublié le fait de l'extension de cette lésion aux nerfs crâniens, et, au lieu de consulter le mémoire de M. Cruveilhier lorsque je rédigeai la note destinée à l'impression, je m'étais reporté à l'ouvrage de M. Duchenne, où l'observation de Lecomte est reproduite très incomplétement, et où il n'est nullement question de l'atrophie des nerfs crâniens. Ceci me prouve qu'il ne faut jamais négliger de remonter aux sources.

Mais qu'il me soit permis de faire remarquer à M. Duchenne qu'il encourt aussi le reproche qu'il me fait de n'être pas au courant de la science. Il avance que, au moment où je publiai mon observation, il n'existait que trois cas d'atrophie musculaire liée à l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens. A ma connaissance, il y en avait cinq : deux appartenant à M. Cruveilhier; une troisième à M. J. Guérin (LONGET, *Anatomie et physiologie du système nerveux*, t. I, p. 358); deux autres citées par Friedberg (*Pathologie und Therapie der Muskellaehmung*, p. 102-104), et empruntées l'une à Schneevogt (*Nederlandsch Lancet*, 1854), l'autre à Valentiner (*Prager Vierteljahrsschrift für die practische Heilkunde*, 1855). Mon observation constitue donc la sixième, et ce chiffre me paraît assez important.

Mais, comme c'est seulement en ce qui concerne la paralysie de la langue, de la face et des organes de la déglutition que M. Duchenne critique cette observation, mon intention est de m'arrêter principalement sur ce point.

La critique du savant auteur de l'électrisation localisée repose sur le raisonnement suivant : parce qu'il y avait une atrophie musculaire dans d'autres parties, on a attribué la paralysie de la langue à l'atrophie musculaire graisseuse progressive; mais, comme les muscles de la langue étaient sains, il est évident qu'on a fait confusion et qu'il y a là réunion de deux maladies différentes.

M. Duchenne se place trop exclusivement à son point de vue, et néglige trop les altérations que les autres mettent au premier plan. Il eût été plus que naïf d'attribuer à l'atrophie la paralysie de muscles qui n'étaient pas atrophiés. Si j'ai rapporté tous les phénomènes que m'a présentés ce sujet à une seule maladie, cette maladie n'est pas l'atrophie musculaire, mais l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens et de quelques-uns des nerfs moteurs crâniens. Il suffit de lire le titre de mon observation pour s'en convaincre, et il paraîtra probablement singulier à plus d'un lecteur que M. Duchenne ne fasse jouer aucun rôle à l'atrophie des nerfs hypoglosses, parce que les muscles de la langue sont à l'état normal. J'observe, pendant la vie, un certain ordre de symptômes; je trouve, à l'autopsie, des lésions qui m'en donnent parfaitement la raison; et, au lieu d'établir le rapport entre l'altération anatomique et les troubles fonctionnels, j'aurai recours à une interprétation hypothétique, je me contenterai d'admettre une paralysie essentielle! Quel est l'observateur qui, trouvant une paralysie des muscles correspondant à la distribution du nerf sciatique accompagnée d'une altération de ce nerf, soit compression, soit solution de continuité, soit simple atrophie, ne rapporterait pas la paralysie à cette lésion, lors même qu'il trouverait ailleurs une atrophie musculaire? De ce que l'atrophie des hypoglosses n'a pas été accompagnée d'atrophie des muscles de la langue, s'ensuit-il qu'elle ne peut pas être la cause de leur paralysie ? Au lieu de regarder ce fait comme de nature à « *jeter de l'obscurité sur l'anatomie pathologique* », il me semble, au contraire, qu'on pourrait le considérer comme très propre à éclairer la nature des paralysies dont M. Duchenne s'occupe dans son mémoire. Supposez qu'au lieu d'envahir en même temps les racines antérieures des nerfs rachidiens, l'atrophie se fût limitée aux nerfs crâniens, ce cas n'aurait-il pas été dans la catégorie des cas simples que M. Duchenne demande pour éclairer la question? Et alors lui-même,

(1) Nous publions plus loin (p. 45) l'analyse du mémoire dont il s'agit. — Voir aussi, sur le même sujet, deux communications de MM. Costilhes et Duchenne à la *Société de médecine du département de la Seine* (*Gazette hebdomadaire*, t. VII, p. 787 et 809).

---

faire la partie belle. Nous répliquâmes, en effet, que si nous avions eu le dessein de créer le nouveau genre décrit par M. Baillarger, c'est aux dépens, non de la stupidité, mais de la lypémanie que nous l'eussions constitué.

L'argumentation était péremptoire. Aussi la conversion fut-elle si complète que, dans un article ultérieur où M. Baillarger proclame lui-même la loi de l'*automatisme*, notre honorable contradicteur va-t-il, à l'égard des monomanies, jusqu'à dépouiller l'esprit de son initiative, dépassant ainsi le but, à moins d'appliquer le même raisonnement aux faits de l'état normal, comme l'avait imaginé Leibnitz, le véritable père de l'automatisme.

Quoi qu'il en soit, cette vue extrême ne s'étend point à la classification de notre confrère, dont la publication précède celle du travail que nous venons de mentionner. Les changements, par lui proposés, se ressentent des transformations que sa pensée a subies ; ils en sont la consécration. M. Baillarger n'a point abandonné la mélancolie avec stupeur, mais il absorbe en elle toute la classe des lypémanies qui se trouve supprimée et émigre de l'ordre des délires partiels dans celui des délires généraux où elle figure à titre de folie dépressive par opposition à la manie que caractérisent l'excitation et la perversion. Elle remplace, d'un autre côté, le genre stupide qui disparaît lui-même. La monomanie comprend toutes les variétés circonscrites, en sorte que si, à ces diverses catégories, on joint et les anomalies mentales dues à des causes organiques ou spécifiques et la folie à double forme ou circulaire, comme l'avait appelée M. Falret, on aura : 1° Folies générales : *manie, démence, mélancolie;* 2° partielles : *monomanies;* 3° mixtes : *folies à double forme;* 4° par intoxication : *delirium tremens, saturnine*, etc. ; 5° par lésions cérébrales : *épileptique, hystérique, paralysie générale;* 6° *imbécillité.*

Nous ne saurions faire un crime à M. Baillarger d'abonder dans nos idées. Il nous étonne, toutefois, qu'il tienne si fort à la dénomination de mélancolie. L'acception en est tout à fait modifiée, lui-même en convient, et, si les qualifications n'ont qu'une médiocre importance quand on s'entend sur les choses, celle de mélancolie est trop vulgairement usitée pour qu'il n'y ait pas

probablement, n'aurait pas hésité à avouer sa signification. Si l'atrophie limitée aux nerfs crâniens a pu s'observer sur le trijumeau, les nerfs acoustiques et optiques, n'en pourrait-il pas être de même pour les nerfs moteurs? Rien n'autorisant à croire, dans les faits rapportés par M. Duchenne, à une lésion centrale, il me semble qu'on peut raisonnablement supposer une lésion nerveuse périphérique. Serait-ce forcer les règles de l'analogie, de penser que les symptômes offerts par le sujet de l'observation VIII du mémoire, si semblables à ceux que j'ai signalés, étaient dus à la même lésion? J'observe encore en ce moment un cas tout pareil : le sujet est une femme de quarante-sept ans qui, avec une paralysie incomplète de la langue, du voile du palais et des muscles de la face sans atrophie, présente une atrophie musculaire très avancée aux membres supérieurs, et un affaiblissement considérable des extrémités inférieures, bien que ces dernières n'aient pas subi une diminution de volume bien appréciable. J'ai diagnostiqué chez cette femme une atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens, des hypoglosses et des faciaux, et ce diagnostic est probablement destiné à être contrôlé par l'autopsie, la malade étant admise définitivement dans un hospice comme incurable.

En réunissant ce dernier fait à celui que j'ai publié et à celui qui fait le sujet de la VIIIe observation du mémoire de M. Duchenne, on a trois cas parfaitement comparables. Croira-t-on facilement que, dans ces trois cas, « *le hasard seul, une simple coïncidence, comme cela peut arriver dans toutes les maladies, avait réuni deux espèces morbides distinctes* », sans aucune liaison entre elles?

M. Duchenne me demandera sans doute pourquoi, dans mon observation, l'atrophie des nerfs crâniens n'était pas accompagnée de l'atrophie des muscles correspondant à leur distribution, tandis que cette dernière lésion existait, dans le fait de M. Cruveilhier, avec une altération nerveuse toute semblable à celle que j'ai rencontrée. J'ignore la raison de cette différence; mais il ne serait pas impossible qu'elle se trouvât dans la présence ou l'absence *d'altérations concomitantes du grand sympathique*. Nous sommes loin de connaître les rapports de ce nerf avec les autres parties du système nerveux; ces rapports pourraient fort bien ne pas être les mêmes pour les nerfs crâniens et les nerfs rachidiens, et alors on comprendrait comment l'atrophie des premiers peut ne pas entraîner l'altération des muscles, tandis que cette altération est constante dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. Les fonctions de nutrition se trouveraient ainsi reportées au grand sympathique. Quelques particularités de l'observation de Schneevoogt, citée plus haut, justifient cette manière de voir. Un homme, de cinquante-huit ans, vit se développer graduellement une atrophie et une paralysie des muscles des extrémités supérieures, de la langue, du diaphragme, des muscles de la poitrine et du dos. Il parlait difficilement et en balbutiant; l'articulation des mots était très peu distincte; il éprouvait de la gêne de la respiration, et l'expectoration était difficile. Il mourut d'une fièvre intermittente. Le cerveau ne présentait rien de particulier. Les portions thoracique et lombaire de la moelle épinière étaient normales; mais, depuis la cinquième paire cervicale jusqu'à la deuxième dorsale, la moelle était ramollie, et présentait, à l'examen microscopique, une grande quantité de molécules graisseuses et de globules granuleux. Les racines antérieures, notamment les cinq supérieures, surtout à gauche, étaient minces; les postérieures normales. On trouvait au microscope, dans les racines malades, des fibres nerveuses très amincies et altérées, dont le contenu était en partie transformé en tissu conjonctif. Les ganglions de la moelle épinière paraissaient sains, de même que le nerf vague... La partie cervicale du grand sympathique était presque transformée en un cordon graisseux, dans lequel les fibres nerveuses étaient remplacées par des cellules graisseuses. Le ganglion cervical était presque complétement transformé en graisse. La portion thoracique du grand sympathique présentait aussi beaucoup de graisse. Un grand nombre de muscles avaient subi la transformation graisseuse, entre autres, le diaphragme. A la langue, les fibres du transverse étaient graisseuses.

Il est à regretter que dans les observations de M. Cruveilhier et dans la mienne, l'état du grand sympathique n'ait pas été indiqué. Ce sera une lacune à remplir lorsque l'occasion de pareilles autopsies se présentera. J'en dirai autant de deux autres cas d'atrophie de la langue, rapportés par Friedberg. Dans l'observation X de son livre, on trouve, avec l'atrophie d'une grande quantité de muscles, celle d'une moitié de la langue, de la face, du larynx et du pharynx; mais, ici encore, on ne paraît pas avoir songé que l'altération pût se rattacher à une lésion du grand sympathique, car on n'en parle nullement, tandis qu'on dit bien que le cerveau, la moelle et les nerfs extra-musculaires étaient sains.

En résumé : je n'ai pas rattaché la paralysie de la langue et de la face à l'atrophie musculaire graisseuse progressive, mais à l'atrophie des nerfs dont je fais l'altération principale dans mon observation.

D'après ce fait, je ne crois pas M. Duchenne autorisé à ériger la paralysie de la langue, du voile du palais et des lèvres, en une espèce morbide distincte, dont l'anatomie pathologique serait encore complétement à trouver. Dans le cas que j'ai rapporté, et qui appartient à la même catégorie que ceux de M. Duchenne, la paralysie trouvait sa raison d'être dans l'état anatomique des nerfs.

On devra, à l'avenir, rechercher dans les autopsies outre les lésions des centres nerveux, des nerfs de mouvement et de sentiment, celles qui pourraient aussi affecter le grand sympathique.

DUMÉNIL.

---

quelque inconvénient à l'avoir détournée de son sens habituel.

Cette persistance, d'ailleurs, révèle l'arrière-pensée de superposer les symptômes mélancoliques qui, suivant nous, ne sont que l'épiphénomène à l'obtusion intellectuelle qui est le fond permanent. Il y a surtout cette raison majeure que, dans certains cas, et ils sont beaucoup moins rares que M. Baillarger ne l'imagine, la stupidité est absolument exempte, soit d'hallucinations, soit de craintes imaginaires. La pensée est nulle.

La suppression totale de l'espèce lypémaniaque est peut-être aussi une exagération. Il y a des individus cloués à une préoccupation tyrannique, et qui, délivrés momentanément de l'obsession, n'offrent rien de la confusion stupide.

Dans sa généralité, l'expression monomanie, outre les justes objections qui lui ont été adressées, ne répond pas clairement aux divisions naturelles dont la grande classe des aliénations partielles est susceptible.

Il nous semble, enfin, qu'il est difficile de ranger parmi les types de vésanies, la folie à double forme ou circulaire. Cet accident d'allure mérite considération assurément. Mais Esquirol l'a signalé à propos de la marche, et c'est à cette place qu'est son étude naturelle. En tout cas, je suis heureux que M. Baillarger confirme de fait mon opinion sur le caractère diffus ou même confus de la période dite dépressive. L'alternance, en effet, ne s'observe guère qu'entre formes analogues. Le passage d'un délire systématisé à la divagation maniaque ne se conçoit pas; il est exceptionnel. On comprend celui de la stupidité à la manie, de celle-ci au délire partiel diffus et réciproquement, les nuances étant déterminées par les divers degrés d'excitation ou d'oppression cérébrale. Les cas systématisés ont une origine, la plupart du temps, psychique et conceptive.

Dans le cercle que nous venons d'embrasser, nous avons négligé de nombreuses sources. Le temps est notre excuse. Le moyen d'approfondir toutes les doctrines, de consulter tous les ouvrages. Notre regret, toutefois, s'amoindrit par l'espoir que la plupart des éléments que nous aurions pu recueillir ailleurs, étaient contenus dans les écrits que nous avons utilisés.

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

Renvoyée au prochain numéro.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DE 15 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M le ministre d'État transmet un rapport de M. le docteur *Perelli* sur le service médical des eaux minérales de Pietrapola (Corse) pendant l'année 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un travail de M. le docteur *Gigon* (d'Angoulême) sur deux opérations de trachéotomie pratiquées sur le même sujet, à un mois d'intervalle, pour le croup d'abord, puis pour des végétations polypiformes consécutives. (*Comm.:* MM. Blache, Bricheteau, Trousseau.) — *b*. La suite d'un mémoire sur les maladies enzootiques et épizootiques observées en Algérie, par M. *Camoin*, vétérinaire de l'armée. (*Commission déjà nommée.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Deleau* (jeune), qui, à l'occasion de la lecture de M. Ménière, adresse une réclamation de priorité, à l'appui de laquelle il communique une brochure imprimée en 1838, et intitulée : *Des effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille moyenne sur les muscles de l'expression faciale, sur l'organe de la vue et sur l'encéphale.* (*Commission déjà nommée.*) — *d*. Une lettre de M. le docteur *Soupart* (de Gand), qui réclame la priorité de l'invention d'un instrument destiné à extraire de la vessie les corps étrangers minces et résistants, et présenté à l'Académie par M. Charrière le 24 juillet dernier. (Cette lettre est accompagnée d'une brochure à l'appui.)

M. *Mathieu* soumet à l'examen de l'Académie un moyen propre à préserver de la rouille les instruments de chirurgie et de précision, les armes, les outils, et en général tous les métaux. L'agent préservatif est retiré de l'*hevea guyanensis*.

Cette substance n'est pas seulement destinée à empêcher l'oxydation des métaux, elle a en outre l'avantage de lubrifier et d'entretenir les ressorts et tous les mécanismes des instruments composés.

Tout corps métallique enduit à l'aide de ce produit se trouve à l'abri de l'humidité, et se conserve lors même qu'il serait plongé dans l'eau.

M. *Malgaigne* dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur *Boëck* (de Christiana), une brochure sur la syphilisation.

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Brainard*, le compte rendu de diverses opérations pratiquées par ce chirurgien.

M. *J. Cloquet* présente, au nom de M. *Fleury*, médecin principal de la marine à Toulon, un mémoire sur la fièvre jaune.

*Lectures et mémoires.*

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° *Un rapport sur l'eau minérale de Béville* (Seine-Inférieure).

Cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses sulfatées; elle est froide, d'une saveur atramentaire prononcée. Outre l'élément ferrugineux, elle renferme de l'arsenic, du manganèse et des traces sensibles d'iodures et de bromures alcalins.

La commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source pour l'usage médical. (*Adopté.*)

2° *Un rapport sur l'eau minérale de la Ville-aux-Dames* (Indre-et-Loire).

Attendu que la demande du propriétaire n'est accompagnée ni d'aucun renseignement relatif au captage ni d'aucune observation médicale, la commission est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'accorder pour le moment l'autorisation sollicitée. (*Adopté.*)

PATHOLOGIE. — M. *Trousseau* donne lecture d'une note intitulée : *De la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie.*

Il y a, vous le savez, messieurs, une opinion qui a cours dans la science ; c'est que la congestion *cérébrale apoplectiforme* est une maladie commune. — C'est une chose si bien établie, si bien acceptée, que l'on a mauvaise grâce à paraître en douter. — Pendant deux années d'internat que j'ai passées à la maison des fous de Charenton, j'ai vu ou cru voir un assez grand nombre de congestions apoplectiformes, je croyais encore en avoir vu depuis cette époque, un certain nombre, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique privée ; mais, depuis quinze ans, je n'en vois plus. Pourtant mes confrères en voient tout autant qu'auparavant ; il faut donc, ou que je me trompe ou qu'ils se trompent. Il est bien clair que je ne puis avoir une autre idée, sinon que l'erreur est de leur côté, autrement je changerais d'avis.

Voyons donc.

Un homme, avec ou sans symptômes préalables, tombe subitement frappé d'apoplexie; on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste, la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée. — Le lendemain tout est fini.

On dit que le malade a eu une congestion cérébrale apoplectique. Je l'ai dit comme les autres ; il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Un autre, tout à coup, en marchant, a un étourdissement, il cesse de voir, de parler, il marmotte quelques mots inintelligibles ; il chancelle, il tombe quelquefois, pour se relever incontinent. — Cela a duré quelques secondes : il ne reste plus qu'un peu de pesanteur de tête, quelquefois une obnubilation intellectuelle momentanée, et trois ou quatre minutes suffisent pour que tout rentre dans l'ordre.

---

Maintenant, après avoir, à l'aide de certains principes, apprécié les inspirations des autres, signalé ce que nous avons pensé être des erreurs ou des insuffisances, sommes-nous en mesure de justifier notre œuvre personnelle ?

L'ayant préférée, nécessairement nous avions nos raisons pour cela. Ceux-ci nous ont paru avoir échoué pour s'en être tenus aux inductions de la seule observation, ceux-là pour avoir puisé leurs bases dans les données d'une philosophie incertaine et souvent nuageuse. Nous avons essayé d'éviter ce double danger.

Intelligence, jugement, attention, sensibilité, imagination, volonté, conscience, toutes ces qualifications qui miroitent dans nos explications et impliquent des puissances inaccessibles à nos recherches, nous les avons écartées pour, ne voulant rien donner à l'arbitraire et à l'hypothèse, nous mettre face à face avec des réalités palpables. Sans disserter à perte de vue sur la nature cachée des causes du fonctionnement mental, nous avons envisagé ce fonctionnement lui-même dans le mode et la succession de ses manifestations, nous plaçant ainsi sur un terrain solide et accessible.

Or, ceci nous a conduit à une double constatation : d'une part, à distinguer ce qui appartient à la formation des opérations dites intellectuelles, c'est-à-dire du raisonnement, du syllogisme, de l'autre, ce qui relève des mobiles, sentiments, idées, penchants. Passant de cette démarcation à l'application morbide, nous nous sommes vite convaincu, par la nature diverse des rôles et des rapports, que chacun de ces deux grands côtés de notre existence psychique pouvait être affecté séparément, et que si, dans le premier cas, l'impuissance d'associer les éléments du raisonnement entraînait la généralité du délire, le désordre, portant, dans le second, sur un ou divers ordres de sentiments et idées, la physionomie des perturbations morales devait avoir un tout autre cachet, et que, par suite, de ce que je nommerai la conservation syllogistique, tantôt suivant la mobilité et le caprice des impressions, tantôt, d'après la ténacité des convictions fixes, d'autres fois dans le silence de l'incitation morbide, il devait y avoir fascination, entêtement dans une logique despotique, ou raison intermittemment normale.

L'observation nous avait montré le contraste des deux fonction-

On dit que ce malade a eu une congestion cérébrale légère. Je l'ai dit comme les autres; il y a quinze ans que je ne le dis plus. Pourquoi donc ai-je changé d'idée? Ce n'est certes pas par amour du paradoxe; c'est que les faits ont fait entrer forcément dans mon esprit une lumière nouvelle.

Ici M. Trousseau rapporte un certain nombre d'observations qui rentrent dans la catégorie des deux formes d'accidents cérébraux qu'il vient de décrire; puis il ajoute:

Depuis que mon attention a été éveillée sur ces phénomènes, toutes les fois que j'ai été consulté pour une personne atteinte de congestion cérébrale apoplectique, j'ai recherché avec le plus grand soin, si, de temps en temps, pendant le jour, il y avait des vertiges subits, rapides, avec les caractères que j'ai indiqués plus haut; si ces attaques de congestion n'étaient pas plutôt nocturnes que diurnes; si au début de l'accident, il n'y avait pas eu de mouvements *nerveux*, et presque toujours lorsque le mal avait frappé en présence de témoins, les convulsions pouvaient être reconnues. — Lorsque la congestion avait eu lieu, la nuit, pendant le sommeil, j'apprenais que les urines s'étaient quelquefois écoulées involontairement, que, pendant quelques jours, la langue avait été douloureuse. Le visage, le front, le col avaient été couverts de petites taches ecchymotiques, ressemblant à des piqûres de puce. J'apprenais surtout que les accidents revenaient à des intervalles assez rapprochés, ne laissant d'ailleurs aucune trace persistante. En un mot, l'épilepsie apparaissait évidente quand on la cherchait, quand on voulait la trouver.

Il n'y a pas de mois que, dans mon cabinet, je ne voie quelques malades accusés d'apoplexie, de congestions cérébrales faibles, qui sont des épileptiques.

Bien souvent le vertige comitial se révèle par des accidents, toujours attribués à la congestion cérébrale et sur lesquels les médecins qui s'occupent du traitement des aliénés, ont déjà, depuis longtemps, appelé l'attention de leurs confrères. Après l'attaque vertigineuse, il est assez commun de voir les malades délirer pendant quelques minutes; le délire peut même durer un temps *assez long*. Les annales judiciaires, les archives de la préfecture de police sont remplies de suicides et de meurtres attribués trop souvent par les médecins à ce qu'ils appellent des congestions cérébrales, tandis qu'il les faut imputer à l'épilepsie. On peut dire, presque sans crainte de se tromper, que si un homme sans aucun trouble intellectuel préalable, sans avoir jusqu'ici donné signe de folie ou de fureur, sans être empoisonné par l'alcool ou par toute autre substance qui exerce une action énergique sur le système nerveux, se suicide ou tue quelqu'un, on peut dire que cet homme est un épileptique, et qu'il a eu une grande attaque, ou bien, ce qui est plus ordinaire, un vertige comitial.

Ces actes étranges sont, je le répète, attribués, par la plupart des médecins, à des congestions cérébrales passagères, par cela même que la grande attaque est quelquefois méconnue, et que le vertige l'est presque toujours.

Il est une cause qui fait le plus souvent méconnaître l'épilepsie; c'est la répugnance qu'ont les familles à révéler, même aux médecins, cette triste maladie.

Il est, j'en conviendrai, une forme convulsive qui peut en imposer pour une congestion cérébrale. Il arrive, quoique bien rarement, que, au début d'une attaque d'épilepsie, la période tonique, c'est-à-dire celle pendant laquelle les muscles de la poitrine conservent une rigidité absolue, il arrive, dis-je, que cette période tonique dure deux, trois minutes, au lieu de durer seulement quinze à trente secondes, et les individus meurent par asphyxie, comme meurent les tétaniques, dans un paroxysme; comme meurent les animaux empoisonnés par les strychnées, ainsi que l'a si bien démontré notre collègue M. Ségalas, il y a près de quarante ans. Comme, dans ce cas, il n'y a pas eu de convulsions cloniques, celles que les gens étrangers à notre art connaissent le mieux, comme, pendant toute la durée de la convulsion tonique, le visage a été turgescent, les vaisseaux du col ont été distendus et comme noueux; comme de fait, il y a eu une énorme congestion, mais une congestion toute passive, analogue à celle que produit l'effort, on croit avoir eu affaire à une congestion active, lorsque, en fin de compte, il ne s'est agi que d'une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie.

Que nos collègues qui s'occupent le plus des maladies des femmes en couches et des enfants, recueillent leurs souvenirs, et probablement partageront-ils mon opinion.

Rappelant le mémoire lu par M. Ménière, dans la dernière séance, M. Trousseau pense, avec ce praticien distingué, que beaucoup d'accidents, mal à propos désignés sous le nom de *congestion cérébrale apoplectiforme*, ont leur siége dans les canaux demi-circulaires, que les lésions de ces organes déterminent les vertiges, les vomissements sympathiques, provoquent la résolution des membres, la perte subite de connaissance; en un mot, que beaucoup de prétendues lésions cérébrales appartiennent exclusivement à l'organe de l'audition.

Il est encore une autre maladie qui, sans cesse, est décorée du nom de congestion cérébrale, je veux parler du vertige lié à des désordres gastriques. Cette forme bizarre de névrose est caractérisée par les phénomènes suivants: Si le malade fait dans son lit un mouvement brusque, il sent aussitôt le lit tourner et l'entraîner dans son mouvement: s'il se lève et surtout si, levé, il regarde en l'air, le vertige prend des proportions plus grandes. Les objets tournant autour de lui, il chancelle, quelquefois il est impuissant à se tenir debout. En même temps, il éprouve un mal de cœur insupportable et bien souvent des vomissements. Ces accidents singuliers sont, pour les malades, appelés des coups de sang, et, disons-le, la plupart des médecins partagent cette idée. Ils saignent, ils appliquent des ventouses et des sangsues, donnent des pédiluves sinapisés, et font tout, en un mot, pour faire disparaître cette prétendue congestion, qu'ils augmentent par leur étrange médication.

---

nements. La théorie nous a consécutivement permis d'en étendre et d'en fixer le cadre, de même que l'expérience ultérieure nous paraît avoir fourni la sanction de l'observation et de la théorie.

De là découlait rationnellement la division fondamentale en aliénations générales et aliénations partielles. Dans la première catégorie, suivant qu'il y avait perversion, affaiblissement, embarras, abolition, se sont venues ranger naturellement la manie, la démence et la paralysie générale son annexe, enfin la stupidité sous ses différentes formes et degrés. Quant à la seconde, deux cas s'offraient: ou les impressions étaient mobiles, accidentelles, disparates, intermittentes, ce qui donne lieu à la folie partielle diffuse, *pseudo-monomanie*, ou les préoccupations et les impulsions étaient fixes, constantes, dominantes, et l'on avait, variables d'aspect, comme leur nature spéciale, le délire perceptif, illusions ou hallucinations, le délire moral ou affectif, le délire instinctif ou impulsif. Enfin, les sentiments pouvant isolément s'affaiblir, les idées s'effacer, nous avons admis hypothétiquement des démences partielles. Plusieurs, M. Billod entre autres, ont parlé de maladies de volonté. Ces cas tiennent inévitablement à l'inertie de quelque mobile. Le moi veut, l'instrument n'obéit pas. Est-il permis, malgré tous les désirs, de remuer un membre paralysé?

Pour mieux établir nos assertions, nous aurions voulu entrer dans des considérations plus détaillées, mais cette lecture est déjà bien longue. Qu'il nous suffise d'ajouter qu'indépendamment du contrôle réciproque des faits et de la théorie qui nous a paru fournir une condition suprême de certitude, il n'est pas de variété mentale qui ne vienne se ranger naturellement dans notre cadre. Doctrine psychologique, applications pratiques et juridiques ouvrent, d'ailleurs, un horizon tout nouveau aux solutions philosophiques, éducatrices, thérapeutiques et légales.

DELASIAUVE.

Les maladies vertigineuses dont je viens de parler sont plutôt voisines de la syncope, et par conséquent sont juste le contraire de la congestion, et, si prodigieux que cela paraisse, il est pourtant vrai que trop de médecins encore méconnaissent la tendance syncopale et la confondent avec la congestion cérébrale.

Pourtant, comme je ne veux rien exagérer, je supposerai que les deux états que je viens de décrire sont rarement méconnus par les médecins, et je supposerai que jamais ils ne sont pris pour des congestions cérébrales.

Mais il est un accident qui accompagne souvent les hémorrhagies du cerveau, et qui, pour l'universalité des médecins, est considéré comme une congestion.

Je m'explique. Lorsqu'un malade est frappé d'apoplexie, soit que l'apoplexie reconnaisse pour cause une hémorrhagie cérébrale, soit qu'elle dépende d'un ramollissement, ce qui est plus fréquent qu'on ne le dit et qu'on ne le croit, soit qu'elle résulte d'une embolie ou tout au moins d'une oblitération subite d'une des artères principales de la base du cerveau; lors, dis-je, qu'un malade est frappé d'apoplexie, il y a quelquefois une perte de connaissance subite, et l'obtusion de l'intelligence et du mouvement dure plusieurs heures, plusieurs jours, puis tout rentre dans l'ordre, à cela près d'une hémiplégie légère qui diminue lentement et finit par disparaître après quelques mois. Comme les premiers accidents ont été presque foudroyants, comme, entre la gravité de ces premiers phénomènes et les troubles ultérieurs de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement, il ne paraît pas y avoir de relation suffisante, on dit que l'hémorrhagie cérébrale a été accompagnée de congestion; que la congestion, phénomène essentiellement transitoire, a produit les accidents *apoplectiques* proprement dits; que, dissipée, elle a laissé l'hémorrhagie peu copieuse avec l'hémiplégie si peu grave, d'ailleurs, qui a succédé à ces grands accidents apoplectiques.

Je ne veux pas nier absolument cette congestion, et j'avoue même que je suis tenté de l'admettre dans une certaine mesure; mais il est un autre phénomène dont on n'a pas assez tenu compte, que je sache du moins, je veux parler de ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*. Lorsque l'encéphale subit soudainement une déchirure et une compression, il supporte cette grave lésion avec une *impatience* qui varie suivant les individus, mais qui peut être portée fort loin chez certaines personnes. J'en veux chercher un exemple dans les lésions traumatiques du cerveau. Qu'un soldat reçoive une balle dans la tête; que, dans une rixe, un individu reçoive un coup de couteau qui pénètre dans le cerveau, ils sont jetés à terre comme s'ils étaient frappés d'un coup de massue; mais, peu à peu, malgré les épanchements sanguins intra-crâniens qui sont la conséquence de la blessure, et même malgré la congestion phlegmasique inséparable de la déchirure des tissus, l'intelligence, la sensibilité, les mouvements, reviennent quelquefois avec une rapidité étrange et donnent ainsi au chirurgien inexpérimenté des espérances qui ne se réalisent malheureusement pas. Cette stupeur immédiate est ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*, et, quelque incorrecte que puisse être cette appellation à laquelle je renoncerais bien volontiers, toujours est-il que le fait existe et ne peut être contesté par personne.

Les expériences sur les animaux donnent des résultats plus positifs encore. Si l'on trépane le crâne d'un chien ou d'un lapin, et que, par une incision faite à la dure-mère, on introduise entre le crâne et la surface du cerveau une petite balle de plomb, on observe tout d'abord des phénomènes de stupeur qui se dissipent rapidement pour être remplacés par une hémiplégie proportionnée à la compression.

Dans cette expérience on ne peut invoquer la commotion cérébrale, il faut bien accepter que l'encéphale est, en quelque sorte, surpris par un accident qui se traduit par des troubles transitoires. Ne suis-je donc pas en droit de supposer que, lorsqu'il se fait un épanchement de sang subit dans le corps strié ou dans la couche optique, la stupeur immédiate, que l'on attribue d'ordinaire à la congestion simultanée, peut, en partie tout au moins, être imputée à l'*étonnement cérébral*.

Est ce à dire, messieurs, que je nie d'une manière absolue la congestion cérébrale? Non, certes. J'admets la congestion, l'hypérémie du cerveau, il faudrait être insensé pour en contester l'existence; mais je dis que ce que l'on a appelé la *congestion cérébrale apoplectiforme*, est, dans le plus grand nombre des cas, un accident épileptique ou éclamptique, quelquefois une syncope; je dis que bien souvent les simples vertiges épileptiques, que les vertiges liés à un mauvais état de l'estomac, ou à des maladies de l'oreille, sont considérés à tort comme des congestions de l'encéphale.

Que si les propositions que j'ai cherché à défendre sont vraies, on m'accordera que la thérapeutique devra moins souvent recourir aux médications révulsives et antiphlogistiques, mises sans cesse en œuvre pour combattre ces prétendues congestions cérébrales, et qu'il faudra chercher d'autres indications plus conformes à l'idée que l'on doit se former des états divers que l'on a confondus trop souvent sous la même dénomination.

M. *Bouillaud* reproche à M. Trousseau d'introduire inutilement dans le langage médical les expressions métaphoriques d'*étonnement* et d'*impatience* du cerveau, dont la première ne lui paraît se rattacher à aucune lésion déterminée, tandis que la seconde lui semble propre à consacrer une erreur. M. Bouillaud, loin de rencontrer cette impatience cérébrale dans les nombreuses expériences qu'il a faites, a été, au contraire, frappé de l'espèce d'impassibilité que le cerveau oppose, pour ainsi dire, à l'action des divers agents extérieurs. On peut, en effet, déchirer, cautériser, pincer, enlever les lobes cérébraux ou le cervelet sans que l'animal manifeste la moindre douleur.

Quant aux faits signalés par M. Trousseau et rapportés à tort aux congestions apoplectiformes, M. Bouillaud en a vu un grand nombre; il croit que la plupart se rattachent à la chloro-anémie, mais que d'autres sont réellement de nature épileptique.

Après quelques nouvelles explications échangées entre MM. Trousseau et Bouillaud, M. Trousseau déclare qu'il renonce volontiers à l'expression d'*étonnement* cérébral pour accepter *celle de stupeur* proposée par M. *Larrey*, et qui est depuis longtemps usitée en chirurgie pour caractériser l'état qui succède aux accidents traumatiques du cerveau.

M. Trousseau ajoute, d'ailleurs, qu'en employant la locution d'*impatience du cerveau*, il n'a nullement prétendu dire que le cerveau fût sensible. Les notions les plus élémentaires de physiologie suffisent pour exclure une semblable pensée.

*Élection.*

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de onze membres chargée de désigner la section dans laquelle devra être déclarée la prochaine vacance. Sont nommés : MM. *Baillarger*, *Grisolle*, *Larrey*, *Moquin-Tandon*, *Laugier*, *Denonvilliers*, *Danyau*, *Devergie*, *H. Bouley*, *Caventou*, *Guibourt*.

*Présentation.*

Tératologie. — M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Marjolin*, un jeune garçon qui offre un exemple de monstruosité fort rare. Il a trois membres inférieurs : le membre inférieur gauche est bien conformé; mais le membre inférieur droit est, en quelque sorte, bifide ou double. Le membre supplémentaire s'insère, au niveau de la hanche, à la cuisse normale et pend en dehors d'elle; il est composé des trois segments ordinaires : cuisse, jambe et pied. La jambe est complète : elle renferme un tibia et un péroné; le pied porte six orteils et le rudiment d'un septième.

Chose remarquable! La jambe du même côté appartenant au membre normal n'a point de péroné, et le pied sur lequel marche le jeune homme a la forme d'une espèce de pilon terminé par trois orteils rudimentaires.

M. *Larrey* est invité à rédiger une note sur ce cas de monstruosité.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

**Société de médecine du département de la Seine.**

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1860.

M. le docteur *Blachez* fait une lecture à l'appui de sa candidature, M. *Fauconneau-Dufresne* est nommé rapporteur.

M. de *Langhenhagen* lit un rapport sur le 1er volume des œuvres de *Sthall*, traduction de M. *Blondin*. A la suite de ce rapport, M. *Sales-Girons* fait plusieurs observations qui trouveront place dans un prochain numéro.

La Société procède au renouvellement de son bureau, qui, par la démission de M. *Bourguignon*, son vice-président, se trouve formé, ainsi qu'il suit :

Président : M. *Delasiauve*. — Vice-président : M. *Debout*. — Secrétaire général : M. *Boys de Loury*. — Secrétaires particuliers : MM. *Worms* et *Lagneau*.

---

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 21 JANVIER 1861.

Discussion sur le mémoire de M. *Worms* : De l'extirpation des kystes de l'ovaire.

Rapport de M. *Fauconneau-Dufresne* sur la thèse de concours de M. le docteur *Blachez* : De l'ictère.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 16 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

ENFANT A TROIS JAMBES. — ULCÈRE DE MOZAMBIQUE. — ENCHONDROME DU TESTICULE.

La discussion sur les atrésies vaginales n'a pas été reprise dans cette séance, ainsi que nous l'avions annoncé ; nous n'avons, d'ailleurs, aucun fait nouveau à signaler dans les argumentations qui ont été échangées, sur ce sujet, dans l'avant-dernière séance, entre MM. Verneuil et Huguier.

— M. *Marjolin* présente à la Société l'*enfant à trois jambes*, qui a été soumis hier à l'examen de l'Académie de médecine par M. Larrey.

— M. *Cullerier* lit un rapport sur un travail de M. Azéma sur l'*ulcère de Mozambique*.

— M. *Richet* présente une pièce anatomique ; c'est une *tumeur cartilagineuse du testicule* ; ces tumeurs sont rares. Dans ce cas, il y a une particularité intéressante à signaler : le malade a été opéré il y a quelque temps, et déjà il ressent des étouffements dans la poitrine, ce qui semblerait indiquer une récidive du côté des poumons, ainsi qu'on en a observé plusieurs exemples. M. Richet lui-même a vu une récidive de la même nature à la suite de l'extirpation d'un enchondrome de l'omoplate. J. R.

---

**Société médicale des hôpitaux.**

SÉANCE DU 9 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES (1).

M. *Sée*, revenant aux paralysies diphthériques, répond aux objections qui ont été adressées par M. Gubler à sa communication du 10 octobre ; si ses descriptions ont paru incomplètes à son collègue, c'est que M. Sée n'avait pas eu l'intention de refaire l'histoire complète des paralysies diphthériques et de recommencer le mémoire de M. Maingault ; il a pu laisser de côté des symptômes qui sont tout à fait exceptionnels, tels que la myopie, les hyperesthésies, les paralysies du rectum et de la vessie ; il insiste, au contraire, maintenant encore sur l'importance de la paralysie palatine, qui est constamment le phénomène initial, comme l'avait établi M. Maingault. En résumé, les paralysies diphthériques présentent un groupe défini de symptômes qui, sans être caractéristiques isolément, constituent par leur enchaînement une espèce morbide, au même titre que l'ataxie locomotrice et que le tétanos.

Quant aux circonstances étiologiques, M. Sée maintient la réalité des antécédents diphthériques, notamment dans ce fait contesté par M. Gubler et par M. Boucher (de Jossy), qui n'a vu l'enfant que le septième jour. M. Gubler a reproché à M. Sée d'avoir admis des paralysies diphthériques là où il n'y avait pas eu d'exsudation ; mais M. Gubler lui-même dit, dans son mémoire sur les paralysies, que le produit plastique ne suffit pas pour caractériser le mal, que c'est seulement la circonstance étiologique : malheureusement le poison diphthérique ne peut être jugé que par ses effets sur le malade ou sur son entourage. Comment M. Gubler peut-il méconnaître l'importance de cette enquête, même rétrospective ? Les cas de diphthérie sans angine se multiplient sous les yeux des observateurs. Outre les faits de diphthérie croupale sans angine (deux cas de M. Barthez, un de M. Millard), outre les faits de diphthérie cutanée (cas de M. Gueneau de Mussy, de M. Barthez et de M. Barascut (de l'Aveyron), des faits nouveaux de diphthérie, sans autre manifestation que de simples engorgements ganglionnaires, sont venus se joindre à ceux qu'avait observés M. Sée ; quatre cas d'engorgement périparotidien sont rapportés par M. Barascut, un autre par M. Besnard. C'est notamment dans les épidémies des petites localités que M. Barascut a pu étudier ces diphthéries sans diphthérie, que M. Gubler, moins exclusif dans ses écrits que dans son improvisation, admet lui-même dans son mémoire. Enfin, M. Sée a pu réunir en tout huit à neuf cas de paralysies *diphthéroïdes*, soit à la suite d'angines simples, soit à la suite d'autres maladies sans angine, comme le cas de pleurésie de M. Empis et comme un cas très remarquable qui se trouve en ce moment dans le service de M. Grisolle, où tous les symptômes paralytiques propres aux cas de diphthérie se sont montrés avec leur enchaînement régulier dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Ainsi cette forme morbide décrite par M. Maingault, par M. Trousseau, par M. Sée et par les auteurs qui l'ont étudiée dans la diphthérie, peut se retrouver à la suite d'autres maladies. Faut-il en conclure, comme M. Gubler, que ce ne sont que de simples paralysies de convalescence ? Non ; car, en dehors des considérations que M. Sée a développées sur l'influence de la convalescence, les faits étudiés par M. Gubler sont très disparates et ne présentent pas ce type régulier et caractéristique des paralysies diphthériques.

Ces dernières paralysies diffèrent aussi complètement des *paralysies atrophiques* des enfants, et leurs différences sont ainsi résumées par M. Duchenne (de Boulogne) dans son ouvrage encore inédit. Dans les paralysies atrophiques, on n'observe pas de paralysie du voile du palais ; les accidents sont tout d'abord des paralysies du mouvement, au lieu des anesthésies qui se montrent au début de la forme diphthérique. Dans celle-ci, les accidents marchent régulièrement de bas en haut ; ils sont disséminés avec irrégularité dans les paralysies atrophiques ; enfin, la contractilité électrique, ordinairement abolie dans ces dernières, est ordinairement conservée dans la diphthérie.

Après avoir écarté la doctrine humorale, l'inanition, les intoxications, que reste-t-il donc pour expliquer les paralysies diphthériques ? S'en rend-on mieux compte en scindant, comme M. Gubler, ce groupe naturel en paralysies locales, paralysies réflexes et paralysies diffuses ? Mais les lésions locales des nerfs palatins invoqués par M. Gubler ne sont qu'une hypothèse que personne n'a vérifiée ; les actions réflexes sont également hypothétiques, car M. Sée n'a jamais vu signaler de sympathies entre la gorge et l'œil ; le nom de paralysies diffuses n'est qu'un mot qui n'explique rien.

M. Sée ne trouve plus que deux théories possibles : admettre

(1) Dans notre dernier compte rendu, n° 2, p. 25, colonne 2, ligne 35, au lieu de : « par des sels de potasse et très peu de phosphates », lisez : « par très peu de sels de potasse et de phosphates. » — Page 20, colonne 1, ligne 10 : « ne peut durer », lisez : « peut ne durer. » — Page 26, colonne 2, ligne 10 : « oblitérations », lisez ; « altérations. »

des lésions matérielles de la moelle des os ou des actions réflexes d'une nature particulière.

L'étude histologique de la moelle a révélé dans ces dernières années aux micrographes des lésions jusqu'alors inaperçues, qui peuvent rendre compte d'un certain nombre de paralysies dites essentielles.

Valentin, il y a déjà dix-sept ans, puis Nasse (de Bonn), ont observé les effets des résections des nerfs, et ils ont été suivis dans cette étude par MM. Cl. Bernard, Vulpian et Philippeaux, en France.

Lorsqu'on a pratiqué la section d'un nerf, on observe, au bout de quelques jours, une dégénérescence spéciale de ses éléments, commençant par une segmentation de la moelle du nerf et de la gaîne médullaire, qui passe ensuite à l'état graisseux, tandis que le névrilemme, le *cylinder axis* et les cellules nerveuses restent intacts. Cette dégénérescence s'achève en un temps qui varie de douze jours à plusieurs mois. Puis, comme l'a vu M. Vulpian, les nerfs se régénèrent en commençant par la moelle, qui remplit les tubes, et bientôt apparaissent des tubes nouveaux, ordinairement plus petits, en même temps que se rétablissent les fonctions.

De ces faits physiologiques, M. le professeur Türck (de Vienne) a tiré des déductions très importantes qui ont fait l'objet de deux communications à l'Académie des sciences de Vienne (1850-1853). De même qu'un nerf subit une dégénérescence spéciale à la suite d'une section, de même les cordons de la moelle épinière ou allongée subissent une dégénérescence analogue à la suite des hémorrhagies et des ramollissements du cerveau. La dégénérescence des cordons de la moelle suit un trajet anatomique régulier, trajet centrifuge pour les cordons antérieurs, et centripète pour les cordons postérieurs; la marche est variable pour les cordons latéraux; de plus, la lésion siége constamment du côté opposé à la paralysie. A la suite de la dégénérescence graisseuse, se manifeste quelquefois une production de tissu connectif entre les tubes qui se détruisent plus ou moins complétement.

Mais, à côté de ces altérations consécutives aux foyers pathologiques, d'autres histologues ont signalé des altérations primitives de la moelle qui devenaient le point de départ de troubles nerveux divers et de paraplégies. La dégénérescence suit alors une marche irrégulière, affectant tantôt un cordon, tantôt l'autre; mais, ce qui est capital, c'est que c'est la seule lésion que révèle l'examen des organes. Presque toujours cette dégénérescence s'est accompagnée de paraplégie; mais d'autres histologues l'ont signalée dans d'autres maladies, telles que le tétanos. Dans la forme anesthésique de la lèpre de Norvége, la lésion siége principalement sur les racines des nerfs sensitifs. Aussi désormais, avant de se prononcer sur l'essentialité d'une paralysie, devra-t-on rechercher s'il n'y a pas quelque infiltration nouvelle de tissu connectif, dont on retrouve du reste des traces à l'état normal dans la moelle.

Les paralysies diphthériques rentrent-elles dans cette catégorie de faits? C'est ce qu'on ne peut encore affirmer. Peut-on les attribuer à des actions réflexes? Les définitions des paralysies réflexes ont varié singulièrement. Généralement, depuis les travaux de Romberg (de Berlin), on comprend sous ce nom les paralysies qui se manifestent sous l'influence d'un viscère privé de sa sensibilité normale. Par suite de l'anesthésie du rein, de l'intestin, ou de l'utérus, les mouvements que ces organes peuvent provoquer dans les membres par leur excitabilité naturelle, se trouvent perdus; de là, des paraplégies plus ou moins complètes, sous l'influence d'une affection des organes digestifs ou génito-urinaires. C'est ainsi que la question semble avoir été comprise par M. Leroy (d'Étioles), dans son intéressant travail sur les paralysies. Il cite, entre autres, à la suite de maladies des voies urinaires, quarante et une observations de paralysies des membres inférieurs, paralysies presque toujours incomplètes, avec conservation de la sensibilité dans la moitié des cas, constipation et altération constante de l'urine. Mais on peut se demander, si, dans un certain nombre de ces cas, il ne s'agit pas, comme l'a objecté M. Broca, de myélites avec altérations consécutives de l'urine. D'autres observations ont été citées relativement à l'influence de l'utérus (16 cas rapportés dans les thèses de M. Esnault et de M. Vallin). De ces cas, il faut retrancher un grand nombre qui appartiennent évidemment à la paralysie hystérique, mais il reste quelques cas incontestables de paraplégies incomplètes d'origine utérine. Tout ce qu'on a dit de l'influence du tube digestif et de la dentition est infiniment plus douteux.

M. Brown-Séquard comprend, sous le nom de paralysies sympathiques ou médiates, celles qui se produisent par l'action excitante qu'une lésion du cerveau et de la moelle peut produire par irradiation sur les fibres du voisinage. Un grand nombre de paralysies restées inexpliquées trouvent leur raison d'être dans ce mode d'excitation.

Une troisième définition des paralysies qu'il faut appeler réflexes peut être formulée ainsi : par suite d'une lésion dynamique ou organique, il se produit une anesthésie, laquelle ne permet plus aux nerfs moteurs correspondants de produire leur action habituelle. Il semble, d'après l'étude des phénomènes de la paralysie diphthérique, telle que l'a donnée M. Sée, que la lésion doive avoir son siége dans la protubérance où aboutissent les nerfs de la sensibilité du voile du palais et des membres, et d'où partent le nerf facial, les nerfs moteurs de l'œil, le pneumogastrique et les cordons antérieurs et latéraux de la moelle. La sensibilité se trouvant éteinte, la motilité ne se perdait qu'après coup, par suite de l'absence d'impressions résultant de l'anesthésie des nerfs glosso-pharyngiens, trijumeaux, et des nerfs sensitifs des membres. On voit que M. Sée n'accepte, en aucune façon, l'altération du tissu musculaire du voile du palais, ni une compression des nerfs naso-palatins ou vidiens, dans les canaux palatins; il n'y aurait donc pas de paralysies locales primitives, et encore moins une action sympathique du voile du palais sur les nerfs de l'œil, tout se passe dans l'organe central, c'est-à-dire dans la protubérance, et c'est là qu'il faudrait chercher désormais les lésions du genre de celles qui ont été décrites plus haut avant d'affirmer que ce soit une véritable névrose.

M. Sée tire de ce long travail les conclusions suivantes :

1° Il faut éliminer du nombre des paralysies essentielles les altérations des muscles, et, d'autre part, les paralysies ischémiques ou par oblitération des artères de la moelle ou des membres.

2° Les paralysies essentielles du mouvement sont infiniment plus rares à la suite des fièvres et des phlegmasies que les troubles de la sensibilité ou de l'intelligence. Très douteuses à la suite des fièvres éruptives et intermittentes, elles s'observent quelquefois après la dysenterie, le choléra et le typhus; mais le plus souvent, dans ces cas, il s'agit de cette forme spéciale qu'on a désignée sous le nom de *paralysies atrophiques*.

3° La cause de ces paralysies est difficile à trouver dans les altérations humorales, dans l'inanition, dans les diarrhées, dans l'albuminurie, et même dans les modifications, soit proportionnelles, soit spécifiques, des éléments du sang. On les a rattachées souvent à l'épuisement nerveux, mais ne tiendraient-elles pas aux lésions histologiques de la moelle qui viennent d'être signalées?

4° La paralysie diphthérique ou diphthéroïde diffère complétement des autres formes de paralysies ; elle s'observe dans la plupart des cas de diphthérie, quelquefois à la suite des angines simples, et tout à fait exceptionnellement à la suite des fièvres. Sa forme est, pour ainsi dire, invariable, et constitue une véritable espèce morbide. Son mode de production n'est point dans une altération humorale, mais dans une lésion dynamique ou histologique de la protubérance, qui se traduit par une anesthésie et par une paralysie motrice réflexe.

M. *Bouchut* prend la parole à la fin de la séance, non pour contredire les autres observateurs, mais pour exposer le résultat de ses recherches personnelles sur les corrélations qui existent entre les névroses en général et toutes les maladies aiguës. Son opinion, qu'il a déjà eu l'occasion d'exprimer dans une monographie antérieure, et dans le cours de pathologie générale professé par lui à la Faculté de médecine, avait été déjà formulée par Tissot dans son travail sur *les maladies des nerfs*, à savoir, que toutes les affections, soit aiguës, soit putrides, soit malignes, peuvent amener de ces maladies, et par maladies des nerfs il faut entendre, comme Tissot, non-seulement des paralysies, mais encore des convulsions, des contractures, des spasmes et des vésanies. Si la diphthérie en pro-

duit beaucoup, il faut éviter cependant de faire autant d'espèces morbides qu'il y a de causes pathologiques; les divisions nouvelles créées pour les paralysies devraient être établies pour les convulsions, les contractures, etc., et il importe d'éviter ce morcellement de la pathologie, et de rester dans les idées générales. M. Bouchut a vu beaucoup de paralysies diphthériques, mais il en a vu aussi dans la fièvre typhoïde, la variole, la dysenterie, la pneumonie et l'érysipèle, et notamment, pour cette dernière, une anesthésie sur tout le trajet du nerf cubital chez un interne des hôpitaux, qu'il guérit par l'application d'un fer doux et des bains locaux de limaille de fer.

Parmi les autres classes de névroses, les convulsions se rencontrent de même à la suite de la rougeole, de la pneumonie; les contractures à la suite du choléra; les névralgies à la suite d'un très grand nombre d'affections aiguës; l'épilepsie, l'hystérie, la folie même peuvent aussi succéder aux maladies aiguës. Ce que M. Gubler a dit des paralysies, il aurait pu le dire aussi des autres névroses. Les paralysies diphthériques peuvent-elles être attribuées à un poison morbide, indémontrable d'ailleurs par l'inoculation? La variole, la rougeole, la scarlatine présenteraient cette cause toxique à un degré bien plus évident. La marche des accidents paralytiques n'a rien non plus qui accuse un poison spécial; on la retrouve dans des paralysies dues à d'autres causes. Aussi M. Bouchut repousse l'idée d'un poison; il ne voit là qu'une cause générale, et la meilleure preuve en serait la facilité avec laquelle ces paralysies guérissent sous l'influence d'un traitement tonique général.

Dr E. ISAMBERT,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres,** par M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne).

Depuis 1852, M. Duchenne a eu l'occasion d'observer treize fois cette affection, qui n'avait pas été décrite jusque-là comme espèce morbide distincte, et qui cependant se présente avec une grande constance dans ses manifestations symptomatologiques et dans sa marche. En voici, d'après le travail de M. Duchenne, un résumé succinct :

Parmi les symptômes, le premier à se produire et le plus important, parce qu'il menace la vie en empêchant l'alimentation, c'est la paralysie de la langue. Cette paralysie occasionne des troubles caractéristiques de la prononciation des consonnes, en empêchant la pointe de la langue de s'appliquer derrière l'arcade dentaire supérieure, et la force de s'appuyer contre la voûte palatine; les linguales seules sont prononcées normalement, tandis que les palatines et les dentales sont articulées comme *ch*, et finissent par ne plus être prononcées du tout. En même temps la déglutition éprouve une gêne progressive et devient enfin tout à fait impossible, en même temps que la bouche se remplit d'une salive abondante et visqueuse.

La paralysie des muscles moteurs du voile du palais se joint à celle des muscles de la langue pour rendre la déglutition difficile, en permettant le passage des aliments dans les fosses nasales, et pour troubler la phonation. L'articulation des labiales s'en trouve altérée : le *p* et le *b* sont alors articulés comme *me*, *fe* ou *ve*.

L'orbiculaire et quelques autres muscles moteurs des lèvres (houppe du menton, carré, triangulaire) se paralysent ensuite progressivement. Les malades éprouvent d'abord quelque difficulté à prononcer distinctement les voyelles *o*, *u*, et bientôt ils ne peuvent plus contracter l'orbiculaire des lèvres, comme lorsque l'on veut siffler ou donner un baiser. Alors aussi ils ont de la difficulté à maintenir leurs lèvres assez rapprochées l'une de l'autre pour que l'articulation des labiales se fasse distinctement, et finalement elle devient complétement impossible. Les autres muscles de la face restant toujours intacts, il résulte de la contraction prédominante des muscles moteurs des commissures que la ligne qui sépare les lèvres, quand elles sont rapprochées, s'agrandit transversalement, et que les lignes naso-labiales se creusent et s'arrondissent, ce qui donne à la physionomie un air pleureur.

Ainsi la paralysie se localise dans les muscles qui président aux mêmes fonctions : l'articulation des mots et la déglutition. Quand la maladie est arrivée à son entier développement, le sujet n'émet plus que des sons inarticulés, et quand il veut avaler, les liquides repassent par ses lèvres et par ses narines.

Des troubles de la respiration s'ajoutent fréquemment aux symptômes précédents : ce sont des étouffements qui reviennent par accès, et d'autant plus fréquemment que la maladie approche davantage de sa fin. Souvent provoqués par les mouvements, ils ne tiennent à aucun trouble dans la mécanique de la respiration; il n'existe alors ni paralysie, ni contracture du diaphragme. Ces étouffements sont quelquefois suivis de syncopes qui s'aggravent dans la période ultime, et peuvent faire périr le malade.

La paralysie progressive de la langue, du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres est apyrétique; la fièvre survient seulement dans la période ultime. Les fonctions digestives ne s'exercent que trop bien, et comme les malades conservent et l'appétit et la sensibilité gustative, ils subissent un véritable supplice de Tantale. Ils s'affaiblissent graduellement, depuis le moment où ils ne peuvent plus avaler des aliments solides, et finissent par mourir d'inanition ou dans une syncope.

Généralement, les muscles de la langue sont les premiers affectés; quelques mois plus tard les muscles moteurs du voile du palais sont atteints à leur tour, et après ces derniers l'orbiculaire des lèvres. Enfin, dans une dernière période, surviennent des accès de suffocation et des syncopes. Dans un seul cas, la paralysie du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres a précédé la paralysie de la langue.

La marche de cette maladie est toujours chronique; M. Duchenne ne l'a pas vue durer moins d'une année, ni plus de trois ans. Dans aucun des faits qu'il a recueillis, elle n'a rétrogradé dans sa marche, et elle n'est pas même restée stationnaire, quelles qu'aient été les médications employées.

Le diagnostic n'est difficile que dans la première période. M. Duchenne signale, parmi les maladies qui pourraient en imposer dans cette période, la pharyngite générale et la stomatite simple, suffisamment caractérisées par leurs caractères anatomiques, et la paralysie simple du voile du palais, qui ne donne pas lieu aux mêmes troubles de la phonation que la maladie dont il s'agit, et s'en distingue d'ailleurs par l'absence de la paralysie de la langue et de l'orbiculaire.

Quant à l'atrophie de la langue dans l'atrophie musculaire progressive, elle se distingue facilement de cette maladie *au début*, parce qu'elle est alors une atrophie sans paralysie, tandis que celle-ci est une paralysie sans atrophie. En effet, sur 159 cas d'atrophie musculaire graisseuse progressive qu'il a observés, M. Duchenne n'a pas vu une seule fois la langue atteinte par l'atrophie au début ou dans la première période de cette affection. Il peut arriver, et M. Duchenne en a vu un exemple, que les deux affections se compliquent fortuitement. C'est également ainsi que, de l'avis de M. Duchenne, il faut interpréter le fait publié dans ce journal par M. Duménil (voyez *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 350), dans lequel une atrophie musculaire progressive limitée au membre supérieur était associée à une paralysie progressive de la langue, du pharynx et des lèvres. Il s'agit là de deux affections essentiellement distinctes dans leurs manifestations (1). Ajoutons enfin que, dans la dernière, les muscles conservent leur contractilité élective.

Les questions relatives à l'étiologie, à la nature et au siége de cette maladie, ne peuvent être que soulevées, mais non résolues aujourd'hui. M. Duchenne n'a jamais pu faire d'autopsie. Le traitement enfin reste également à trouver; jusque-là tout a échoué, et la faradisation seule a procuré une amélioration transitoire à

(1) Voir une lettre de M. Duménil sur ce sujet, p. 38.

quelques malades. (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1860.)

**Corps étranger dans la bronche droite; trachéotomie; extraction du corps étranger; guérison;** par M. JOHN M. ADLER.

Cette observation est remarquable par la profondeur à laquelle le corps étranger avait pénétré, par quelques circonstances du diagnostic et par les difficultés de l'extraction.

Chez un enfant de sept ans, un bout de tuyau de pipe avait passé de la bouche dans le larynx. Après l'emploi de l'émétique et de divers autres moyens, on crut que le corps étranger avait été expulsé des voies respiratoires et avalé. Six jours après l'accident, la toux et la dyspnée continuant, M. Adler fut appelé. Les résultats de l'auscultation étaient remarquables. *Absence presque complète de bruit respiratoire dans le poumon droit;* on y entendait seulement par intervalles un sifflement rauque, analogue à celui qu'on produirait en soufflant dans un tuyau de pipe. Le décubitus sur le côté *gauche* amenait une aggravation de l'étouffement et *une interruption du bruit respiratoire dans l'arbre bronchique de ce côté;* si alors le sujet se couchait sur le côté droit, la dyspnée diminuait et *l'air pénétrait tout à fait librement dans le poumon gauche.* Ces signes stéthoscopiques donnèrent à penser que le corps étranger siégeait dans la grosse bronche droite, et, peut-être, que, placée au-dessus de l'éperon, il interceptait dans certaines positions le passage de l'air. Le lendemain, la trachéotomie ayant été pratiquée, et quatre anneaux de la trachée incisés, on pénétra jusque dans la bronche droite avec une pince œsophagienne (*Gullet forceps*). L'extrémité de l'instrument vint heurter le tuyau de pipe qui aussitôt glissa dans la bronche gauche. Tous les efforts d'extraction échouèrent. On ne fut pas plus heureux avec divers autres instruments, et l'on se décida à s'en fier à la suppuration du soin d'expulser le corps étranger. Mais le lendemain, les accidents s'étant aggravés, on fit avec un fil métallique recourbé en crochet des tentatives qui réussirent.

Comme nous l'avons dit, l'enfant guérit parfaitement.

On voit que, sous le rapport des éléments de diagnostic, ce fait présente un intérêt réel. Les signes stéthoscopiques notés par Dupuytren (*Journal hebdom.*, t. VII) et par Namera (Dublin, *Hosp. Reports*, vol. V), se rapportent plutôt au bruit occasionné par la rencontre de l'air avec le corps étranger, qu'aux changements que ce corps peut amener dans l'ensemble des bruits respiratoires. Néanmoins dans l'observation de M. Boutellier, rapportée par M. Vidal (5ᵉ édition, t. III, p. 744), l'auscultation de tout le thorax fut pratiquée avec soin, et l'on constata aussi des signes stéthoscopiques qui firent penser que le corps étranger se logeait alternativement dans la bronche droite et dans la bronche gauche. (*The North-American medico-chirurgical Review*, novembre 1860.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes du charbon externe chez l'homme,** par J. BOURGEOIS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux de la même ville, médecin en chef de l'hôpital, et médecin des épidémies de l'arrondissement d'Étampes, etc. Un vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière et fils. Paris, 1861.

**Observations de deux cas de pustule maligne, suivies de quelques considérations sur cette affection,** par le docteur GAUJOT, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Blidah, ancien interne des hôpitaux civils de Paris. Brochure de 61 pages; chez Victor Rozier. Paris, 1860.

M. Bourgeois (d'Étampes) vient enfin de réaliser les espérances qu'avaient dès longtemps fait naître ses travaux antérieurs, en nous donnant aujourd'hui une monographie complète du charbon externe; nul plus que lui n'était autorisé à publier un pareil travail; car s'il est vrai de dire qu'aucun médecin n'a observé aussi fréquemment cette redoutable maladie, il est juste aussi d'ajouter qu'aucun ne l'a observée avec plus de sagacité, plus de soin, nous dirions volontiers plus de sollicitude. Aussi, lorsque l'auteur fit paraître, dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, ses premières recherches, basées déjà sur près de trois cents cas, il pouvait, sans être taxé de témérité, émettre sur plusieurs points de la question des idées entièrement nouvelles (*Mémoire sur la pustule maligne, spécialement sur celle qu'on observe dans la Beauce; Archives générales de médecine*, 1843). Sorties victorieuses de l'épreuve redoutable du temps, elles sont, pour la plupart, généralement adoptées; et après un intervalle de dix-sept années, M. Bourgeois a pu, chose bien rare, se laisser guider sans crainte dans son œuvre nouvelle par ces mêmes principes, à l'exposition desquels il avait consacré son mémoire de 1843.

Bien plus complet à tous les points de vue, l'ouvrage actuel peut être considéré comme le résumé de la longue pratique du médecin d'Étampes. Il est divisé en deux parties : la première, entièrement descriptive et clinique, renferme la description générale de la pustule maligne, l'analyse de sa symptomatologie, l'étude des divers accidents réactionnaires qui lui sont propres, l'examen spécial du mal suivant chaque région, l'histoire de l'œdème charbonneux, et enfin l'exposition des désordres anatomiques observés après la mort. Rejetant la division tout artificielle servilement admise depuis Énaux et Chaussier (*Méthode de traiter les morsures des animaux enragés et de la vipère, suivie d'un précis de la pustule maligne;* 1785, in-12), M. Bourgeois n'admet dans l'évolution de la pustule maligne que deux périodes : la première, caractérisée par les phénomènes locaux seuls, a une durée moyenne de quarante-huit à soixante heures; la seconde commence à l'apparition des accidents généraux, et la terminaison funeste arrive le plus souvent du cinquième au huitième jour à partir du début de la maladie. Cette interprétation nous semble en tous points préférable aux quatre fameuses périodes d'Énaux et de Chaussier, dont les trois premières coexistent le plus souvent; elle a déjà été adoptée par M. Raimbert dans son TRAITÉ DES MALADIES CHARBONNEUSES, dont nous avons rendu compte ici même (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 7), et nous sommes convaincu qu'elle prendra définitivement place dans la science. — La gravité des phénomènes auxquels donne lieu la pustule maligne, la rapidité souvent terrifiante avec laquelle marchent les accidents généraux, l'impérieuse nécessité d'un traitement précoce et puissant, tout exige ici un diagnostic rapide et certain : la vie du malade est à ce prix. Or, les éléments de ce diagnostic ne peuvent être cherchés que dans la connaissance exacte et parfaite des manifestations extérieures de la maladie; il n'est pas un de leurs caractères qui n'ait son importance; il n'en est pas un qui ne doive, pour ainsi dire, être sans cesse présent à l'esprit du médecin; toutes les variétés qu'elles peuvent présenter dans leur aspect, toutes les irrégularités qu'elles peuvent offrir dans leur marche, doivent être également connues, car, on peut le dire, quiconque ne reconnaît pas ou reconnaît trop tard une pustule maligne commet un véritable homicide par imprudence. M. Bourgeois l'a bien compris, et il s'est attaché à retracer fidèlement dans ses descriptions toutes ces particularités importantes; il ne s'est pas contenté d'ailleurs de nous donner un tableau général de la maladie, trop de points intéressants auraient pu rester dans l'ombre; mais, reprenant, pour ainsi dire, son travail en sous-œuvre, il a fait de chaque symptôme une étude approfondie; c'est ainsi que la tache, la vésicule, le tubercule, l'eschare, le cercle vésiculaire ont été l'objet d'autant d'articles spéciaux. On ne saurait craindre, sur un pareil sujet, d'être accusé de subtilité ou de minutie, et nous félicitons hautement l'auteur de la marche qu'il a suivie; seule, elle lui permettait d'être à la fois intéressant et complet, et d'exposer d'une manière plus frappante, partant plus utile, les nombreux détails qu'il avait à consigner.

Nous voudrions mettre sous les yeux de nos lecteurs ces descriptions remarquables, ou du moins leur en donner une idée satisfaisante; malheureusement toute analyse est impossible ici, et

nous ne pouvons que les renvoyer avec confiance à l'ouvrage même de M. Bourgeois ; nous ajouterons seulement, et quel plus bel éloge pouvons-nous adresser à l'auteur, que ces descriptions présentent une netteté et une précision telles, qu'elles peuvent suffire pour donner une idée exacte de la maladie à ceux-là mêmes qui ne l'ont jamais observée. Il est, en outre, quelques points qu'un sentiment de justice nous porte à signaler plus particulièrement, parce qu'ils appartiennent en propre au médecin d'Étampes.

On a cru jusqu'ici que la pustule maligne ne peut débuter que par une tache suivie d'une vésicule ; mais il résulte des observations de M. Bourgeois que le premier phénomène morbide peut être un *bouton solide* plus ou moins volumineux, de forme papuleuse ou tuberculeuse, et qui ne va guère au delà du volume de la moitié d'un petit pois. On pourrait penser d'abord que ce bouton a été entrevu par Chambron (*Traité de l'anthrax*, Paris, 1781), et qu'il constituait le caractère particulier de sa *pustule éminente;* toutefois, le peu d'élévation de ce tubercule et la rareté de ce mode de début rendent cette hypothèse peu vraisemblable. Dans bon nombre de cas, l'eschare ne répond point aux descriptions dites classiques ; elle est peu étendue, soit en profondeur, soit en surface : « à son début, elle n'occupe guère que la surface du derme ; elle l'envahit de plus en plus à mesure que le mal s'éloigne de son origine, et peut occuper toute l'épaisseur de la peau ; mais il est assez rare qu'elle gagne le tissu cellulaire sous-cutané, à moins que ce ne soit dans ses couches superficielles ; elle est plus mince sur ses bords que dans son milieu. Quant à sa largeur, il est exceptionnel qu'elle dépasse 2 centimètres ; elle peut même n'avoir que 1 ou 2 millimètres, si ce n'est dans les points où la peau est très mince, et se mortifie facilement, comme aux paupières. » Telle est l'eschare spontanée *primitive* de la pustule maligne ; dans certains cas exceptionnels, par suite de la formation d'une quantité innombrable de boutons et de vésicules, on voit les téguments se mortifier. Mais ces eschares spontanées *secondaires* sont molles, à bords déchiquetés et bien différentes de la première. Quant à ces mortifications effroyables portant à la fois sur la peau et sur les tissus sous-cutanés, dans la description desquelles bien des auteurs ont semblé se complaire, M. Bourgeois ne les regarde point comme appartenant à la pustule maligne ; il voit en elles les résultats d'érysipèles ou de phlegmons gangréneux consécutifs. Dans quelques cas enfin, et ce n'est pas là le moins important, l'eschare peut être très tardive ou manquer même complétement. Le médecin d'Étampes a décrit bien plus nettement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le gonflement de la région affectée ; il a montré qu'il faut distinguer avec soin la tumeur circonscrite qui porte le bouton malin, de la tuméfaction bien plus prononcée qui ne se développe que consécutivement. Il a donné à la première le nom de tumeur charbonneuse, et lui assigne les caractères suivants : « A une époque du mal charbonneux qui varie entre un et trois à quatre jours, à partir de sa naissance, la portion de la peau où s'est développée la pustule et les chairs sous-jacentes se tuméfient, se durcissent, soulevant cette dernière, surtout par son pourtour, l'eschare étant plus ou moins déprimée, parce que les tissus qui la forment sont mortifiés et ne peuvent plus se distendre. Cette tuméfaction consistante, solide, peu ou point douloureuse, s'enfonce d'autant plus profondément que les parties molles sont plus abondantes ; elle élève son niveau un peu au-dessus des téguments environnants. » La tuméfaction proprement dite diffère de la tumeur charbonneuse par sa mollesse et sa diffusion ; elle ne présente point cette crépitation emphysémateuse que les auteurs persistent à lui attribuer ; M. Bourgeois n'a constaté ce signe qu'à la suite d'un érysipèle ou d'un phlegmon diffus.

Les accidents généraux ont été étudiés et décrits avec le même soin, et l'auteur a très heureusement fait la part des phénomènes d'intoxication proprement dite et des phénomènes de réaction dont l'apparition est toujours d'un heureux augure. Cette distinction lui a permis de signaler une erreur presque généralement admise ; tous les auteurs indiquent parmi les phénomènes généraux un délire sombre et tranquille survenant vers la fin de la maladie ; eh bien ! ce fait est très rare : la mort a lieu au milieu de la connaissance la plus parfaite ; le délire n'est le plus ordinairement qu'un signe de réaction. M. Bourgeois a, en outre, signalé le premier la ressemblance que présente la période ultime de l'empoisonnement charbonneux avec l'état algide des cholériques lorsqu'ils sont près de succomber.

L'œdème malin constitue la seconde variété de charbon externe. Notre auteur, qui l'a décrit le premier en 1843, lui avait d'abord donné le nom d'œdème malin des paupières ; mais des observations postérieures lui ont démontré qu'il peut se développer sur d'autres régions. Les différences qui séparent cette forme de charbon de la forme commune (*pustule maligne*) ne sont tranchées qu'au début et consistent surtout en l'absence de la vésicule et de l'eschare primitives ; il n'existe d'abord qu'une tuméfaction œdémateuse pâle, jaunâtre ou grisâtre, qui est de plus demi-transparente aux paupières. Les symptômes généraux sont les mêmes dans les deux cas ; toutefois, ils sont plus rapides et plus redoutables dans l'œdème malin.

Après une étude si complète de la maladie en elle-même, M. Bourgeois s'est efforcé d'en établir nettement le diagnostic, et nous ne saurions recommander trop vivement la lecture de ce chapitre, dont toutes les parties sont d'une haute utilité pratique.

Nous serions heureux de pouvoir conclure de là que la symptomatologie de la pustule maligne est définitivement fixée, qu'elle ne peut présenter dans sa marche aucune modification nouvelle ; nous serions heureux surtout de penser que tous les médecins, nous parlons de ceux qui sont à même d'observer la maladie, sont pleinement d'accord au moins sur les points principaux, c'est-à-dire sur les caractères extérieurs. Malheureusement il n'en est point ainsi ; des dissidences nombreuses existent encore, et nous croyons utile d'en signaler quelques-unes. Comme nous l'avons vu, M. Bourgeois regarde comme constante l'existence de ce qu'il a appelé *tumeur charbonneuse*, et il la décrit avec précision pour en faciliter le diagnostic avec l'anthrax ; MM. Salmon et Manoury, au contraire, en nient à la fois et l'existence et la signification : « C'est l'absence de ce noyau à la base de la pustule qui, chez nous, sert à différencier cette maladie de l'anthrax et du furoncle ; et, au lieu de discuter sur la question de savoir si le furoncle peut ou non quelquefois être surmonté d'une vésicule, nous argumentons sur ce point ; le bouton douteux repose-t-il, oui ou non, sur un noyau profond d'induration ? » (*Mémoire sur l'inoculation de la pustule maligne ; Gazette médicale*, 1857.) M. Bourgeois n'a pas vu la crépitation emphysémateuse, sauf dans les gangrènes secondaires ; elle a été nettement signalée par Énaux et Chaussier, et M. Gaujot l'a constatée à plusieurs reprises chez le sujet de sa première observation ; du reste, nous devons le dire, ce dernier auteur a fait suivre la relation de ses deux faits de réflexions pleines d'intérêt à plus d'un titre, et il s'est tout particulièrement attaché à faire ressortir ces points encore litigieux. Nous croyons qu'il a très sagement fait d'en agir ainsi ; mieux vaut, en effet, convenir des difficultés et les proclamer hautement que de se reposer sur une certitude illusoire qui serait ici fort dangereuse, puisque la vie des malades est immédiatement en question. Aussi ne laisserons-nous pas ignorer que M. Gaujot a démontré jusqu'à l'évidence, et cela par la comparaison des descriptions les plus estimées, que l'on n'est pas mieux fixé sur bon nombre d'autres points : la couleur des parties tuméfiées, l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, la profondeur et l'étendue des eschares forment tout autant de sujets de controverse.

Les dissidences sont bien autrement profondes sur les questions théoriques. M. Bourgeois n'admet, au point de vue étiologique, qu'une seule espèce de pustule maligne dont « la cause prochaine, *constante*, consiste dans l'application sur l'enveloppe cutanée, *le plus souvent recouverte de son épiderme, quelquefois mais rarement excoriée*, et aussi sur l'origine des membranes muqueuses de liquides, de chairs, de débris quelconques, provenant d'animaux atteints *habituellement* de maladies charbonneuses. » Mais M. Gaujot fait remarquer, avec raison, ce nous semble, que d'un principe morbide unique ne peuvent résulter deux maladies différentes, mais tout au plus deux variétés dans la forme de la manifestation morbide ; que la pustule maligne et le charbon dit consécutif ne sont, en réalité, que deux formes de l'affection charbonneuse, résultant

d'une seule et même cause, et qu'il faut reconnaître, en conséquence, à la pustule maligne deux modes de développement : l'un par contagion directe; l'autre par contagion indirecte ou infection à la suite de l'absorption des émanations charbonneuses par les surfaces pulmonaire et cutanée. Ces conclusions sont entièrement conformes à la doctrine de M. Manoury (*loc. cit.*), qui regarde les deux variétés de charbon comme de simples modifications de la même maladie, et leur conserve à toutes deux la dénomination de pustule maligne qu'il divise en deux espèces : l'une primitive, lorsqu'elle résulte de la contagion directe; l'autre consécutive à l'altération du sang par infection ou contagion indirecte. Voilà donc réunis, par des auteurs fort recommandables, deux ordres de faits que le médecin d'Étampes s'est efforcé de séparer.

Le même désaccord subsiste sur une question plus importante encore peut-être ; nous voulons parler du développement spontané de la pustule maligne. M. Bourgeois en nie la possibilité de la façon la plus formelle, mais il nous semble bien isolé dans sa manière de voir, et, d'ailleurs, aucune négation, quel qu'en soit l'auteur, ne peut tenir en face d'un fait bien observé, fût-il unique, et nous n'en sommes plus là. Nous pouvons passer condamnation sur les pustules malignes spontanées observées, dans les Basses-Pyrénées, par Bayle (*Dissert. inaug.*, Paris, 1802), et cependant les dénégations de Boyer sont dans l'espèce sans valeur aucune; nous pouvons admettre, à la rigueur, que Van Swygenhoven a décrit, sous le nom de pustule maligne ordinaire, de simples pustules d'ecthyma ; mais les deux observations de M. Gaujot sont très probantes sous ce rapport; non-seulement les deux hommes qui en font l'objet n'avaient été soumis à aucun contact suspect, non-seulement ils n'avaient été piqués par aucun insecte, mais l'état sanitaire de Blidah et de ses environs était alors très satisfaisant, de sorte qu'on ne peut vraiment pas s'arrêter à l'idée de l'existence d'un foyer d'infection, d'autant moins que les symptômes locaux ont évidemment précédé les phénomènes généraux, et que la pustule était bien réellement primitive. De plus, et nous croyons ces faits inconnus en France, Ullrich a rapporté à la Société de médecine de Berlin, dans sa séance du 19 avril 1858, sept cas mortels de pustule maligne, dans lesquels l'observation la plus attentive n'a pu découvrir un contagium animal d'aucun genre; et, à ce sujet, Virchow a rappelé qu'il avait lui-même observé des faits semblables, et il a signalé le danger tout particulier qui résulte pour les pustules du visage, du voisinage du cerveau et de la communication des deux régions par les cavités orbitaires (*Deutsche Klinik*, 1858, 31). Nous sommes donc fondé à ne pas rejeter absolument la possibilité de ce développement spontané; tout au moins faut-il convenir, avec nous, que de nouvelles observations sont nécessaires sur ce point spécial.

Cette discussion n'enlève rien au mérite et à l'intérêt des deux ouvrages qui nous ont occupé ; ils sont dignes l'un et l'autre, à des titres divers, de la plus sérieuse attention, et contribueront, nous en sommes certain, à vulgariser la connaissance de la maladie charbonneuse. Il est même quelques autres points, le développement des pustules intestinales par exemple, que nous aurions désiré aborder ici, malheureusement l'espace nous manque ; nous ne quitterons cependant pas la plume sans faire observer, comme nous l'avons fait déjà à propos du livre de M. Raimbert, que nos auteurs font vraiment trop bon marché des travaux des anciens sur la matière. Commencer l'histoire de la pustule maligne à Fournier et à Montfils, est chose par trop aisée; il serait aussi utile qu'intéressant de remonter plus haut, et de chercher parmi les affections diverses, décrites sous le nom de charbon, ce qui se rapporte réellement à la pustule maligne; un tel travail ne peut être fait avec fruit que par les médecins qui observent assez habituellement la maladie pour en connaître à fond toutes les variétés; eux seuls sont en mesure de nous dire ce qu'il faut penser de l'anthrax de Celse (lib. V, ch. 8) et d'Aetius (cap. *De pustulis in febribus*) ; mieux que personne, ils pourraient nous indiquer ce que nous devons croire du charbon de Tosi de Serra (*De anthrace seu carbunculo tractatus*, Venet., 1576), de celui de Herrera (*De carbunculis animadversiones*, Pintiæ, 1604), de De la Vigne (*Ergo anthraci ferrum et ignis?* Paris, 1616), et de bien d'autres que nous pourrions citer. C'est à eux qu'incombe naturellement cette tâche dont l'accomplissement nous permettrait, comme nous l'avons dit ailleurs, d'apprécier avec justesse la série non interrompue de travaux qui ont conduit à l'interprétation et au groupement actuels des maladies charbonneuses.

D^r JACCOUD.

## VII

## VARIÉTÉS.

— M. le docteur Verron, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Dôle (Jura), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe). M. le docteur Achille Foville, médecin en chef de l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile de Dôle.

— M. le docteur Eugène Moynier vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— Par décret du 30 décembre 1860, ont été nommés présidents des Sociétés de prévoyance des arrondissements de Vouziers et Rethel (Ardennes), M. le docteur Gueilliot ; du département de l'Aube, M. Paul Carteron ; du département de la Dordogne, M. Bardy-Delisle.

— Une commission est instituée à l'effet d'examiner toutes les demandes d'admission dans les hospices des Incurables et de la Vieillesse. Elle est composée de sept membres, savoir : 1° un membre du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, président; 2° un maire ou adjoint et deux administrateurs des bureaux de bienfaisance; 3° le chef de la division des hôpitaux et hospices, le chef de la division des secours et l'un des inspecteurs de l'administration.

Le membre du conseil de surveillance et les maires ou administrateurs appelés à faire partie de la commission, sont nommés par le préfet de la Seine, le premier pour six mois et les autres pour trois mois.

M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre du conseil de surveillance, est nommé président de cette commission.

— Le conseil municipal de Paris vient de voter la somme nécessaire pour allouer, aux membres adjoints du conseil de salubrité, le même traitement qu'aux titulaires; et un décret, dû à l'initiative de M. le préfet de police et aux démarches de M. le docteur Vernois, président de ce conseil, va fondre en une seule classe les membres titulaires et adjoints. Les membres adjoints actuels sont MM. Boudet, Bouchardat, Duchesne, Michel Lévy, Jobert (de Lamballe), Trébuchet et Poggiale.

Les émoluments des membres du conseil de salubrité sont de 1,200 fr., outre un jeton de présence.

---

DE LA PELLAGRE SPORADIQUE, par le docteur *Landouzy*. Grand in-8 de 112 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils.

MANUEL DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, PRÉCÉDÉ D'UNE DESCRIPTION ABRÉGÉE DES FONCTIONS ET DES ORGANES DU CORPS HUMAIN, ET SUIVI D'UN EXPOSÉ SOMMAIRE DES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES ET DES OPÉRATIONS DE PETITE CHIRURGIE LES PLUS USITÉES, à l'usage des sages-femmes, par *Maunoury* et *Salmon*. *Seconde édition*, considérablement modifiée, avec 16 planches représentant 30 figures. In-8 de 500 pages. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

TRAITÉ COMPLET DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par les docteurs baron *P.-A. Dubois* et *Ch. Pajot*. Tome I, 2e livraison. Paris, Béchet jeune. 3 fr. 50

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par le docteur *Éd. Monneret*. 1 vol. en deux parties. Tome III : *Séméiologie; pronostic; étiologie*. Paris, Béchet jeune. 12 fr.

ÉTUDE SUR LES LUXATIONS PAR ROTATION DU TIBIA, par *Ancelet*. Paris, F. Savy 50 c.

L'ANNÉE SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE, OU EXPOSÉ ANNUEL DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES, DES INVENTIONS, ET DES PRINCIPALES APPLICATIONS DE LA SCIENCE A L'INDUSTRIE ET AUX ARTS QUI ONT ATTIRÉ L'ATTENTION PUBLIQUE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER, par *Louis Figuier*. Paris, L. Hachette et Comp. 3 fr. 50

DIE ANATOMIE DES OHRES IN IHRER ANWENDUNG AUF DIE PRAXIS UND DIE KRANKHEITEN DES GEHÖRORGANES, BEITRÆGE ZUR WISSENSCHAFTLICHEN BEGRUENDUNG DER OHRENHEILKUNDE (L'anatomie de l'oreille au point de vue de la pratique et des maladies de l'organe de l'ouïe), par *de Trœltsch*. Grand in-8. Wurzbourg, Stahel. 5 fr. 50

KLINISCHE BALNEOLOGIE (Balnéologie clinique), par *G.-L. Ditterich*. Tome I. Grand in-8. 10 fr. 75

---

Le titre et la table du tome VII de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (année 1860) seront adressés aux abonnés, le mercredi 23 janvier.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 25 JANVIER 1861. — N° 4.


**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**


I. **Paris.** Académie de médecine : Diagnostic différentiel de la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie. — II. **Travaux originaux.** Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole. — De la congestion cérébrale apoplectique et de l'épilepsie. — Note sur la production de symptômes cérébraux à la suite de certaines lésions du nerf auditif. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** De la syphilis transmise par la vaccination. — Même sujet. — De l'iode considéré comme emménagogue. — Du traitement de la névralgie sciatique par la cautérisation de l'oreille externe. — Note sur le développement de glandes utérines dans les sarcomes (corps fibreux) de l'utérus et des ovaires. — Observation d'atrophie congénitale du maxillaire inférieur. — V. **Bibliographie.** Clinique des affections emboliques du système vasculaire. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles** Journaux. — Livres.


## I

Paris, le 24 janvier 1861.

*Académie de médecine* : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME ET DE L'ÉPILEPSIE.

M. le professeur Trousseau a fait, à l'Académie de médecine, sur la *congestion cérébrale apoplectiforme*, une excellente leçon clinique : c'est le nom qui convient à cette communication. En voyant un membre aussi considérable monter à la tribune sans y être appelé par un rapport ou par une discussion, en voyant un improvisateur aussi disert, aussi abondant, déployer un manuscrit, on s'attendait peut-être à quelque autre chose; mais une bonne page sur un cas important de pratique, sous la garantie d'une expérience consommée et d'un sens clinique des plus rares, n'est jamais à dédaigner. Celle-ci a le mérite de soutenir une opinion parfaitement juste, parfaitement conforme à l'observation ; et si elle est passible d'un reproche, c'est d'avoir, pour ainsi dire, trop raison. Qu'on nous permette, à cet égard, quelques remarques.

M. Trousseau se propose d'établir que l'on prend souvent pour une congestion cérébrale une véritable atteinte d'épilepsie, et voici, d'après son texte, le tableau symptomatologique sur lequel porte la confusion.

« Un homme, avec ou sans symptômes préalables, tombe subitement frappé d'apoplexie. On le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée. Le lendemain tout est fini. On dit que le malade a eu une *congestion cérébrale apoplectiforme*. Je l'ai dit comme les autres ; *il y a quinze ans que je ne le dis plus*. Un autre, tout à coup, en marchant, a un étourdissement ; il cesse de voir, de parler; il marmotte quelques mots inintelligibles; il chancelle; il tombe quelquefois, pour se relever incontinent. Cela a duré quelques secondes ; il ne reste plus qu'un peu de pesanteur de tête, quelquefois une obnubilation intellectuelle momentanée, et trois ou quatre minutes suffisent pour que tout rentre dans l'ordre. On dit que ce malade a eu une congestion cérébrale légère. Je l'ai dit comme les autres; *il y a quinze ans que je ne le dis plus*. » Qu'est-ce qui a amené M. Trousseau à modifier ainsi son diagnostic? Il le raconte lui-même un peu plus loin. C'est que, dans les cas de ce genre tombés sous son observation, des informations minutieuses lui ont appris que les malades étaient sujets à des *vertiges subits et rapides;* que les attaques étaient *plutôt nocturnes que diurnes*, et débutaient par des *mouvements nerveux*, par des *convulsions*. Or, des attaques ainsi spécifiées, la science ne les ignore pas; elle les a maintes fois décrites; elle a souvent insisté sur le danger de les confondre avec de simples congestions encéphaliques. M. Trousseau décrit ici l'*absence* si bien étudiée par M. Calmeil, le *vertige* que tout le monde connaît. Si les praticiens tombent dans l'erreur faute de s'être entourés d'informations suffisantes, c'est négligence; faute de connaître les caractères du mal, c'est ignorance. En aucun cas ils ne sont égarés par les enseignements de la science. N'y eût-il que les ouvrages classiques de M. Delasiauve et de M. Herpin, cela devrait suffire pour les mettre sur leurs gardes.

De fréquentes erreurs sont néanmoins commises, dit M. Trousseau, et par les confrères les plus instruits! Nous le croyons aussi, quoique peut-être il faille défalquer de ce nombre bien des cas où, comme l'a reconnu l'orateur, le médecin ordinaire laisse au consultant la triste mission de prononcer le mot fatal. Mais les erreurs, d'où viennent-elles? De ce que tantôt les conditions de l'observation, tantôt les symptômes de la maladie, créent des obscurités passagères.

Il est, en effet, des circonstances où le médecin manque des éléments nécessaires de diagnostic. Un des plus précieux est la répétition des accidents. Là, comme en beaucoup d'autres circonstances, — et c'est une maxime que nous ne sau-

rions trop rappeler, — *la maladie se caractérise autant ou mieux par sa marche que par ses symptômes*. Si donc on se trouve en présence d'une attaque unique et qu'on n'en puisse rien voir ou rien savoir que la fin, il sera facile de prendre le change. Nous nous sommes trouvé nous-même, il y a peu de temps, aux prises avec une difficulté de ce genre. Nous sommes appelé la nuit auprès d'un vieillard de soixante-dix-huit ans environ qui nous était jusque-là inconnu, et nous constatons les symptômes suivants : état soporeux, face congestionnée, mouvements désordonnés des deux mains, *sans convulsions*, avec diminution de la sensibilité et de la force musculaire dans le bras gauche, qui retombait lentement quand on l'avait soulevé. Respiration profonde, *mais libre*; urines involontaires. Le début des accidents n'avait été vu par personne. Assurément ce pouvait être là une attaque d'épilepsie à son déclin; mais ce pouvait être tout aussi bien (et encore mieux, vu la légère hémiplégie) une congestion ou une hémorrhagie cérébrale. Mais peu de temps après, nous sommes appelé de nouveau auprès du malade pour une attaque semblable, et nous apprenons qu'il en a eu d'assez nombreuses, toujours nocturnes, et dont il ne restait pas traces le lendemain matin; le doute nous prend. Puis on nous dit qu'il a fréquemment dans le jour des absences momentanées avec balbutiement et mouvements convulsifs de la face; le diagnostic était désormais assuré; il s'agissait d'une épilepsie, de cette épilepsie des vieillards que nous croyions pourtant connaître assez bien (1).

Mais il y a plus. Alors même qu'on assisterait à l'attaque (nous continuons à parler d'une première attaque) pendant toute sa durée, est-il sûr qu'on pourrait toujours la distinguer d'une congestion cérébrale? Nous en doutons fort. Il est avéré que l'absence, le vertige même, avec perte de connaissance, ne s'accompagnent pas constamment de mouvements convulsifs, d'écume à la bouche ou d'écoulement involontaire des urines. Pour nous, le diagnostic est surtout embarrassant dans la forme qu'on pourrait appeler *moyenne* de l'épilepsie. *L'absence*, en effet, est remarquable par le contraste du faible degré des troubles musculaires, ou de leur défaut total, avec la suspension momentanée, mais presque toujours entière, des fonctions intellectuelles et de la conscience. *L'accès* épileptique complet se spécifie par un ensemble de symptômes tellement tranchés, qu'il n'y a guère à s'y méprendre. Mais il en est autrement du *vertige*, que la perte subite de connaissance, la chute, souvent la rougeur de la face, rapprochent insidieusement de la congestion du cerveau. Ce qui augmente la difficulté, c'est qu'il y a très probablement des accès épileptiques qui ont leur point de départ dans une congestion cérébrale (2). Et l'état actuel de la physiologie en ce qui concerne la théorie de l'épilepsie permet de penser que le siége des parties atteintes directement par l'accumulation du sang, ou indirectement par la compression exercée sur la masse encéphalique, aura une grande influence sur la production ou l'absence des convulsions épileptiformes. Les expériences de Kussmaul et Tenner, Brown-Séquard et Schrœder van der Kolk tendent à établir que le point de départ des convulsions est en arrière des couches optiques, et plus précisément, comme le professent ces deux derniers physiologistes, dans la moelle allongée. Quelques faits même pourraient autoriser à penser que *le vertige* et *l'accès* n'ont pas toujours le même point de départ dans le centre nerveux. Mais nous ne voulons pas entraîner le débat au delà de ses limites actuelles.

On voit maintenant quelle est la vraie signification de la Note de M. Trousseau. Elle ne change pas les conditions de la difficulté pratique; elle n'indique pas de moyens particuliers d'atténuer cette difficulté. Mais elle tend à établir que, malgré tout ce que la science a déjà retiré à la congestion apoplectiforme pour l'attribuer à l'épilepsie, la part qu'on a généralement laissée à la première affection est encore trop grande, et qu'il faudrait la réduire considérablement. Nous ne sommes même pas bien sûr de rendre exactement ici la pensée de M. Trousseau; car, s'il a terminé sa Note en déclarant *insensés* ceux qui voudraient nier l'existence de la *congestion cérébrale*, et en ne ramenant la *congestion apoplectiforme* à l'épilepsie que pour *le plus grand nombre des cas* (ce qui implique des exceptions), il l'avait commencée en affirmant qu'il *ne voit plus de congestions apoplectiformes* depuis *quinze ans*. Une exception assez rare pour ne pas se présenter pendant trois lustres dans la vaste pratique de M. Trousseau serait vraiment peu de chose, et ce ne serait guère la peine de compter avec elle. C'est sur ce point que portera sans doute la discussion, si elle s'engage. Pour notre part, nous craignons que l'épilepsie, après avoir vu son terrain envahi par la congestion, ne se montre à son tour trop conquérante. Quoi qu'il advienne, l'éminent professeur aura rendu un vrai service en amenant l'Académie sur un terrain qui ne saurait être trop soigneusement exploré.

A. DECHAMBRE.



*P. S.* L'article qu'on vient de lire était destiné au numéro précédent, et n'a pu être inséré, faute d'espace. Après la discussion à laquelle nous avons assisté mardi dernier, nous n'avons rien à y changer. M. Trousseau a spontanément fait remarquer que les vues cliniques exposées par lui sont *du domaine commun*, et que son intention a été seulement d'y ramener, par une invitation publique, l'attention du corps médical. On verra également qu'il a, plus encore que dans sa Note, déchargé les praticiens d'une partie des erreurs qu'on pourrait être tenté de leur imputer, et qui ne sont souvent que de prudentes et charitables dissimulations.

Comme nous le faisions pressentir, l'Académie ne paraît pas disposée à réduire le champ de la congestion apoplectiforme autant que le voudrait M. Trousseau. M. Tardieu a rappelé que les individus, frappés de paralysie générale, tombent quelquefois subitement en apoplexie sous l'influence bien probable d'un état congestif de l'encéphale. Un membre correspondant, M. Durand-Fardel, a, de son côté, fait remarquer que le ramollissement cérébral débute assez souvent par le vrai coup de sang. Nous pouvons ajouter que ce coup de sang, auquel nous avons bien des fois assisté, peut se traduire par des convulsions, la morsure de la langue, les déjections involontaires, tout un ensemble symptomatique fort analogue à celui d'un accès d'épilepsie. Il est fâcheux que M. Durand-Fardel, pris sans doute à l'improviste, n'ait pas mis plus de clarté dans son allocution, car son exemple était bien choisi et significatif. Un individu tombe tout à coup sans connaissance, la face turgide; il a des convulsions, des évacuations involontaires; quelquefois il s'est mordu la langue. Cet état dure quelques instants. Le sujet se relève, l'air étonné. Peu de temps après, il ne reste plus rien que la rougeur de la face et de la céphalalgie. On croit à un accident

(1) M. Horpin vient de rappeler cette épilepsie des vieillards dans un très bon article de la GAZETTE DES HOPITAUX (n° 9).

(2) Voyez une note de M. Billod que nous publions plus loin.

passager; mais le lendemain commencent à se prononcer les symptômes d'un ramollissement aigu. Voilà bien une attaque de congestion apoplectiforme. Or, si ce genre de congestion est aussi rare que le dit M. Trousseau, cet honorable membre se trouve dans la nécessité d'admettre que tout sujet frappé des accidents ci-dessus rappelés est, ou presque certainement épileptique, ou presque fatalement condamné au ramollissement. Or, comment le croire quand, dans le même hospice, comme Bicêtre ou la Salpétrière, à côté des individus dont le cerveau se ramollit après avoir été congestionné, on en voit d'autres, en assez grand nombre, guéris, bien qu'ils aient présenté absolument les mêmes symptômes que les premiers? Quant à d'autres congestions encéphaliques, ne donnant pas lieu à la perte subite de connaissance, à la rougeur de la face, à tout ce qui constitue l'apoplexie des anciens, M. Piorry, dans un discours très recommandable à certains égards, en a cité de nombreux exemples. Mais, comme l'a fait observer M. Trousseau, là n'était pas la question.

M. Bouillaud a demandé la parole pour la prochaine séance. C'est dire que la discussion va redoubler d'intérêt.

A. D.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### DES INFLUENCES NOSOCOMIALES SUR LA MARCHE ET LA GRAVITÉ DE LA *ROUGEOLE*, *par le professeur* LAVERAN.

(Suite et fin. — Voir le numéro 2.)

OBS. I. — *Rougeole simple au début; bronchite générale; asphyxie; mort le quatorzième jour.* — Vergne, du 57e, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 13 février, malade depuis six jours.

Invasion par de la fièvre, de la courbature, de la faiblesse; le 12, éruption de taches rosées sur tout le corps; toux, fièvre, accablement.

Le 14, nous constatons l'existence d'une éruption rubéolique confluente, face turgescente, peau presque uniformément rouge, taches irrégulières très rapprochées; rougeur des yeux, des fosses nasales, de la bouche; toux sèche férine, peau chaude, moite, pouls régulier à 110, urines rouges, peu albumineuses, respiration régulière, 22 inspirations. Diète, infusion de tilleul. Le 15, la fièvre est tombée, 84 pulsations, moiteur; état général satisfaisant.

Le 16, l'éruption a pâli à la face, toux, expectoration abondante de mucus transparent contenant quelque peu de muco-pus. Bouillon, opium le soir.

Le 17, décroissance de l'éruption, inappétence, faiblesse, expectoration abondante, sonoreité du thorax, râles humides, volumineux, disséminés.

Le 18, même état, un peu de fièvre le soir, insomnie, toux fréquente, expectoration très abondante.

19, pâleur de la face, teinte veineuse, pouls mou, faible, peau moite, expectoration très abondante, sonoreité très marquée du thorax en avant; râles humides très abondants en arrière et en bas. Looch kermétisé, opium le soir.

Le 20, insomnie, fièvre nocturne, faiblesse croissante, pas d'appétit, expectoration très abondante, pouls fréquent, petit, 36 inspirations.

Le 21, l'asphyxie a fait des progrès; teinte cyanique de la face, respiration haute, difficile, expectoration moins abondante, râle trachéal; asphyxie croissante; le 22, mort à onze heures du soir.

*Nécropsie.* — Injection veineuse générale, caillots décolorés dans le cœur droit.

A partir des cordes vocales supérieures, le larynx présente des rougeurs arborisées; son épithélium est détaché supérieurement, et présente une disposition pultacée simulant une fausse membrane; les bronches offrent des rougeurs par points devenant uniformes, dans les bronches d'un petit calibre, qui sont remplies de mucosités spumeuses et évidemment dilatées.

Les poumons présentent, extérieurement, un aspect marbré de blanc rosé au noir apoplectique; même disposition des coupes. Les poumons surnagent en masse et en partie; cependant quelques lobules isolés sont splénisés ou ramollis par une infiltration purulente. Hépatisation grise.

Plaques de Peyer apparentes. Injection veineuse des méninges et des reins.

OBS. II. — *Rougeole; bronchite générale; asphyxie croissante.* — Coustillac, vingt-trois ans, soldat au 62e de ligne, entre à l'hôpital le 11 mars, malade depuis huit jours.

Au début, invasion par des frissons, de la fièvre revenant le soir, toux, céphalalgie, etc. Le 9, au moment où il croyait pouvoir reprendre son service, il s'est aperçu de l'existence de taches rouges au visage; il a pris le lit, et depuis lors l'éruption s'est étendue au reste du corps.

Le 12, forces bien conservées; pas de céphalalgie, pouls régulier, à 90, chaleur halitueuse, éruption peu confluente, constituée par de belles taches rosées assez isolées; langue humide, rougeur du pharynx, toux fréquente, quinteuse; expectoration muqueuse, transparente; respiration égale, 24 inspirations; sonoreité du thorax, râles sonores et humides mélangés. Tilleul chaud, looch kermétisé.

Le 13, la fièvre est tombée, l'éruption a pâli; toux, expectoration abondante. Bouillon. Looch kermétisé, opium le soir.

Le 14, il y a eu de la fièvre pendant la nuit; insomnie, toux fréquente, expectoration abondante, râles muqueux disséminés; 34 inspirations, faiblesse, pâleur de la face. Looch kermétisé, opium.

Le 15, taches cuivrées tranchant sur une pâleur livide; faiblesse, pouls petit, fréquent; respiration haute, 34 inspirations; expectoration à plein crachoir de crachats nummulaires nageant dans des mucosités transparentes.

Le 16, même état. Bouillon, looch kermétisé.

Le 17, faiblesse croissante, inappétence; teinte cyanique de la face et des extrémités; respiration haute, 36 inspirations. Cet état se prolonge sans amendement, l'asphyxie va croissant, les extrémités se refroidissent; l'aspect du malade est un peu celui d'un homme atteint du choléra, et, après avoir prolongé cet état d'agonie, il succombe le 27, à neuf heures et demie du soir.

*Nécropsie.* — Injection veineuse générale très apparente aux veines arachnoïdiennes et rénales.

Caillots jaunâtres non adhérents dans les cavités droites et gauches du cœur.

Rougeur uniforme de la muqueuse laryngo-bronchique; emphysème du bord antérieur du poumon gauche; quelques productions pseudo-membraneuses récentes sur la plèvre du même côté.

Le tissu pulmonaire est uniformément œdématié; l'incision fait écouler une grande quantité de mucosités spumeuses; toutefois, à part quelques lobules splénisés, le tissu est ferme et surnage l'eau.

Décoloration avec amincissement de la muqueuse digestive avec rougeurs partielles.

OBS. III. — *Rougeole; bronchite générale; mort le dix-huitième jour.* — Fulter, du 57e de ligne, âgé de vingt-deux ans, entre à l'hôpital le 6 mars, malade depuis huit jours et atteint depuis la veille d'une éruption rubéolique. Constitution vigoureuse, forces bien conservées, fièvre modérée, toux sèche, râles sibilants disséminés, expectoration muqueuse transparente, taches rubéoliques disséminées, éruption rare.

Le 8, l'éruption a un peu pâli; toux fatigante, expectoration abondante, 28 inspirations, râles sibilants disséminés, un peu de râle sous-crépitant à la base du poumon gauche. Diète, une saignée, sang non couenneux; exacerbation fébrile le soir; insomnie, toux fatigante.

Le 9, expectoration muco-purulente, 28 inspirations, râles humides à grosses bulles disséminées, un peu de souffle en arrière et à gauche. Potion stibiée à 0,3, opium le soir. Insomnie, fièvre nocturne.

Le 10, même état, même prescription.

Le 11, faiblesse, pouls fréquent, petit, à 110; pâleur œdémateuse de la face; pas d'albumine dans les urines, expectoration à plein crachoir, sueurs froides de la face, teinte asphyxique des extrémités. Looch kermétisé, opium le soir.

Le 12, aggravation; râle trachéal à distance, pâleur livide sur laquelle tranchent des teintes veineuses, refroidissement des extrémités, pouls petit, de 110 à 120 pulsations.

Faiblesse croissante les jours suivants, mort le 16, à trois heures du matin.

*Nécropsie.* — Le cœur contient des caillots de sang noir dans les cavités droites.

Rougeur livide du pharynx, colorations arborisées du larynx, rougeurs

uniformes des bronches de moyen calibre; mucosités spumeuses dans leur intérieur, dont la capacité est manifestement augmentée.

Adhérences anciennes du poumon gauche à la plèvre, emphysème du bord antérieur du poumon droit; les poumons, qui surnagent l'eau en masse, présentent un aspect marbré de taches noires comme apoplectiques; leur tissu, dont on a exprimé les mucosités bronchiques, est en général résistant, ferme, à part quelques altérations lobulaires circonscrites; infiltrations apoplectiques, ramollissement rouge ou gris; ces altérations dominent à la base du poumon gauche.

Rougeur uniforme de l'intestin grêle, coloration uniforme des centres nerveux, un peu d'épanchement séreux dans les ventricules.

OBS. IV. — *Rougeole; bronchite pendant la convalescence; quelques tubercules granuleux.* — Vialette, du 6e de ligne, vingt et un ans, vigoureux, sans maladie antérieure, entre au Val-de-Grâce le 25 février, atteint de rougeole bénigne, peu de fièvre, peau moite, rougeurs disséminées, appétit, toux modérée, expectoration peu abondante. Le malade reçoit du bouillon, des boissons tièdes (tilleul édulcoré). La maladie est abandonnée à elle-même, Les jours suivants, rien de remarquable; à mesure que l'éruption disparaît, les crachats prennent un aspect nummulaire, mais en même temps l'appétit se prononce, le malade est sans fièvre; il reçoit une alimentation plus substantielle. Le 4 mars, il mange le quart; néanmoins la faiblesse subsiste, l'expectoration est très abondante; le malade a un peu de chaleur le soir; les symptômes nous obligent à diminuer l'alimentation, puis à mettre le malade à la diète. Le 8, nous prescrivons un large vésicatoire sur le devant du thorax, un looch kermétisé et une potion opiacée pour le soir; néanmoins la dyspnée va croissant, 34 inspirations, toux, expectoration à plein crachoir, crachats nummulaires nageant dans un mucus transparent très abondant.

L'état du malade se continue le même les jours suivants; faiblesse croissante, pâleur mate de la face, avec injection veineuse, pouls 95, mou, large, sans résistance; ulcération du vésicatoire, râles muqueux dans toute la poitrine, sonoreité exagérée du thorax. Cet état va progressivement en s'aggravant, et le malade succombe le 17 mars, à une heure du soir.

*Nécropsie.* — Distension des veines sous-arachnoïdiennes, un peu de sérosité opaline sous l'arachnoïde; le cerveau est fortement congestionné, une coupe à l'intérieur laisse écouler de grosses gouttelettes de sang noirâtre, et offre une teinte un peu rouge, de la substance blanche. Cœur: le ventricule droit est distendu par des caillots fibrineux décolorés, mais non adhérents. Le larynx, les bronches contiennent une grande quantité de mucosités spumeuses; la muqueuse présente un pointillé rouge, dans le larynx et la trachée, se rapprochant et dégénérant en une teinte rouge uniforme dans les petites bronches.

La base du lobe supérieur du poumon gauche est unie au lobe inférieur par une fausse membrane récente de l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. A la coupe, le tissu pulmonaire laisse écouler une quantité considérable de sérosité spumeuse et de muco-pus qui remplit les bronches; le tissu pulmonaire est consistant, sa coupe est lisse, il présente un engouement général, avec quelques lobules splénisés, et quelques tubercules granuleux dans le poumon gauche, pas de tubercules à droite ni dans les ganglions bronchiques.

Rien de remarquable du côté du tube digestif; injection veineuse des reins.

OBS. V. — *Rougeole; bronchite; mort le quinzième jour.* — Gransagne, du 62e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 9 mars, présentant, depuis la veille, une éruption de rougeole; injection générale du tégument, turgescence de la face, vive injection des yeux; pouls fréquent, 110 pulsations; peau chaude, sèche, langue blanche, toux fréquente, quinteuse; douleur au-dessus du sternum; éruption confluente formée de taches irrégulières à la face, au cou et à la poitrine; mouchetures plus distinctes aux membres; sonoreité du thorax, râles sonores disséminés, râles humides en arrière et en bas, et en avant et en haut, au niveau de la bronche droite; expectoration très abondante. Diète, une saignée; le sang tiré de la veine se coagule complétement sans formation couenneuse. Le 10, même état, raucité de la voix, mêmes phénomènes généraux. Le 11, l'éruption commence à pâlir à la face. Diète, potion stibiée à 0,3; potion opiacée pour le soir. Insomnie, fièvre nocturne, toux, expectoration muqueuse opaque très abondante. Les râles dominent du côté droit où ils se produisent presque dans l'inspiration et avec la ténuité des râles sous-crépitants. Potion kermétisée, mêmes symptômes. Le 13, le soir dyspnée, faiblesse, teinte légèrement cyanique à la face. Une saignée; insomnie, expectoration très abondante. Le 14, dyspnée croissante, 36 inspirations, teinte cyanique de la face et des extrémités; sueur profuse, pouls mou, ondulant, à 120 pulsations; un peu de matité sous l'aisselle droite. Potion stibiée 0,3; un vésicatoire. Le 15, asphyxie croissante, teinte cyanique générale, sueur profuse, 36 inspirations, râle trachéal et bronchique, persistance de la matité, Looch kermatisé, deux vésicatoires aux cuisses, opium pour le soir. Le 16, l'état du malade s'est aggravé, le pouls a perdu de sa force, les extrémités se refroidissent; dyspnée croissante, progression de l'asphyxie; mort le 17, à une heure du matin.

*Nécropsie.* — La surface des vésicatoires est recouverte d'ecchymoses et de productions plastiques; le corps muqueux sous-jacent est érodé en divers points.

Le cœur droit contient des caillots noirs peu adhérents, le système veineux est gorgé de sang fluide très abondant et facilement appréciable à la surface du cerveau, dans l'épaisseur du foie, de la rate et des reins.

Le pharynx présente une coloration livide qui se continue dans les voies aériennes présentant un aspect arborisé dans le larynx et une surface uniformément rouge dans les bronches inférieures qui sont manifestement d'un calibre plus gros que dans l'état normal. Les poumons, extérieurement, offrent un aspect marbré de taches noires; toutefois le lobe moyen et inférieur du côté droit présente l'aspect rouge livide mélangé de gris du tissu hépatisé. A l'intérieur, même aspect; les bronches sont remplies de mucosités purulentes, et le tissu pulmonaire qui surnage en masse, offre des lobules imperméables dont le tissu est granuleux et ramolli; ces lésions, très rapprochées dans le poumon droit, forment presque une pneumonie lobaire; cependant, au milieu des lobules hépatisés, quelques lobules sains.

Injection arborisée remarquable de l'intestin grêle.

OBS. VI. — *Rougeole légère; phénomènes chollériformes.* — Abraham, du 62e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 26 mars, malade depuis six jours, et présentant depuis la veille une éruption légère de rougeole, avec toux, fièvre modérée, blépharite légère. Traitement par l'expectation, un peu de gêne dans la respiration, bruit respiratoire un peu obscur. Le 1er avril, l'éruption a entièrement disparu; desquamation cutanée, expectoration peu abondante, un peu de dyspnée, 24 inspirations. Dans la nuit du 1er au 2, le malade est pris de diarrhée et de vomissements; le 2, la face est pâle, cyanosée, la voix flûtée, le pouls très petit; les extrémités froides et cyanosées, ventre affaissé, borborygmes, selles involontaires, liquides, d'une couleur jaune; nausées, vomissements; urines rares, anxiété. Diète, applications chaudes, potion antispasmodique. Le 3, même état; le froid et la cyanose ont fait des progrès; langue froide, yeux excavés, facies cholérique. Même prescription. Le 4, le malade a gardé quelque peu de boisson; selles liquides involontaires; aspect cyanique, refroidissement. Lavement amylacé, potion antispasmodique. Le 5, même état, cessation des vomissements; *cinq à six selles liquides* dans les vingt-quatre heures; persistance de l'état algide, affaissement croissant. Le 6, un peu de moiteur; huit à dix selles dans les vingt-quatre heures, cyanose persistante. Le 7, même état; les jours suivants, l'affaissement va progressivement croissant; la langue et la bouche se recouvrent d'*oidium albicans*, et le froid persiste; le malade prolonge cette sorte d'état de demi-cadavérisation jusqu'au 17 avril.

*Nécropsie.* — Adhérences générales des plèvres, tissu pulmonaire sain, un peu de rougeur des bronches.

Adhérences générales du péricarde au cœur par un tissu cellulaire ancien comme celui des plèvres, et qu'on ne peut détacher sans déchirer le tissu peu consistant du cœur; le volume de l'organe est augmenté, les cavités agrandies contiennent du sang noir et quelques caillots; rien sur les valvules.

L'estomac offre des rougeurs par plaques, avec un peu de ramollissement du grand cul-de-sac; rougeurs arborisées de l'intestin grêle, état ardoisé des plaques de Peyer; lésion profonde du gros intestin, dont la muqueuse est rouge, boursouflée, et présente, par plaques, des débris d'un gris verdâtre, constitués par des portions détachées de l'épithélium simulant de fausses membranes; dans quelques points du cæcum et du commencement du rectum, ces débris d'épithélium recouvrent des ulcérations peu profondes, et bien moins caractérisées que dans la dysenterie, bien que la lésion rappelle parfaitement celle de la dysenterie au premier degré.

OBS. VII — *Rougeole simple; symptômes cholériques.* — Bricot, du 62e de ligne, âgé de vingt et un ans, entre au Val-de-Grâce le 12 mars, malade depuis huit jours. A son entrée, nous constatons une éruption de rougeole peu confluente, un peu de toux, une fièvre très modérée; la maladie est abandonnée à elle-même et soumise à une direction purement hygiénique. Le 18, le malade paraissait en voie de convalescence, lorsqu'il fut pris, pendant la nuit, de vomissements, de selles liquides avec refroidissement, crampes dans les membres, cyanose. Le 19, anxiété, faiblesse, peau froide, cyanosée, enfoncement des yeux, pouls insensible, voix flûtée, crampes, vomissement des boissons, selles fréquentes d'un liquide à peine coloré, urine rare. Diète, glace en fragments, potion antispasmodique à prendre par cuillerée. Le 20, même état, pas de réaction; les vomissements sont moins fréquents, teinte cyanique profonde. Le 21, progrès de la cyanose, pouls insensible, sueurs froides autour du front, Frictions, applications chaudes.

Le 22, asphyxie croissante; mort à onze heures du soir.

*Nécropsie.* — Caillots mous, noirâtres, dans le cœur droit, rougeurs générales des bronches, mucosités spumeuses abondantes s'écoulant des coupes du tissu pulmonaire, quelques lobules splénisés.

Rougeurs par larges plaques dans l'estomac, bonne consistance de la muqueuse.

La partie inférieure de l'intestin grêle présente, dans l'étendue d'un mètre et demi environ, des rougeurs arborisées très serrées avec productions épithéliales d'apparence grisâtre, sales, simulant des productions pseudo-membraneuses; teinte ardoisée des plaques de Peyer qui ne sont pas ulcérées.

La même altération se prononce davantage dans le côlon; rougeurs par plaques, épithélium détaché, infiltré, offrant un aspect de fausses membranes irrégulières, quelques excoriations peu profondes de la muqueuse, injection générale du système veineux intestinal, rougeurs des glandes lymphatiques; injection du système veineux des reins.

Le foie et la rate ne présentent rien à noter.

Obs. VIII. — *Rougeole; bon aspect au début; bronchite générale; mort le seizième jour.*—Mautret, du 62e de ligne, âgé de vingt et un ans, entre à l'hôpital le 16 mars, malade depuis six jours, pour une rougeole sans complication apparente; peu de fièvre, toux modérée, respiration régulière. Bouillon, opium le soir, boissons chaudes. Le 21, l'éruption ne présentait plus que quelques marbrures cuivreuses, lorsque nous fûmes frappé de l'altération de la physionomie, de la pâleur de la face et d'un peu d'élévation de la chaleur vers le soir; insomnie, toux fréquente pendant la nuit, expectoration très abondante de mucus transparent avec des masses de muco-pus. Le 22, nous constatons de la dyspnée, 30 inspirations, des râles muqueux disséminés; le pouls est à 110, mou, sans résistance; le malade inquiet, triste, découragé. Bouillon, looch kermétisé, opium le soir.

Le 23, même état, même prescription.

Le 24, affaissement croissant, teinte asphyxique. Potion antispasmodique.

Le 25, pouls petit, irrégulier, très fréquent, respiration haute, bruyante, râle trachéal, extrémités froides.

Le 26, agonie, mort à neuf heures et demie du matin.

*Nécropsie.* — Rougeurs du larynx et des bronches, œdème pulmonaire général, dilatation des bronches inférieures, distension énorme *des veines pulmonaires, tissu pulmonaire d'une apparence marbrée*, ferme, résistant, d'une bonne résistance, excepté au niveau de quelques lobules qui ont subi le ramollissement rouge ou gris; rougeurs disséminées dans l'intestin grêle, ramollissement complet de la portion cardiaque de l'estomac, injection des veines méningées et rénales.

Obs. IX. — *Rougeole simple au début; altération grave du tissu pulmonaire.* — Coustillat, âgé de vingt-trois ans, entre au Val-de-Grâce le 11 mars, malade depuis huit jours, pour une éruption de rougeole assez confluente, mais sans caractère grave apparent; l'éruption date de trois jours, elle recouvre tout le corps de mouchetures d'un beau rouge vermillon; réaction modérée, toux, expectoration peu abondante. Traitement hygiénique, opium le soir; l'éruption pâlit successivement à la face, au tronc et aux extrémités, et le 19, nous regardions ce malade en voie de guérison, lorsque nous fûmes frappé de l'altération et de la pâleur de sa physionomie; décubitus latéral, abattement, pouls fréquent, sans résistance, sueurs froides; toux, expectoration muqueuse, mélangée de sang, respiration fréquente, râles sous-crépitants disséminés. L'altération de la physionomie est si grande que nous nous bornons à faire promener sur les membres des sinapismes et à donner à l'intérieur des bouillons et des potions antispasmodiques.

Le 20, même état, mêmes prescriptions.

Le 21, asphyxie commençante, teinte asphyxique de la face, expectoration très abondante.

Le 22, asphyxie croissante, anxiété, fétidité de l'haleine.

Le 23, découragement, faiblesse excessive qui ne permet pas d'ausculter le malade.

Le 24, asphyxie complète, teinte cyanique générale, expectoration moins abondante, d'une apparence brunâtre; le malade ne peut expectorer dans son crachoir.

Le 25, râle trachéal; mort le 26, à neuf heures et demie du soir.

*Nécropsie.* — Caillots décolorés dans le ventricule droit qui est hypertrophié; les parois ont environ de 0,008 à 0,01 d'épaisseur; poumons emphysémateux antérieurement; rougeurs uniformes de la muqueuse du larynx, détachement de l'épithélium; rougeur uniforme de la muqueuse des bronches; œdème du tissu pulmonaire qui présente, outre la distension et la dilatation des bronches des altérations lobulaires profondes; quelques lobules sont seulement infiltrés de sang offrant un aspect apoplectique; d'autres, d'une couleur livide, s'écrasent sous le doigt, sans présenter l'aspect granuleux de l'hépatisation rouge; enfin dans quelques points, notamment du lobe inférieur gauche, ce tissu pulmonaire est creusé de petites cavités d'où s'écoule une sanie brunâtre, et qui paraissent tapissées d'un commencement de fausse membrane; dans d'autres points, le tissu pulmonaire d'une couleur brune verdâtre, sans texture apparente, présente tous les caractères d'une décomposition gangréneuse; la rate est très volumineuse, son tissu est diffluent, d'une couleur rouge chocolat; rougeurs disséminées dans l'intestin. Rien à noter ni dans le foie, ni dans les reins.

Obs. X. — *Rougeole confluente; productions plastiques dans le tissu cellulaire du poumon gauche.* — Nidiau, du 62e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entre au Val-de-Grâce le 14 mars, atteint de rougeole confluente, réaction, éruption rapprochée, toux férine sèche. Une saignée. Le 15, l'éruption a pâli; toux fréquente, bon état général, expectoration muqueuse. Le 16, alimentation légère qu'on continue jusqu'au 18, mais qu'on est forcé de suspendre par le fait du retour de la fièvre; toux, dyspnée; nouvelle saignée, pas de couenne, potion stibiée 0,3. Le 19, fièvre, dyspnée, 36 inspirations, pouls fréquent, râles humides disséminés. Le 20, mêmes symptômes, pâleur de la face, anxiété.

Le 21, respiration très fréquente, 38 inspirations; crachats nummulaires, râles sous-crépitants et muqueux disséminés. Tartre stibié 0,3.

Le 22, tolérance, mêmes symptômes, asphyxie croissante, teinte cyanique de la face. Le 23, même état. Potion antispasmodique, opium le soir.

Le 24, asphyxie, anxiété, cyanose générale, extrémités froides.

Le 25, aggravation; mort le 26, à cinq heures du soir.

*Nécropsie.* — Le cœur droit est distendu par des caillots fibrineux décolorés; rougeur uniforme des bronches, altération remarquable du tissu pulmonaire, consistant en productions blanches jaunâtres constituées par des fausses membranes contenant des leucocystes situées extérieurement sur le trajet des veines pulmonaires, séparant les différents lobules principaux, et se continuant sous la plèvre pulmonaire, notamment du côté gauche, disposition qui rappelle tout à fait celle des productions tuberculeuses sous-pleurales, bien que le microscope confirme la nature plastique et purulente de ces productions; productions pseudo-membraneuses récentes sur la face libre de la plèvre pulmonaire gauche, adhérence des lobes supérieurs et inférieurs; pneumonie lobulaire dominant à gauche; hépatisation rouge de la partie inférieure du poumon gauche, œdème général; les veines pulmonaires entourées extérieurement de ces productions plastiques n'offrent aucune altération de leur surface interne; rougeurs disséminées de l'intestin; cerveau fortement sablé.

*Anatomie pathologique.* — Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les lésions anatomiques qui ont dominé, nous trouvons les lésions des membranes tégumentaires internes; tube digestif, surface respiratoire. La mort ayant été le plus souvent la conséquence de l'asphyxie par supersécrétion des bronches, la muqueuse était uniformément congestionnée, l'épithélium détruit, le calibre des bronches augmenté, enfin il existait une quantité considérable de mucosités spumeuses plus ou moins purulentes; les veines pulmonaires présentaient, en général, une distension remarquable; enfin, les vésicules pulmonaires, remplies elles-mêmes de mucosités, comprimées par les bronches dilatées et les veines distendues, se produisaient avec les caractères des altérations plus ou moins bien déterminées, confondues sous le nom de splénisation, de ramollissement rouge et gris, dont les divers degrés donnaient au tissu de l'organe une apparence marbrée. Rarement les altérations étaient assez rapprochées pour affecter les caractères de l'inflammation lobaire qui, suivant la distinction anatomique établie par M. Robin, se rattache aux hypérémies du système vasculaire pulmonaire, tandis que, dans la rougeole, la maladie procède plutôt de la surface muqueuse et du système vasculaire qui l'anime.

Dans la dixième observation, il existait une lésion bien remarquable: une exsudation albumino-fibrineuse suivait manifestement le trajet des vaisseaux pulmonaires, et allait se continuer avec une lésion semblable du tissu cellulaire sous-séreux de la plèvre pulmonaire, comme s'il y avait eu exsudation des productions albumino-fibrineuses à travers les parois des vaisseaux que celles-ci entouraient. Dans ces derniers temps, l'ingénieux auteur de la pathologie cellulaire a rattaché toute production anatomique à la prolifération des cellules, et contesté les idées de Hunter et de l'école allemande sur les sécrétions morbides comme point de départ des produits de l'inflammation: « Pour moi, dit Virchow, » lorsque la fibrine se produit dans l'organisme en dehors du sang,

» ce n'est pas du sang qu'elle provient, mais bien du tissu local. » (*Pathologie cellulaire*, p. 135.)

L'examen sérieux de la lésion de l'observation IX me paraît important au point de vue de la théorie nouvelle. La disposition de l'altération rappelait tellement celle de certains dépôts tuberculeux, situés du côté adhérent des membranes séreuses, que je dus avoir recours à la bienveillance de M. Robin pour confirmer mon appréciation. J'insiste sur la ressemblance de ces deux lésions à propos de l'idée des sécrétions morbides, parce qu'il est établi pour moi, par une étude de plus de vingt années, que la matière tuberculeuse est toujours à son origine en rapport avec l'arbre veineux.

L'uniformité des lésions, leur marche en quelque sorte fatalement progressive, rappelaient les caractères des lésions érysipélateuses dues aux influences nosocomiales. Dans l'observation X, il y avait, de plus, des foyers apoplectiques et gangréneux, comparables aux lésions du tissu cellulaire de l'érysipèle gangréneux, de sorte qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, comme à celui de la marche de la maladie, la rougeole se rattachait aux maladies septicémiques.

Sur plus de vingt autopsies faites avec soin, je n'ai trouvé qu'une seule fois des granulations tuberculeuses; à la vérité, celles-ci existaient chez un homme fort, vigoureux, qui m'avait affirmé n'avoir jamais eu de maladies antérieures, de sorte qu'il paraissait naturel d'attribuer leur production à l'existence de la rougeole. Dans un autre cas, au contraire, dont malheureusement je n'ai pas retrouvé l'observation, la mort survenue tardivement après plus de six semaines, la persistance de la toux, l'abondance de l'expectoration, m'avaient fait soupçonner l'existence de granulations, et cependant, non-seulement je n'en trouvai nulle trace, mais la lésion des bronches, par la teinte pâle de la congestion, l'intégrité du tissu pulmonaire, ne permettaient pas d'attribuer la mort à autre chose qu'à la faiblesse; rien donc, dans l'épidémie de 1860, ne m'induit à penser que la rougeole favorise le développement de la tuberculisation, comme l'affirment Hoffmann, MM. Guersant, Rilliet et Barthez; d'autre part, la rougeole n'a frappé aucun des nombreux tuberculeux qui remplissaient nos salles, et je n'apporte aucun fait en faveur de l'opinion de Franck qui attribuait à la rougeole une influence fatale sur la marche de la phthisie; « Phthisis pulmonalis in iis præsertim, qui jam ante » morbillorum adventum tuberculis laborarunt occurrit. » (*Praxeos medicinæ universæ præcepta.*)

Je serai donc disposé, en ce qui me concerne, à croire, avec M. Rufz (*Gaz. méd.*, 1857), que l'influence de « la rougeole sur » le développement de la tuberculisation pulmonaire pourrait bien » n'être pas aussi démontrée qu'on le croit, et qu'il serait à dési» rer que l'attention des observateurs se portât de nouveau sur » ce point. »

*Marche, durée.* — En général, les malades atteints de rougeole ne sont entrés à l'hôpital, et même ne se sont déclarés malades, qu'après l'apparition de l'éruption; et comme beaucoup d'entre eux accusaient, lors de leur entrée, de sept à neuf jours de maladie, il est manifeste que la période prodromique n'a pas toujours été limitée à quatre jours.

Les symptômes au début étaient l'accablement, la faiblesse, et un mouvement fébrile qui s'est produit assez souvent sous la forme rémittente à paroxysmes nocturnes; les épistaxis ont été au moins fort rares.

En général, le mouvement fébrile cessait au moment de l'éruption dans les formes légères, ou un ou deux jours après dans les formes graves, pour reparaître au début des complications pulmonaires; la toux, d'abord sèche, sonore, incessante, ne s'accompagnait d'expectoration, qu'à l'époque de la cessation de l'éruption cutanée; elle devenait d'abord de plus en plus abondante, puis de transparente qu'elle était, elle devenait opaque, épaisse, et présentait l'apparence des crachats nummulaires de la phthisie; dans un seul cas où il y avait gangrène, elle fut sanguinolente et d'un aspect sanieux.

Dans un petit nombre de cas, la rougeur s'étendit aux voies digestives, et, dans ces cas, la complication survenait à une époque plus éloignée du début de la maladie, et se produisait avec les caractères d'un choléra sporadique; plus souvent, elle s'étendait du côté de la muqueuse respiratoire, en général, en progressant fatalement, sans que ni réaction spontanée, ni action médicatrice, pussent arrêter dans sa marche les progrès de l'asphyxie qui frappait les malades de faiblesse, imprimait à leur physionomie un cachet de lividité particulière, et colorait leur peau d'une teinte veineuse, rappelant parfois la cyanose du choléra. Forme grave de la maladie, qu'on voyait s'enter à l'hôpital sur des formes simples en apparence lors du début, sans qu'on pût isoler véritablement la complication de la maladie principale, la rougeole simple se transformant en rougeole asphyxique pour ainsi dire, par une extension nécessaire de l'éruption de la peau à la surface des membranes tégumentaires internes.

L'étude de la durée de la maladie confirme pour sa part l'interprétation donnée aux faits de l'épidémie de 1860; en effet, si la gravité de la maladie eût dépendu seulement du génie particulier de l'épidémie, non-seulement la rougeole aurait présenté au début quelques-uns des caractères de gravité qu'ont signalés les épidémistes, mais encore elle aurait par une marche rapide accusé l'influence d'une action funeste à l'organisme; il n'en a pas été ainsi. Non-seulement la rougeole de 1860 se présentait au début sous la forme d'une maladie bénigne et franche, s'aggravant successivement jusqu'à la période asphyxique, mais encore la durée de cette progression funeste excédait la durée moyenne donnée par les années antérieures.

En effet, en relevant sur le registre de décès 40 cas de rougeole dans les années antérieures à 1860, je trouve que la durée moyenne du séjour à l'hôpital est en moyenne de 12 jours, minimum 2, maximum 59; tandis qu'en 1860, la moyenne est de 17 jours, minimum 4, maximum 50.

De sorte que la rougeole de 1860, tout en dépassant non-seulement la moyenne de gravité de la rougeole chez l'adulte, mais encore les limites extrêmes de léthalité, a présenté dans sa marche une durée plus grande que dans les épidémies antérieures; condition qu'il est plus facile d'attribuer à des influences nosocomiales, qu'à l'action mystérieuse qu'on désigne sous le nom de *génie épidémique*.

*Traitement.* — Nous ne sommes pas en possession dans le traitement de la rougeole d'une médication aussi active et efficace que les affusions froides contre la scarlatine. La marche lente, successive de la rougeole, la faiblesse, le manque de réaction, n'indiquent pas en général l'emploi de la saignée; et dans l'épidémie de 1860, la mollesse du pouls, la pâleur du visage, semblaient devoir l'exclure, lorsque nous y avons eu recours; elle a eu plutôt pour conséquence d'accroître la faiblesse que d'apaiser les accidents pulmonaires.

Willan, M. Rilliet, ont insisté sur l'action avantageuse des antimoniaux dans le traitement des complications pulmonaires; nous y avons eu recours avec d'autant plus de confiance, que, dans l'épidémie de 1844, nous en avions retiré de meilleurs effets. Les préparations actives, tartrate antimonié à la dose de 0,3, avaient pour effet immédiat de provoquer des purgations abondantes, plus rarement des vomissements et rarement de la tolérance; l'action consécutive était plus manifestement de la faiblesse que de la sédation du côté des organes respiratoires; de sorte que nous devions nous borner à des prescriptions moins actives, le kermès par exemple, médication peu en rapport avec la gravité des accidents. Suivant Willan, l'opium, surtout après l'emploi des antimoniaux, favorise la transpiration et le sommeil, et active le retour des forces. Nous y avons eu recours avec confiance, par souvenir, de son efficacité dans la variole grave; mais encore ici le remède paraissait peu en rapport avec la puissance du mal; il surexcitait le malade, et aggravait les symptômes asphyxiques en diminuant l'expectoration.

Quant aux vésicatoires, nous avons été obligé d'y renoncer par suite du danger de leur dégénérescence diphthéritique ou gangréneuse.

Restaient l'emploi des boissons chaudes, la surveillance du malade et la direction hygiénique.

Huxam a tracé en quelques lignes la règle à suivre à propos des conditions de température, au milieu desquelles il faut placer le malade :

« Erumpentibus morbillis, ab aere frigido madidisque sudore » indusiis summopere cavendum est. His enim creberrime reper- » cutiuntur exanthemata, neque interea æstuoso in aere continen- » dus est æger, nec strangulis nimium onerandus, nam et spirandi » difficultatem adaugent et sudores immodicos elicient, præcipue » in adultis, quod nihil pejus. » (*De aere et morbis epidemicis opera.*)

Ces préceptes, acceptés par Lepecq de la Clôture, sont-ils les seuls qui ressortissent à une bonne direction hygiénique de la rougeole?

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les maladies fébriles, on constate que les unes, les fièvres de marais par exemple, s'améliorent par le fait du séjour du malade à l'hôpital, et subissent peu l'influence des conditions nosocomiales; d'autres au contraire, notamment le choléra, la rougeole, la fièvre typhoïde, s'aggravent manifestement dans le milieu hospitalier. Dans ces trois affections, l'état du malade s'aggrave toujours pendant la nuit; dans toutes trois, la respiration est manifestement altérée : dans la rougeole, par les mucosités bronchiques; dans la fièvre typhoïde, par l'insuffisance de l'activité musculaire; dans le choléra, par l'état du sang. Il importe donc de surveiller plus activement dans ces malades que dans d'autres les conditions d'une bonne aération, et toutes celles qui concernent la salubrité médicalement comprise du régime hospitalier.

---

**De la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie : Note communiquée à l'Académie de médecine dans sa dernière séance, par M. le docteur Billod, médecin de l'asile des aliénés de Saint-Gemmes-sur-Loire.**

L'observation suivie et attentive d'un grand nombre d'épileptiques m'ayant conduit à une théorie qui me semble concilier les deux opinions contradictoires qui vont se trouver en présence dans la discussion soulevée par l'importante communication de M. le professeur Trousseau sur la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie, j'ai l'honneur d'en soumettre l'exposé au jugement de l'Académie.

Cette théorie reposant tout entière sur une distinction de la congestion cérébrale en primitive ou consécutive à l'épilepsie, il importe, avant tout, d'envisager la congestion cérébrale sous ce double point de vue.

Nous pouvons d'abord établir, comme un fait hors de toute contestation, que, dans tout accès d'épilepsie, le cerveau se congestionne sous l'influence des modifications apportées par l'état convulsif des muscles respirateurs dans les systèmes circulatoire et respiratoire de l'épileptique en accès.

C'est cette congestion du cerveau, congestion successive et comparable à celle que l'on observe dans l'asphyxie, qui nous a paru expliquer, par sa persistance après l'accès, la période comateuse qui succède souvent à la période convulsive, et c'est elle qui constitue finalement la principale cause de mort chez les épileptiques pendant leurs attaques ou à leur suite, dans les cas surtout où ces attaques, se succédant avec rapidité et en grand nombre, ajoutent incessamment à l'intensité de cette cause. Car il est rationnel de penser que, dans ce cas, la congestion cérébrale, après avoir été un effet de la convulsion, devient cause elle-même, ou s'ajoute, tout au moins, à la cause des attaques subséquentes, ce qui a fait dire à M. Girard que en pareille circonstance, *les accès s'appellent.*

Après avoir établi que l'accès d'épilepsie est une cause de congestion cérébrale, démontrons qu'il en est quelquefois un effet, de telle sorte que l'on peut dire de l'épilepsie ce que Sarcone a dit de la douleur par rapport à l'inflammation : qu'elle est tout à la fois *fille* et *mère* de la congestion cérébrale.

A l'appui de cette proposition que la congestion cérébrale est souvent une cause d'épilepsie, nous pourrions d'abord citer les attaques épileptiformes qui s'observent si souvent dans le cours de la paralysie générale, et qui se distinguent si peu, suivant nous, des attaques d'épilepsie véritable, que nous avons l'habitude de les désigner à nos internes comme des accès d'*épilepsie symptomatique*, en sous-entendant *symptomatique de congestions*. Mais, en dehors de la paralysie générale des aliénés, nous croyons qu'il est des cas où l'apoplexie, soit par congestion, soit par hémorrhagie cérébrale, peut produire des accès d'épilepsie, et ces cas ne sont autres, suivant nous, qu'un certain nombre de ceux sur lesquels M. le professeur Trousseau s'appuie dans sa communication, et nous pouvons en citer nous-même quatre exemples des plus probants.

Le premier nous a été offert par un vieillard de soixante-et-dix-sept ans, entré à l'asile le 5 août 1855, et mort le 17 mars 1857, en état de démence sénile sans paralysie générale. Cet homme, dont le père et un frère sont morts paralysés par suite d'apoplexie, et dont une sœur et un aïeul ont fini par la démence, avait présenté lui-même, il y a une quinzaine d'années, des symptômes d'apoplexie par congestion, mais n'avait jamais subi aucune atteinte du mal caduc, lorsqu'à trois reprises différentes, dans l'année qui a précédé sa mort, il fut pris, entre autres symptômes de congestion cérébrale, d'attaques épileptiques. Le traitement de la congestion amena chaque fois la cessation des attaques. La mort du malade eut lieu à la suite d'une agitation violente avec fièvre, bientôt suivie de coma avec résolution des membres et dilatation des pupilles.

L'autopsie révéla une vive injection des méninges avec un état évidemment congestif de la substance cérébrale.

Deux autres exemples sont pris également chez des vieillards : un homme et une femme. Tous deux furent frappés, longtemps après leur admission dans l'établissement, d'attaques absolument identiques quant à la forme, d'accès d'épilepsie véritable, évidemment liés à un état de congestion cérébrale primitive et cédant au traitement de cette dernière. L'un et l'autre avaient eu des antécédents d'apoplexie sans attaques semblables. Tous deux étaient en démence. L'un est mort, et l'autopsie a confirmé l'existence de la congestion. La fin de l'autre ne paraît pas être éloignée.

Le quatrième exemple nous est offert par un homme de quarante-neuf ans, de la plus vigoureuse constitution et de la plus haute stature, qui a, tous les deux ou trois mois, un accès unique d'épilepsie, précédé, pendant huit ou dix heures, d'un état de congestion cérébrale des plus caractérisées.

Chez les quatre malades que nous venons de citer, il ne saurait être douteux que la congestion cérébrale n'eût été primitive à l'épilepsie. Cela nous semble résulter évidemment de la constatation qui a été faite, avant les accès, chez ces malades, de symptômes caractérisés de congestion cérébrale, de l'efficacité des moyens dirigés contre cette même congestion, et de l'existence, chez trois au moins, d'antécédents apoplectiques.

Ma conviction est, en outre, que, dans ces cas, comme dans tous ceux qui leur ressemblent de loin ou de près, la congestion cérébrale est la cause de l'épilepsie ; et s'il m'était permis d'exprimer, avec toute la réserve possible, une opinion sur la pathogénie de l'épilepsie survenant dans de telles conditions, je dirais qu'elle est peut-être le résultat, en quelque sorte mécanique, de la compression du cerveau rendu turgescent par le fait de la congestion, et j'ajouterais que, dans les cas où il existe un foyer apoplectique antérieur, la compression du caillot par le même cerveau congestionné pourrait bien aussi n'être pas étrangère à la production des attaques convulsives.

A propos des quatre exemples que je viens de citer d'épilepsie consécutive à la congestion cerébrale et pouvant en être considérée comme l'effet, je dois dire que M. le docteur Étoc-Demazy, médecin en chef de l'asile du Mans, à qui je signalais l'un d'eux dans une visite de mes services il y a trois ans, m'a dit avoir observé, peu de jours auparavant, un cas analogue, et je ne crois pas trop m'avancer en affirmant qu'il n'est pas un aliéniste expérimenté qui n'en ait enregistré de semblables dans sa pratique.

De tout ce qui précède, il nous semble résulter :

1° Que l'épilepsie, suivant qu'elle est consécutive ou primitive à la congestion cérébrale, peut être divisée en *symptomatique* de cette même congestion et en *idiopathique ;*

2° Que, dans l'épilepsie *idiopathique*, la congestion cérébrale n'est d'abord qu'un *effet* de l'attaque, tandis que, dans l'épilepsie *symptomatique*, elle peut à bon droit en être considérée comme la *cause;*

3° Que les attaques épileptiformes observées dans le cours de la paralysie générale se rattachent à ladite épilepsie symptomatique de congestion;

4° Que tous les cas auxquels M. le professeur Trousseau fait allusion peuvent se diviser : A en ceux dans lesquels l'épilepsie est idiopathique, et a été rapportée à tort à la congestion cérébrale apoplectiforme, B ceux dans lesquels l'épilepsie est symptomatique de cette même congestion;

5° Qu'en contribuant à faire ressortir, avec toute l'autorité attachée à sa parole, dans les cas de cette dernière catégorie, la fréquence, jusque-là méconnue, d'une forme d'épilepsie qui, pour être symptomatique de la congestion cérébrale, n'en est pas moins caractéristique, l'éminent professeur aura rendu un véritable service à la science et à l'art auquel cette notion est loin d'être indifférente;

6° Mais que l'existence de l'épilepsie, dans ces mêmes cas, loin d'exclure la congestion cérébrale apoplectiforme, la confirme, au contraire, du moment où elle ne peut en être considérée que comme l'effet.

---

NOTE SUR LA PRODUCTION DE SYMPTOMES CÉRÉBRAUX A LA SUITE DE CERTAINES LÉSIONS DU NERF AUDITIF, **communiquée à l'Académie de médecine dans la dernière séance par le docteur BROWN-SÉQUARD, médecin de l'Hôpital national pour les paralytiques et les épileptiques, à Londres.**

La communication intéressante, récemment faite par M. Ménière à l'Académie de médecine, m'engage à signaler quelques faits que j'ai déjà en partie publiés (1), et qui montrent que la question traitée par cet habile médecin était plus avancée qu'il ne l'a cru.

I. J'ai trouvé que, chez les Batraciens, la plus légère blessure du nerf auditif suffit pour produire les phénomènes suivants : 1° le tournoiement; 2° un état particulier du membre antérieur du côté opposé à celui du nerf lésé; ce membre est presque constamment tenu dans l'extension par suite de la contracture de certains muscles et de la paralysie de quelques autres; 3° un degré notable d'hyperesthésie de la peau.

Tant que l'animal vit, les phénomènes qui précèdent persistent à des degrés variables.

La section des canaux demi-circulaires chez les Batraciens ne produit aucun des phénomènes précédents, excepté dans les cas où l'opération s'accompagne de quelques lésions du nerf auditif. Ce nerf (contrairement à l'opinion de Müller et de Magendie, que les nerfs des sens supérieurs sont dénués de sensibilité) est presque aussi sensible que le nerf trijumeau chez les Batraciens.

II. Chez les mammifères, j'ai trouvé que la piqûre ou la section du nerf auditif dans le crâne est suivie immédiatement du même mouvement de rotation qui suit la piqûre du pédoncule cérébelleux moyen. La sensibilité, surtout dans les membres du côté correspondant au nerf lésé, s'augmente notablement. Il est rare que les animaux survivent à cette expérience; sur ceux qui ont survécu, j'ai constaté l'existence d'une légère paralysie du côté correspondant à la lésion, et la persistance du mouvement rotatoire sous l'influence d'excitation même légère.

III. Des faits pathologiques observés par R. Bright, par Walter, Lincke, Burggrave, et, plus récemment, par M. Hinton, montrent l'influence des lésions du nerf auditif, dans l'oreille interne, sur l'encéphale. Des convulsions, du vertige, des mouvements rotatoires ont été observés dans des cas où l'encéphale a été trouvé tellement sain, que ces symptômes n'ont pu être considérés que comme des phénomènes sympathiques ou réflexes, excités par la lésion du nerf auditif.

Me fondant sur ces faits pathologiques, sur les résultats de mes expériences, sur les effets d'une injection froide dans l'oreille et sur l'influence d'un bruit soudain sur toutes les personnes faibles ou nerveuses ayant perdu leur contrôle sur la tendance aux mouvements réflexes, j'ai conclu que *le nerf auditif a la puissance de produire, par action réflexe, des convulsions, du vertige et d'autres symptômes de trouble des fonctions de l'encéphale.*

(1) Voyez mon livre : *Experimental Researches applied to Physiology and Pathology*, 1853, p. 21 et 99; la *Notice sur mes travaux*, Paris, 1855, p. 41; enfin mon livre : *Courses of Lectures on the Physiology and Pathology of the central nervous system*, 1860, p. 195.

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

CHIRURGIE. — M. *Duval* lit quelques portions d'un travail ayant pour titre : *Considérations sur les amputations : de la conservation des membres, et spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu.*

Ce travail, dont le titre indique suffisamment l'objet, a pour base les observations recueillies par l'auteur à l'hôpital principal de la marine de Toulon et à l'hôpital Saint-Mandrier sur des militaires de l'armée d'Italie blessés à Magenta et à Solferino. (*Comm.* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert.)

CHIRURGIE. — *Sur la dépression du bas-fond de la vessie par le porte-à-faux à deux leviers*, par M. *Heurteloup*. — Bien que déprimant légèrement le bas-fond de la vessie, le porte-à-faux ne se trouve jamais en contact avec la membrane muqueuse. Cette membrane est séparée de la cuiller par un lit de poudre fine formant coussin moelleux, produite par le démolissement qui précède l'usage du porte-à-faux. Lorsque même on veut atteindre la membrane du bas-fond à travers cette poudre, on ne le peut pas; la large surface plate du dos de la cuiller s'y oppose.

CHIRURGIE. — *Nouvelles remarques à l'appui de la réclamation de priorité précédemment élevée à l'égard de* M. Heurteloup, *à l'occasion de sa précédente communication sur le porte-à-faux*, par M. *Guillon*. — Ces deux notes sont renvoyées à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).

MÉDECINE. — M. *Verouden* envoie de Ferborgh, province de Gueldre (Pays-Bas), une note concernant le traitement qu'il a fait suivre à un homme qu'on pouvait croire atteint d'hydrophobie, quoique le chien par qui il avait été mordu ne fût pas enragé. Il signale, à cette occasion, les inconvénients des cautérisations employées sans ménagements, dans les cas de morsures suspectes, cautérisations qui déterminent parfois certains accidents qu'on pourrait confondre avec ceux qu'on avait intention de prévenir. (Renvoi à l'examen de M. Rayer.)

CHIRURGIE. — *Sur les résections sous-périostées*, par M. *Demarquay*. — L'auteur, après avoir rappelé, dans un court exposé historique, les travaux de plusieurs chirurgiens français et étrangers, et nommément ceux de M. Ollier, résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

Le premier chirurgien qui, à Paris, a le mieux cherché à appliquer à la chirurgie humaine les idées de M. Flourens sur les propriétés du périoste, c'est Blandin. Si les résultats qu'il a obtenus n'ont pas été tous satisfaisants, cela tient à ce qu'une grande partie du périoste enveloppant les os qu'il a reséqués était détruite par l'inflammation ulcérative.

Conformément à l'opinion de M. Sédillot, les résections faites dans les articulations malades ne peuvent donner, au point de vue qui nous occupe, que des résultats peu satisfaisants, attendu que l'on agit sur des parties très malades, les os sont profondément

altérés, le périoste qui les recouvre est détruit, et les lambeaux du périoste que l'on conserve dans ces cas ne peuvent pas produire une régénération osseuse; c'est ce dont je me suis convaincu en faisant plusieurs résections articulaires.

Toutefois, il n'est pas douteux que, dans des conditions toutes particulières, on ne puisse obtenir une reproduction osseuse parfaite, si on a le soin de conserver intégralement le périoste; cela résulte des faits contenus dans ce travail. Dans le premier de ces faits, on voit un maxillaire inférieur moins fort, il est vrai, et rappelant un peu celui des vieillards, se former en onze mois à la place de celui que j'ai enlevé. Dans le second fait, les deux bouts reséqués du péroné sont réunis par un arc osseux formé manifestement par le périoste conservé.

Pour obtenir ce résultat, il ne suffit point de conserver le périoste, il faut encore avoir soin d'immobiliser la partie sur laquelle a porté la résection. Aussi, toutes les fois qu'un tuteur naturel, comme le tibia ou le cubitus, viendra assurer cette immobilité, on sera plus sûr du succès. Cela résulte de mes propres observations et de celles que j'ai pu faire sur les opérés de M. Blandin.

Dans toutes les opérations sous-périostées, le chirurgien doit plutôt se préoccuper de la conservation de la fonction que de la forme même de l'os qu'il cherche à obtenir. Ce dernier, en effet, ayant rarement les mêmes qualités que le premier, quoique au point de vue fonctionnel, il le remplace parfaitement. C'est ce qui est arrivé au malade de M. Blandin, auquel il avait reséqué la clavicule. Cette différence s'explique d'ailleurs par l'état maladif du périoste ou par sa destruction partielle.

PATHOLOGIE. — *Note sur un cas d'apoplexie de l'un des pédoncules du cervelet, diagnostiquée pendant la vie*, par M. *Nonat*. — Dans la séance du 26 novembre dernier, M. Flourens a communiqué une observation de M. le professeur Poelman (de Gand) relative à une lésion caractérisée par le dépôt d'un grand nombre de concrétions calcaires dans la substance du cervelet, des pédoncules cérébelleux moyens et du pont de Varole. Suivant l'auteur, le chien atteint de cette lésion se trouvait dans l'impossibilité de coordonner ses mouvements volontaires, et exécutait, à plusieurs reprises dans la journée, des mouvements gyratoires tout à fait indépendants de la volonté.

A l'occasion de ce fait, M. le Secrétaire perpétuel a appelé l'attention des physiologistes et des médecins sur « le rapport exact des phénomènes pathologiques avec les fonctions des parties lésées, » et il a cherché à « établir qu'il est possible pendant la vie de diagnostiquer le siége des apoplexies en remontant des symptômes à l'organe lésé. »

Le cas rapporté par M. Poelman m'a remis en mémoire un fait analogue, mais d'une importance plus grande encore au point de vue de la physiologie et de la pathologie humaines, en ce qu'il a été observé chez l'homme lui-même.

OBS. — En 1845, pendant que j'étais médecin à la Salpêtrière, on amena dans ma division une femme d'une soixantaine d'années qui venait d'être frappée d'une attaque d'apoplexie. L'intelligence était abolie, la sensibilité générale anéantie; les mouvements volontaires étaient paralysés. La malade se tenait couchée sur le côté droit, et sa tête était fortement inclinée du même côté par la contraction spasmodique des muscles de la région latérale droite du cou. Mais le phénomène suivant fixa surtout notre attention : les yeux étaient immobiles et dirigés obliquement, l'œil droit en bas et en dehors, l'œil gauche en haut et en dedans. Invoquant alors les données de la physiologie expérimentale, je n'hésitai pas à diagnostiquer une hémorrhagie dans le pédoncule cérébelleux droit.

La malade succomba le lendemain, et, à l'autopsie, nous trouvâmes, comme je l'avais prévu, un épanchement sanguin récent, du volume d'une petite châtaigne, occupant le pédoncule cérébelleux du côté droit et pénétrant même un peu dans l'épaisseur de l'hémisphère correspondant. Le reste de l'encéphale était sain; les méninges nous parurent intactes.

Peu de faits nous semblent aussi propres à faire ressortir l'utilité de l'induction physiologique appliquée à la détermination du siége des lésions cérébrales. Étant prosecteur de Magendie en 1831, j'avais souvent, à l'exemple de ce célèbre physiologiste, pratiqué sur des animaux vivants la section des pédoncules du cervelet, et bien étudié les effets de cette expérience. Personne n'ignore aujourd'hui qu'après la section des pédoncules cérébelleux l'animal tombe du côté lésé, et qu'il tourne involontairement autour de son axe longitudinal et toujours dans le même sens. On sait aussi que les yeux changent de direction, et qu'ils sont entraînés par un mouvement spasmodique, l'un (celui du côté lésé) en bas et en dehors, l'autre en haut et en dedans. Entre ces phénomènes et ceux que nous avons observés chez notre malade, l'analogie est facile à saisir. Dans les deux cas, même direction anormale des yeux; même inclinaison de la tête et du tronc, du côté lésé. La seule différence (et encore est-elle plus apparente que réelle), c'est que chez la malade soumise à notre observation il y avait une simple tendance au mouvement de rotation, tandis que ce mouvement s'exécute chez les animaux. Sans une notion très exacte de cet ordre de faits physiologiques, nous eût-il été possible de porter un diagnostic aussi précis?

Nous sommes heureux de pouvoir fournir une observation de plus à l'appui des idées soutenues par M. Flourens touchant la possibilité de déterminer, pendant la vie, le siége de certaines apoplexies, en remontant des symptômes à l'organe lésé. Malheureusement le cercle de ces déterminations est encore assez restreint, en raison de la difficulté qu'on éprouve à localiser les fonctions des centres nerveux à mesure qu'on se rapproche du cerveau.

---

SÉANCE DU 14 JANVIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

M. *le Ministre d'État* transmet ampliation d'un décret impérial, en date du 3 courant, qui confirme la nomination de M. *Longet* à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie, par suite du décès de M. *Duméril*.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Longet* prend place parmi ses confrères.

M. *Legrand du Saulle* soumet au jugement de l'Académie une note intitulée : *De l'influence de l'atmosphère des cafés sur le développement des maladies cérébrales*. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer.)

M. *Pappenheim* adresse une note sur l'origine des maladies du cœur. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. *Ozanam* présente une note sur les *réactions chimiques des fausses membranes*. — Il résulte de ce travail que la dissolution des fausses membranes n'a pu être obtenue, à l'aide de l'*eau pure*, au bout de vingt-cinq jours; que cette dissolution a été obtenue, au bout d'un temps variable, à l'aide du *chlore* (cinq ou six heures), du *brome* (une heure), de l'*iode* (un quart d'heure), du *chlorure de brome* (deux ou trois heures), du *chlorure d'iode* (cinq jours), de l'*acide sulfurique* (quelques minutes), de l'*acide phosphorique* (dissolution incomplète), de l'*eau régale* (une heure), de l'*acide chlorhydrique* (simple ramollissement), de l'*acide citrique* (dissolution incomplète), du *suc de citron* (simple ramollissement), de la *potasse au dixième* (vingt-quatre heures), de la *soude au dixième* (douze heures), de l'*ammoniaque* (ramollissement), de l'*eau de chaux au dixième* (vingt-quatre heures), du *chlorate de potasse* (troisième ou quatrième jour), du *perchlorure de fer* (durcissement sans désagrégation), du *bichlorure d'hydrargyre* (durcissement).

---

## **Académie de Médecine.**

SÉANCE DU 23 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet : *a.* Une note de M. *Kunkler*, médecin à Placerville (Californie), sur une épidémie de diphthérie. (*Comm.*: M. de Kergaradec.) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Chantreuil* (de Cambrai), sur une épidémie de variole qui a régné à Villers-en-Cauchois en 1860. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Billod*, relative à une nouvelle théorie de l'épilepsie. (*Comm.: M.* Trousseau.) — *b*. Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Maurice (Doubs) pendant l'année 1860, par M. le docteur *Tuefferd* fils. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un mémoire sur la fièvre jaune, par M. le docteur *Fleury*, chirurgien de la marine. (M. Beau, *rapporteur.*) — *d*. Un mémoire de M. le docteur *Lambron* (de Bagnères-de-Luchon), intitulé : *De l'hypertrophie des amygdales, de ses fâcheuses conséquences, de ses complications, et de son traitement par les eaux thermales sulfurées en douches sur les tonsilles.* (*Comm.*: MM. Patissier, Tardieu, Blache.) — *e*. Un travail ayant pour titre : *Études rétrospectives sur la chlorose*, par M. le docteur *Cazenave* (de Bordeaux). (*Comm.*: MM. Bricheteau, Jolly, Bouillaud.) — *f*. Une note de M. *Brown-Séquard* à l'occasion de la dernière communication de M. Ménière. (*Commission déjà nommée.*) — *g*. Une lettre de M. le docteur *Charles Rouhier*, de Recey-sur-Ource (Côte-d'Or), qui adresse à l'Académie deux *fac-simile* d'une pièce frappée au nom de *Claude Quartier*, doyen de la Faculté de médecine de Paris en 1680. (*Dépôt aux archives.*) — *h*. Une note sur l'obligation de pratiquer l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes, par M. le docteur *Laforgue* (de Toulouse). (*Commission nommée.*)

M. *le président* fait part à l'Académie de la mort de M. *Heller*, membre titulaire, décédé le 19 courant.

M. *Guérard* dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur *Fournier* (de l'Aude), sur les rapports des médecins et des pharmaciens avec les sociétés de secours mutuels.

*Lectures.*

M. *H. Bouley*, au nom de la commission des onze, donne lecture d'un rapport concluant qu'il y a lieu de *déclarer une place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.*

En outre, la commission exprime le vœu qu'à l'avenir les nominations se succèdent avec rapidité, et que les déclarations de vacance à remplir aient lieu toujours immédiatement après l'élection destinée à combler une vacance déclarée.

Les conclusions de ce rapport étant adoptées, M. le *président* déclare la vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

Médecine légale. — M. *Devergie*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Tardieu et Adelon, lit un rapport sur un mémoire de M. Hatin, ayant trait à une question de responsabilité médicale relative à l'hystérotomie *post mortem*.

Le rapporteur, après avoir donné une analyse sommaire du travail de M. Hatin, et après avoir rappelé l'arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 15 avril 1839, qui prescrit aux médecins-inspecteurs de la vérification des décès l'*autopsie des femmes mortes en état de grossesse, dans le but de tenter de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé*, termine son rapport par les conclusions suivantes :

« La commission se borne à déclarer qu'à son avis la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder.

» En conséquence, elle propose : 1° de déclarer qu'il n'y a lieu à aucune intervention active de la part de l'Académie ; 2° d'adresser une lettre de remerciments à M. Hatin ; 3° de déposer son mémoire dans les archives.

La discussion du rapport de M. Devergie est ajournée jusqu'à l'époque de la discussion du travail de M. de Kergaradec.

*Discussion sur la congestion cérébrale.*

M. *Piorry*. Si on voulait une nouvelle preuve de la nécessité d'introduire des réformes dans le langage médical, je la trouverais dans la dernière communication de M. Trousseau. Elle fourmille d'expressions surannées, de mots barbares et vides de sens, de locutions arbitraires et bizarres, capables de frapper l'esprit des ignorants ou du vulgaire, mais peu faites assurément pour flatter l'oreille des vrais savants, et pour satisfaire les exigences de la science. Que signifient ces mots : *mal caduc*, *vertige*, *vertige comitial*, *convulsion clonique* et *tonique*, *hébétude de la face*, *grimaces du visage*, etc.? Mais surtout, je le demande, qu'est-ce donc que ces dénominations étranges d'*étonnement cérébral*, d'*impatience du cerveau?* Que dirait-on si j'allais parler de l'étonnement de l'estomac ou de l'impatience de l'utérus?

Je ne ferais pas si vivement la guerre aux mots s'ils ne conduisaient trop facilement à l'abus des choses. Mais voyez à quelle déplorable conséquence la fureur des vieilles locutions a poussé M. Trousseau. Notre collègue en est venu à comprendre sous la dénomination d'*apoplexie*, non-seulement l'hémorrhagie cérébrale, mais encore la congestion et le ramollissement!

Le mot d'*épilepsie* est tout aussi vague, tout aussi mal défini que celui d'apoplexie. C'est ce qui fait, sans doute, que M. Trousseau confond avec la véritable épilepsie, c'est-à-dire avec le *grand mal*, le *petit mal* ou l'*aura* des auteurs et certaines attaques de congestion cérébrale.

L'*aura* doit être soigneusement distinguée de l'épilepsie. L'aura, c'est l'excitation à l'occasion de laquelle la grande attaque va se produire ; c'est un ébranlement nerveux, une *névropallie*, qui commence sur un point du corps ou de la tête, arrive aux nerfs optiques et aboutit aux tubercules quadrijumeaux. L'aura peut ne pas produire l'épilepsie ; alors l'ébranlement nerveux s'arrête en route ; voilà le petit mal. Mais s'il peut y avoir *aura* sans épilepsie, la réciproque n'est pas vrai, et je soutiens qu'il n'y a point d'épilepsie sans *aura*. Dans les cas où on ne l'a pas trouvée, c'est qu'on l'a mal cherchée ; on l'a cherchée loin de la tête, tandis qu'elle se produit très communément dans les nerfs mêmes de l'œil.

Quant aux congestions cérébrales, il y a longtemps que j'ai signalé les difficultés de diagnostic qu'elles présentent et les confusions nombreuses qui se commettent journellement à leur sujet. Rien ne ressemble aux phénomènes de la congestion cérébrale comme les phénomènes de certains états de syncope, comme les phénomènes de l'asphyxie, comme les phénomènes de certains empoisonnements, comme les phénomènes de la stase mécanique du sang veineux dans les vaisseaux intra-crâniens. Dans un mémoire, que M. Trousseau a bien voulu citer avec éloge, j'ai longuement insisté sur ces faits, et j'ai cherché à *établir* les signes diagnostiques à l'aide desquels on pouvait éviter la confusion, particulièrement en ce qui concerne la syncope.

Je ne nie pas qu'un certain nombre de cas, attribués à la congestion cérébrale, doivent être rapportés à l'épilepsie ; mais je crois que M. Trousseau a singulièrement exagéré l'importance de cette donnée ; et il a eu tort, à mon avis, de faire presque table rase de la congestion au profit de l'épilepsie.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe avant tout de bien étudier et de bien connaître, ce n'est ni l'étonnement cérébral, ni l'impatience du cerveau, ni l'épilepsie, ni la syncope, ni la congestion, ni le vertige ; mais ce sont les différents états organiques qui donnent lieu à ces manifestations morbides, et les causes très diverses qui peuvent en provoquer l'explosion.

M. *Trousseau*. J'éprouve le besoin de donner ici quelques explications, car je crains de n'avoir pas été très bien compris. Je ne nie point la congestion cérébrale, je la regarde même comme assez fréquente ; mais ce que je révoque en doute, c'est l'existence de la congestion dite *apoplectiforme*, de cette variété dans laquelle le malade tombe subitement, comme frappé d'apoplexie, et reste un temps plus ou moins long privé de connaissance. Je suis très formellement d'avis que c'est là un accident épileptique. En formulant cette opinion, je ne la revendique pas comme mienne ; c'est depuis longtemps celle de praticiens éminents ; et ma dernière communication n'a eu d'autre but que de fixer l'attention sur cette idée, de la mettre en relief et de la propager comme une chose que je crois vraie. Depuis mardi, j'ai pu me convaincre que mes efforts n'ont pas été vains ; et jusqu'à présent tous les organes de la presse médicale ont unanimement partagé l'opinion que j'ai développée. En outre, j'ai reçu les adhésions précieuses de deux médecins distingués, dont personne ne contestera la compétence dans ces matières, M. Herpin (de Genève) et M. Pialat (de Saint-Étienne).

Dans un grand nombre de cas nous nous faisons volontairement complices des erreurs commises à cet égard. Il n'est personne de nous qui, ayant reconnu un épileptique, ne dissimule son diagnostic aux yeux du malade et même de la famille. J'ai vu dernièrement, avec M. Roche, un malade atteint d'accidents

héréditaires, de nature épileptique. Ces accidents, le malade et la famille les nomment des *évanouissements;* nous avons respecté ce mot incapable d'effrayer ; c'est le diagnostic de consolation que nous avons porté devant les parents.

Je ne reviendrai pas sur la querelle de mots qu'on m'a faite. Je dirai seulement qu'en parlant d'*étonnement* cérébral, j'ai simplement voulu traduire le mot latin *stupor*, qui désigne l'ensemble des phénomènes auxquels je faisais allusion.

Quant à l'*impatience* du cerveau, c'est une expression figurée par laquelle j'ai entendu exprimer l'état de souffrance et de dérèglement qui se manifeste dans les fonctions de l'homme dont le cerveau est subitement frappé par une lésion grave ou des animaux auxquels on enlève une portion de l'encéphale.

Je regrette que M. Baillarger et M. Falret ne soient pas ici pour nous apporter sur cette question le tribut de leurs lumières et de leur longue expérience. Je ne crois pas me tromper en avançant que nos éminents collègues auraient peut-être émis une opinion analogue à celle que je soutiens.

M. *Bouillaud* demande à M. Trousseau, de vouloir bien définir la congestion apoplectiforme.

M. *Trousseau*. Je veux bien reconnaître que le terme apoplexie est un mauvais mot; mais faute de mieux, et comme il est généralement accepté, je l'emploierai encore. Nous disons qu'il y a apoplexie quand nous voyons un homme violemment prostré, jeté à terre. Or, dans l'épilepsie, comme l'a fait judicieusement remarquer Van-Swieten dans ses *Commentaires sur Boerhaave*, les attaques sont fréquemment accompagnées de petites ecchymoses, en nombre infini, sur la face, sur le cou, sur la poitrine. Il est bien permis de supposer que le violent effort qui a produit ces milliers d'ecchymoses s'est fait sentir sur le cerveau, aussi bien que sur les capillaires de la peau, et que la substance grise surtout est criblée aussi de ces taches ecchymotiques; c'est là ce que j'appelle la congestion cérébrale apoplectiforme, mais consécutive à l'épilepsie.

M. *Tardieu*. Notre collègue M. Trousseau incline à rattacher à l'épilepsie la plupart des accidents cérébraux autrefois désignés sous le nom de congestion apoplectiforme. Je ne nie pas absolument la vérité de cette opinion. Seulement je demande à faire des réserves en ce qui concerne une variété d'accidents extrêmement fréquents dans le cours de la paralysie générale. Les malades atteints de cette grave maladie sont souvent frappés d'attaques subites qui ne sont point de l'épilepsie, mais qui présentent une grande analogie avec les crises épileptiques, et que la majorité des aliénistes rattachent avec raison, selon moi, à la congestion encéphalique.

Je pense donc que les phénomènes dits de congestion apoplectiforme n'appartiennent pas exclusivement à l'épilepsie ; mais qu'on les observe encore très fréquemment dans la paralysie générale. On comprend, sans que j'y insiste, combien il importe de faire cette distinction.

M. *Durand Fardel* fait remarquer que des accidents du même genre s'observent aussi au début et dans le cours du ramollissement cérébral, lequel n'est, dans la plupart des cas, que la lésion ultime et comme l'aboutissant d'une congestion cérébrale.

M. *Malgaigne* déclare qu'il commence à ne plus voir très clair dans l'histoire de la congestion cérébrale. Au milieu de toutes ces formes diverses qu'on a maintenant de la tendance à admettre, il se demande ce que devient la congestion cérébrale ordinaire, celle de la pratique vulgaire. Existe-t-elle, ou n'existe-t-elle pas? Faut-il décidément l'admettre comme une vérité pathologique, ou doit-on la rejeter comme une erreur qui a fait son temps? Il espère que la suite de la discussion viendra répondre d'une manière satisfaisante à cette question.

— La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

ANÉVRYSME POPLITÉ ; LIGATURE DE LA FÉMORALE. — ANÉVRYSMES FÉMORAUX GUÉRIS SPONTANÉMENT. — CORPS ÉTRANGER DU GENOU. — ARRACHEMENT DU POUCE.

M. *Verneuil* communique à la Société un cas d'anévrysme poplité. Il essaya d'abord la compression digitale ; après plusieurs séances, pendant lesquelles la compression ne put être faite d'une manière complète, à cause des douleurs éprouvées par le malade, on employa les compresseurs mécaniques ; mais ces appareils ne purent non plus être bien supportés ; et comme la tumeur, qui avait déjà le volume d'un gros œuf de dinde, continuait à s'accroître, M. Verneuil se décida à pratiquer la ligature, après avoir pris conseil de quelques-uns de ses collègues, de M. Richet en particulier. La fémorale fut liée au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

Les battements avaient disparu immédiatement après l'opération ; mais le troisième jour on sentit de nouveau des battements; ils étaient peu prononcés, sans expansion, et on n'entendait pas de bruit de souffle. Cet état persista, et le malade sortit de l'hôpital. Depuis ce moment, M. Verneuil l'a revu à divers intervalles, et chaque fois il constatait une diminution progressive de la tumeur ; aujourd'hui elle est fort peu volumineuse, et les battements continuent.

M. Verneuil pense que, malgré cela, on peut considérer ce cas comme une guérison ; l'absence des mouvements d'expansion et du bruit de souffle, la diminution progressive de la tumeur permettent de tirer cette conclusion malgré la persistance des battements ; c'est surtout pour avoir l'avis de ses collègues sur ce point que M. Verneuil a présenté le malade à la Société.

MM. *Broca*, *Chassaignac*, *Gosselin* et *Richet* pensent également que le malade peut être considéré comme guéri.

— Une autre communication relative au même sujet est faite par M. *Follin;* il présente deux pièces anatomiques recueillies sur une femme de soixante-dix ans, morte dans son service à la Salpêtrière. Au moment de son entrée la malade avait sur le membre inférieur gauche des taches ecchymotipues et une plaque gangréneuse sur le troisième orteil gauche ; elle succomba à une affection pulmonaire, sans que les lésions du membre aient fait des progrès notables.

A l'autopsie on trouva deux anévrysme des fémorales contenant des caillots fibrineux, anciens, périphériques, et d'autres caillots noirs, mous, contenus dans un canal central persistant au centre de la tumeur. L'artère contenait des dépôts calcaires qui en gênant et ralentissant la circulation avaient amené la coagulation du sang, la formation des caillots. C'était donc une guérison spontanée des tumeurs anévrysmales.

— M. *Colson* (de Noyon) adresse une observation de corps étranger de l'articulation du genou ; le malade avait une hydarthrose qui fut prise pendant plusieurs années par une tumeur blanche ; plus tard, M. Colson, appelé à traiter le malade, reconnut la présence du corps étranger et en fit l'extraction par la méthode sous-cutanée. Guérison.

— M. *Larrey* présente, au nom de M. Perrier (de la Charité-sur-Loire), un cas d'arrachement du pouce avec un tendon : la malade a guéri.

Jules Rouyer.

**Société médicale des hôpitaux.**

SÉANCE DU 23 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES.

La discussion sur les paralysies diphthériques semble terminée, M. Roger, dans la séance d'aujourd'hui, a résumé, en les accompagnant de réflexions très judicieuses, les points de vue opposés auxquels se sont placés ses collègues dans cette discussion. M. Roger se rallie à l'opinion de MM. Sée, Trousseau, Maingault et de quelques autres qui n'ont pas pris la parole, pour admettre l'existence d'une paralysie spéciale diphthérique. MM. Gubler et Bouchut ont été seuls à n'y voir qu'un accident qui peut être consécutif à la plupart des maladies aiguës. M. Bouchut, qui va plus loin encore que M. Gubler, se maintient, sous le rapport de l'étiologie de ces paralysies, dans les généralités les plus compréhensives et blâme ceux qui, au lieu de s'élever à la conception de vastes idées, morcellent la pathologie. Si M. Roger avait quelque goût pour la discussion, s'il ne cherchait à éviter toute allusion personnelle, il pourrait, dit-il, montrer le vague et l'inanité de ces vues d'ensemble pour des questions où l'on ne peut espérer de précision et de profit réel que de l'observation attentive du détail ; il pense que M. Bouchut a montré vraiment trop d'humilité en mettant ses idées sous le patronage de Tissot, dont le langage ne peut plus être considéré comme digne de la science. S'il est bon de généraliser, il est mieux encore de particulariser pour arriver à des notions exactes. De quelle utilité serait-il pour le diagnostic et le pronostic, de se refuser à reconnaître des *espèces* parmi les paralysies consécutives aux affections aiguës? Faudrait-il donc pour chaque cas s'enquérir de toutes les causes possibles? Au contraire, si l'on connaît par avance la fréquence et la valeur d'une certaine cause pathogénique, la recherche n'en sera-t-elle pas plus rapide et plus sûre? La spécialisation ne facilite pas moins le pronostic; en ce qui touche les paralysies diphthériques ; elle nous apprend que la forme généralisée guérira ordinairement avec facilité; que les accidents mortels (introduction du bol alimentaire dans les voies aériennes, paralysie du diaphragme) sont rares; que l'amaurose, accident assez fréquent, n'a pas la gravité de celle qui survient dans l'albuminurie ou le diabète, et guérit assez vite.

Il est rationnel de faire intervenir, dans la détermination d'une espèce morbide, la considération de la fréquence, aussi bien que de la forme des accidents ; ainsi ont été établies justement les paralysies dues aux intoxications par le plomb, par le sulfure de carbone, etc. Si de pareils phénomènes se montrent une ou deux fois seulement à la suite d'une maladie aiguë, il est sage de penser d'abord à une coïncidence, si les cas se répètent, la fréquence autorisera au contraire à croire à l'existence d'une espèce spéciale. Cette fréquence est déjà démontrée pour la diphthérie, puisque M. Maingault seul a relevé 90 cas de paralysie. Mais on n'a pas encore exprimé par des chiffres la proportion véritable de cet accident avec le nombre des cas de diphthérie observés sur une grande échelle. C'est ce que M. Roger a entrepris en établissant la statistique de l'hôpital des Enfants pour une année entière. Il a dressé par ce moyen un tableau qui ne sera mis sous les yeux de la Société que dans la prochaine séance, parce qu'il y manque encore quelques chiffres, mais dont l'aspect général montre que la proportion des accidents paralytiques a été presque d'un sur trois cas de diphthérie.

Ce tableau sera probablement, pour le moment, le dernier argument de cette discussion, aucun membre de la Société ne s'étant fait inscrire pour parler après M. Roger.

M. *Moutard-Martin* a lu, dans la même séance, un rapport assez étendu sur le mémoire relatif au traitement de la fièvre intermittente par les préparations arsenicales, qui a été présenté à la Société au mois de novembre dernier, par M. Sistach, mémoire dont nous avons donné dans le temps un aperçu général. Les conclusions du rapport sont, en général, favorables aux vues de l'auteur, sauf plusieurs critiques de détail.

M. *Marcé* commence la lecture d'un mémoire fort étendu sur la *stupeur* étudiée principalement dans les maladies mentales. Nous donnerons une idée générale de cet important travail quand l'auteur aura complété sa communication.

Dr E. ISAMBERT,

---

IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**De la syphilis transmise par la vaccination,** par M. le docteur VIENNOIS.

**Même sujet,** par M. DIDAY.

Le mémoire de M. Viennois (*Archives générales de médecine*, juin, juillet, septembre 1860) comprend l'étude de deux séries de faits : dans le premier groupe se rangent les cas des sujets parfaitement sains, n'ayant jamais eu de syphilis, ni héréditaire, ni acquise, et qui sont devenus syphilitiques par le fait de l'opération vaccinale ; le deuxième groupe comprend les cas où la syphilis était déjà latente chez les individus qu'on allait vacciner, et alors la syphilis peut être développée chez eux, sous forme d'éruption générale, à l'occasion de la vaccination. Nous limiterons cette analyse à l'étude du premier groupe, le plus important, comme l'a fait M. Diday dans un article critique (*Gazette médicale de Lyon*, n° 19) dont nous reproduisons les points les plus essentiels.

Lorsque le vaccin pris sur un sujet syphilitique est inoculé chez un sujet sain, il peut, d'après M. Viennois, survenir deux résultats bien différents, suivant la manière dont l'inoculation a eu lieu, ou plutôt selon la nature du liquide dont la lancette s'est chargée.

En effet :

« Lorsque, dit-il, on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique, et qu'on inocule à un sujet sain ce même vaccin *pur et sans mélange de sang*, on n'obtient que la pustule vaccinale, sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée.

» Au contraire, si avec le vaccin d'un syphilitique on vaccine un sujet sain, et que la pointe de la lancette ait été chargée d'un peu de sang en même temps que du liquide vaccinal, on peut transmettre par la même piqûre les deux maladies : la vaccine avec l'humeur vaccinale, et la syphilis avec le sang syphilitique. »

Ainsi M. Viennois avait à prouver, d'une part, que l'inoculation du sang d'un syphilitique peut donner la syphilis; de l'autre, que l'inoculation du liquide vaccinal développé chez un syphilitique ne peut pas donner la syphilis.

Relativement à la première proposition, M. Viennois invoque une vingtaine de faits; M. Diday émet quelques réserves à l'égard de l'inoculation de la syphilis à l'aide du sang; plusieurs des faits acceptés par M. Viennois ne lui paraissent pas parfaitement authentiques; et, d'autre part, il demande que, tout en tenant compte des faits positifs, on ne néglige pas les faits négatifs. Or, voici à quel résultat on arrive en établissant ce parallèle :

*Faits positifs.* — Inoculation de Vanner, 1 ; inoculations du Palatinat, 3; inoculation de M. Gibert, 1. Total des faits positifs, 5.

*Faits négatifs* — Inoculations de M. Diday (juin 1848), 16; inoculation de M. Diday sur lui-même, 1 ; inoculation de M. Diday (septembre 1849), 1 ; inoculations du Palatinat, 6. Total des faits négatifs, 24.

Ainsi, tout en admettant la contagiosité du sang, M. Diday conclut qu'il possède cette propriété à un degré plus faible que d'autres véhicules organiques.

Quant aux arguments que M. Viennois invoque pour établir que c'est bien par l'intermédiaire du sang du sujet vaccinant que la vaccination transmet la syphilis, M. Diday ne les accepte pas non plus sans réserve.

Ainsi M. Viennois dit que, si c'était le liquide vaccinal qui donne la vérole, tous les sujets qu'on vaccine avec le bouton du même enfant devraient la prendre. Or, dans l'un des cas qu'il cite, 19 seulement l'ont contractée sur 24; dans l'autre, 8 ou 9 sur 13. M. Diday trouve que c'est beaucoup trop. « Croit-on donc, dit-il,

qu'un vaccinateur tant soit peu expérimenté ne sache éviter de prendre du sang sur sa lancette que dans le tiers, dans le cinquième des vaccinations? Et, tout au contraire, ne lit-on pas dans le travail de M. Viennois que M. Moutain a vu 30 enfants vaccinés avec du vaccin pris sur un sujet syphilitique, et chacun ne présenter ensuite d'autre maladie que l'éruption vaccinale? Trente piqûres sur un même sujet sans avoir une seule fois été jusqu'au sang, est-ce croyable en présence de la facilité de saignement dont témoignent les faits ci-dessus? »

Un autre argument se tirerait de cette circonstance, que, lorsque la vaccination a donné la vérole, la lancette s'était trouvée chargée de sang. Mais cela est contesté, et, par exemple, M. Hübner, qui a vu 8 enfants prendre la syphilis par la vaccination, écrit à M. Viennois qu'il n'a transmis que le liquide vaccinal et pas de sang.

Le dernier argument, c'est que, dans tous les cas de syphilis vaccinale que M. Viennois a pu compulser, toujours la vaccination avait été pratiquée de bras à bras, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables pour que le sang soit accidentellement inoculé. M. Diday, tout en admettant que c'est là la meilleure raison à invoquer, ajoute : « Serait-il trop hasardé, néanmoins, de dire que si l'on n'a pas vu le vaccin des tubes transmettre la vérole, c'est que le virus syphilitique s'y conserve moins longtemps à l'état inoculable que le virus syphilitique? »

Après avoir prouvé la possibilité de la transmission par le sang, il restait à prouver l'impossibilité de la transmission par le pus vaccinal pris sur un syphilitique. M. Viennois en appelle à ce sujet aux faits négatifs de Bidard, Schréen, Taupin, exemples de vaccin pris sans résultat fâcheux sur des syphilitiques. M. Diday soutient, au contraire, que ces observations peuvent bien prouver que le fait est rare, mais pas du tout qu'il soit impossible. Il fait remarquer que, lorsqu'un sujet sain gagne la syphilis par la vaccination, la vaccine se développe d'abord au point inoculé, et que la syphilis se manifeste plus tard au même endroit. Or, cette pustule, qui hier était vaccinale, qui demain sera syphilitique, n'est-il pas *positif que, à un moment donné, elle a contenu,* quoique offrant alors l'aspect parfaitement normal des boutons vaccinaux, l'agent capable de communiquer la syphilis? « Or, chez le sujet vaccinant et syphilitique, la même propriété peut se cacher sous la même apparence. Une pustule vaccinale sur un syphilitique peut donc renfermer, en même temps que le vaccin, le principe spécifique dont est imprégnée la constitution du sujet chez qui elle a germé; éventualité d'autant plus insidieuse que là ce n'est point, comme quand il s'agit d'un accident primitif, une lésion constante, distincte, appréciable.

» L'*imprégnation* syphilitique du pus du bouton développé sur un sujet vérolé participe de la variabilité et de l'instabilité, qui sont le propre de l'évolution des accidents secondaires. Elle aura lieu chez un individu, non chez un autre; elle existera demain, non aujourd'hui; elle empruntera pour expression anatomique la forme pustuleuse propre à la vaccine ordinaire, et sans l'altérer d'une manière sensible, toutes circonstances qui, naturellement, obscurcissent l'observation.... »

**De l'iode considéré comme emménagogue;** par M. le docteur Rizet, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Nancy.

Les propriétés emménagogues de l'iode ont été signalées depuis longtemps par Coindet, Bréra et, plus récemment, par un assez grand nombre de médecins. MM. Trousseau et Pidoux ont donné, sur ces propriétés, des renseignements plus précis que cela n'avait été fait avant eux, en disant que l'iode n'amène de résultats chez les chlorotiques qu'après l'emploi des martiaux; que c'est alors seulement que l'usage de ce médicament rend plus abondant l'écoulement des règles; que chez les femmes colorées dont le flux menstruel est peu abondant et en même temps peu douloureux, l'iode, en augmentant l'écoulement, provoque aussi les douleurs; qu'il est, au contraire, très utile chez les femmes fortement colorées, peu réglées, et chez lesquelles cette fonction se fait sans douleurs.

M. Rizet a eu l'occasion d'observer trois faits, dont il donne la relation, et qui confirment de tout point l'opinion de MM. Trousseau et Pidoux. Seulement, ces observations ont ceci de particulier que c'est après l'emploi à l'intérieur de l'iode que s'est montré l'effet emménagogue; ce qui revient à dire que l'iode a été absorbé autrement que par la voie digestive.

Dans la première de ces observations, qui rentre dans la première catégorie de MM. Trousseau et Pidoux, il s'agit d'une jeune fille chlorotique, chez laquelle les préparations ferrugineuses, longtemps continuées, n'avaient pas réussi à rétablir d'une manière définitive les règles supprimées, et chez laquelle M. Rizet eut à traiter une péritonite. Les frictions mercurielles ayant produit rapidement de la salivation, on leur substitua des frictions avec une pommade iodurée (2 grammes d'iodure de potassium pour 30 grammes d'axonge); en trente-six heures, on usa 100 grammes de cette pommade. Au bout de cette époque, la malade déclara avoir ses règles qui se maintinrent quelques jours (jusqu'au 3 février).

On continua encore les frictions pendant dix jours (32 grammes de pommade par jour). Le 8 mars, nouvel écoulement qui ne dura que deux jours; pareil phénomène le 8 avril et le 6 mai.

La deuxième observation est relative à une jeune fille, âgée de quinze ans, colorée, réglée depuis l'âge de douze ans, assez régulièrement, mais pendant un jour seulement. M. Rizet, ayant été appelé à la traiter pour un abcès à la cuisse, fit, dans la cavité purulente, sept injections de teinture d'iode (de 60 grammes, avec parties égales d'eau). Chacune de ces injections fut suivie d'effets toxiques, d'abord assez intenses, puis successivement atténués. L'écoulement menstruel, qui se montra quatre fois pendant cet intervalle, dura, à chaque fois, deux jours, au lieu d'un jour seulement, et se fit plus abondamment que d'habitude. Plus tard, il devint moins abondant, tout en continuant à se prolonger pendant quarante-huit heures.

Ce cas rentre dans la deuxième catégorie de MM. Trousseau et Pidoux.

Le sujet de la troisième observation, femme d'un tempérament lymphatico-sanguin, portait des fistules au sein, restes d'un abcès profond, suite de couches. D'après une consultation écrite de M. Velpeau, M. Rizet employa les injections iodées (50 grammes de teinture et 2 grammes d'iodure pour 200 grammes d'eau), deux fois par jour. Les premières provoquèrent, vers la gorge, une assez vive irritation, avec goût métallique, un peu de larmoiement et quelques vertiges; ce fut, du reste, l'affaire de peu de jours, et, en moins d'un mois, tous les trajets se trouvèrent cicatrisés.

Dans la première quinzaine de cette médication, les règles, qui, depuis six mois, n'avaient pas reparu, coulèrent de nouveau avec plus d'abondance qu'avant leur suppression, et cela durant l'espace de cinq jours. Cette période de cinq jours se maintint trois mois; au bout de ce temps elle tomba à deux jours, ce qui était le terme normal de leur apparition avant la grossesse.

En présence de ces faits, il est permis de se demander, avec M. Rizet, si l'on ne pourrait pas employer très utilement l'iode en friction sur l'abdomen pour certains cas de suspension du flux menstruel. C'est une question à étudier. (*Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire*, t. I, 3e partie.)

**Du traitement de la névralgie sciatique par la cautérisation de l'oreille externe,** par M. le docteur G. Finco (de Padoue).

M. Finco a écrit un plaidoyer des plus convaincus en faveur de cette vieille pratique, à l'égard de laquelle il nous est impossible de partager son enthousiasme. Nous faisons toutes réserves en ramenant l'attention sur ce sujet, mais les documents offerts au public médical par M. Finco sont assez considérables pour mériter au moins une mention.

Le nombre des malades traités par M. Finco est de 48 : sur ce nombre il y en a 30 qui furent guéris en peu de jours et presque toujours par une seule cautérisation; 10 qui se trouvèrent notablement soulagés, et 8 insuccès, tous relatifs à des cas compliqués

(de scorbut, de miliaire, etc.), et dans lesquels M. Finco, tout en considérant la cautérisation comme contre-indiquée, l'a cependant appliquée à titre d'essai.

Quant aux cas de guérison, il n'y en a pas trois dans lesquels la névralgie, récidivée du même côté ou du côté opposé sous l'influence renouvelée de la cause pathogénique, telle qu'un refroidissement, exigea une seconde application du cautère.

Ces résultats seraient certes fort beaux, au point de vue de la cautérisation auriculaire, si M. Finco s'était borné à l'emploi exclusif et isolé de ce moyen. Mais il n'en a pas été ainsi, tous les malades, un seul excepté, ont été soumis, préalablement à la cautérisation, à un « traitement débilitant, tant local que général », plus ou moins énergique, et que plusieurs fois la névralgie ne céda après la cautérisation qu'à l'emploi des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné. C'est également ce moyen qui triompha des sciatiques qui, de l'aveu de M. Finco, ont été seulement améliorées par l'application du fer rouge sur le pavillon de l'oreille. (*Gazetta medica Italiana Lombardia*, 1860, numéro 38-41.)

**Note sur le développement de glandes utérines dans les sarcomes** (corps fibreux) **de l'utérus et des ovaires;** par le professeur ROKITANSKY.

Les tumeurs dont il s'agit se rattachent intimement, par leur composition anatomique, à certaines altérations qui se produisent dans la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux de la matrice dans le cours du catarrhe utérin chronique. La muqueuse affectée de catarrhe chronique présente parfois un boursouflement spongieux, aréolaire ou granuleux, qui tient à l'hypertrophie du tissu interposé aux glandes utérines, et qui s'accompagne d'un allongement de ces glandes ou d'une dilatation de leur cavité. Ailleurs, on trouve la muqueuse et ses glandes uniformément hypertrophiées; cette hypertrophie circonscrite peut donner lieu finalement à un véritable polype pédiculé (polypes muqueux) dans lequel les glandules allongées finissent par s'oblitérer en totalité ou en partie. Dans ce dernier cas, leurs vestiges se remplissent parfois de mucosités gélatiniformes ou de substance colloïde, se dilatent et finissent par former des amas de petits kystes arrondis ou polyédriques disséminés dans un stroma de tissu connectif : ce sont alors des polypes dits *celluleux* dans lesquels les kystes superficiels s'ouvrent parfois, se vident, et sont ensuite remplacés par des kystes normaux.

Dans certains cas, l'élongation des glandes ne se fait pas seulement dans le sens de la cavité utérine, mais également de dedans en dehors, du tissu sous-muqueux dans le tissu propre à l'utérus, au milieu duquel elles forment alors une espèce de bouchon d'aspect fibreux.

Parfois encore l'hypertrophie du tissu sous-muqueux aboutit au développement de tumeurs fibreuses dans l'intérieur desquelles on trouve non-seulement des fragments des glandes allongées, mais encore des culs-de-sac de nouvelle formation, qui finissent par donner lieu au développement de petits kystes.

Comme dérivés de cette forme, on trouve certains polypes fibreux de l'utérus qui contiennent des culs-de-sac glandulaires; ceux-ci peuvent dériver des glandes normales; mais il y a des cas où ils sont des produits de nouvelle formation. On les trouve, en effet, dans l'épaisseur de polypes volumineux, à une grande distance de la muqueuse. Ces culs-de-sac peuvent ensuite subir les diverses modifications décrites plus haut, et notamment se transformer en kystes. Il arrive alors que le tissu propre du corps fibreux vient bourgeonner dans l'intérieur des kystes sous forme d'excroissances papillaires. Le corps fibreux présente alors, sur une coupe, un aspect crevassé et granuleux. Ce qui se passe ici est absolument la reproduction de ce que l'on observe dans le développement des tumeurs adénoïdes du sein. Il s'agit par conséquent ici de véritables *tumeurs adénoïdes* de l'utérus. Ces tumeurs se rencontrent également dans l'ovaire avec tous les caractères propres aux glandes utérines, ce qui met hors de doute la possibilité de la formation sur place de glandes de ce genre. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 37.)

**Atrophie congénitale du maxillaire inférieur : conséquences pratiques,** par M. le docteur MAURICE.

La brièveté congénitale de la mâchoire inférieure, observée par Schubarth, Béclard, Geoffroy Saint-Hilaire, n'est pas seulement curieuse en tant que *cas rare*, ce vice de conformation a un intérêt plus direct pour le praticien, parce qu'il peut rendre l'allaitement maternel impossible, et devenir ainsi une cause indirecte de la mort de l'enfant.

C'est ce qui est arrivé très probablement dans les cas relatés par M. Maurice. L'enfant fut présenté à ce médecin huit jours après la naissance par la mère, qui avait beau lui offrir le sein. Bien que le mamelon fût bien formé et assez long, l'enfant, malgré tous ses efforts, ne pouvait le prendre pour sucer. Elle avait, par suite, été obligée de l'alimenter à la cuiller.

Voici en quoi consistait le vice de conformation reconnu par M. Maurice :

Le menton était enfoncé au lieu d'être saillant; la cause de cette difformité était un défaut de développement du maxillaire inférieur, qui était beaucoup plus petit qu'il n'aurait dû l'être, quoique complet dans toutes ses parties. L'arcade alvéolaire inférieure, rapprochée de la supérieure, se tenait à environ 1 centimètre en arrière d'elle. En pressant derrière les angles de la mâchoire pour la pousser en avant, on pouvait bien la rapprocher de la supérieure jusqu'à 4 ou 5 millimètres, mais il était impossible de l'amener au contact. Lorsqu'on mettait le doigt dans la bouche de l'enfant, il se mettait aussitôt à exercer sur lui des mouvements de succion très énergiques, qui attestaient suffisamment que, s'il ne pouvait teter sa mère, cela tenait uniquement au vice de conformation de sa mâchoire inférieure. La brièveté de celle-ci, en effet, ne lui permettait pas de saisir et presser entre ses arcades alvéolaires les mamelons de sa mère, beaucoup trop courts, bien que cependant ils fussent plus développés qu'ils ne le sont d'habitude chez les primipares nourrices.

M. Maurice conseilla d'allaiter l'enfant au *biberon*, *en attendant* qu'on pût trouver une nourrice ayant des mamelons assez longs pour que l'enfant pût les saisir, et, au cas où on n'en aurait pas trouvé, de le faire allaiter par une chèvre. La mère n'en persista pas moins à vouloir allaiter elle-même son enfant, et à l'en croire elle y serait parvenue en faisant saillir fortement son mamelon par la pression des doigts, et en le présentant à l'enfant non pas au milieu de la bouche, mais vers les côtés. Quoi qu'il en soit, l'enfant succomba, au bout de quelques jours, à la suite de vomissements bilieux et d'un ictère général; si la nourriture insuffisante, conséquence du vice de conformation, n'a pas été la cause unique et directe de l'affection qui entraîna la mort, elle a dû pour le moins y prédisposer puissamment. (*Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de Loire*, t. Ier, 3e partie.)

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Klinik der embolischen Gefaesskrankheiten** (*Clinique des affections emboliques du système vasculaire*), par le docteur B. COHN, médecin de l'hôpital de la Toussaint à Breslau. In-8° de 696 pages. Berlin, 1860. Hirschwald.

On dit qu'il y a encore des esprits excellents qui refusent définitivement de capituler avec les embolies. Le croira qui voudra; pour moi, je me permets d'en douter. Voyez plutôt le chemin que les embolies ont fait de ce côté du Rhin depuis que nous nous en occupons. Elles ont trouvé droit de cité jusque dans les Académies et dans les Sociétés savantes les plus illustres. Adoptées par des autorités considérables, elles comptent aujourd'hui parmi nous des partisans nombreux et zélés. En vérité, nous n'avons plus grand'-chose à envier à l'Allemagne.

Hélas! après avoir refusé d'abord de la suivre dans une voie fort

sage, nous nous précipitons à la suite de ses rêveurs les plus aventureux, et nous les distançons par la hardiesse de nos fantaisies En voici une que certes on ne s'attendait guère à voir apparaître sur les rives du Rhône, et à laquelle on chercherait en vain un pendant dans les brouillards les plus épais de la Sprée : il ne s'agit de rien moins que de la suppression du nourrissage maternel, déclarée cause d'embolie de l'artère pulmonaire.

C'est M. Th. Perrin qui a *commis* cette erreur étiologique, dans un travail lu à la Société médicale de Lyon (voy. *Gazette médicale de Lyon*, 1860, n° 19) : « Comme la plupart de ces faits d'embolie de l'artère pulmonaire, dit l'auteur, ont été observés dans les hôpitaux, on peut présumer que ces femmes n'allaitaient pas leurs enfants. Ce qui contribuerait à donner une certaine valeur à cette opinion, c'est la fréquence des polypes fibrineux dans les cavités du cœur, constatés par M. Beau dans la péritonite puerpérale » (autre effet de la suppression de l'allaitement maternel pour M. Th. Perrin).

Ce n'est là qu'un exemple isolé, mais il ne serait pas difficile d'en citer d'autres.

Reconnaissons toutefois que telle n'est pas la tendance la plus générale. Beaucoup suivent un courant tout inverse, et, abusant à leur tour de ce qui fait leur force, arrivent par un excès de scepticisme à mettre en suspicion des faits qui ont reçu depuis longtemps une éclatante démonstration.

Iliacos intra muros peccatur et extra.

En sera-t-il toujours de même? Espérons que non. L'insuffisance des données empiriques est cause de cette anarchie. Que des observations bien faites se produisent en nombre suffisant, et la paix pourra se faire.

L'ouvrage de M. Cohn, s'il trouve des lecteurs en France, aura sa part dans cette œuvre de conciliation. Les faits nouveaux qu'il renferme sont nombreux, et, pour la plupart, bien observés. C'est une source à laquelle on pourra puiser avec une entière confiance des documents parfaitement authentiques. Seulement l'appréciation de ces pièces exigera de la part du lecteur une critique bien attentive, car si M. Cohn est un observateur éminent, il me paraît, d'un autre côté, se contenter trop volontiers de peu quand il s'agit d'interpréter et de démontrer. Parmi les observations qu'il range, sans hésiter, dans les cas non douteux d'embolies, il en est un assez grand nombre pour lesquelles une pareille affirmation est, pour le moins, extrêmement hasardée. Avec un peu plus de discernement et de doute philosophique apportés au triage des matériaux, le livre eût été un peu moins gros, il est vrai, mais peu de lecteurs s'en seraient plaints.

Quoi qu'il en soit, ce volume mérite d'être lu. A lui seul il suffirait, à peu près, pour mettre le lecteur au courant de toutes les questions qui ont été soulevées à la suite des premières recherches du professeur Virchow. On ne trouvera pas, à la vérité, que M. Cohn, malgré sa grande activité, ait changé en grand'chose l'état de la science sur ces divers points. Le nombre des aperçus qui lui appartiennent personnellement est fort restreint. Son ouvrage n'en est pas moins fortement marqué au coin d'un cachet individuel dans la plupart de ses parties. M. Cohn annonce lui-même, dans sa préface, que son intention était surtout d'étudier la question des embolies au point de vue de la clinique, de la pratique médicale, qui se trouvait un peu négligée dans les travaux de M. Virchow, et le titre même de l'ouvrage a pour but de faire ressortir cette tendance.

Mais si le titre d'un ouvrage en est, en quelque sorte, la définition, il faut dire que la définition de M. Cohn n'est pas à l'abri de tout reproche. Elle ne s'applique ni *uni* ni *toto definito*. La clinique, il est vrai, est représentée dans une plus large mesure que dans la plupart des travaux publiés jusque-là sur les embolies. Mais ce n'est pas là, il s'en faut, le trait le plus caractéristique de l'ouvrage. Je le trouve bien plutôt dans l'étendue considérable qu'occupent les considérations de physiologie pathologique, et dans l'usage conséquent et suivi de toutes les ressources de la pathologie expérimentale, que M. Cohn, bien plus encore que M. Virchow, cultive avec une grande prédilection.

Il y a longtemps que M. Cohn est entré dans cette voie. Dans une thèse soutenue en 1856, il rapportait déjà un nombre assez considérable d'expériences qu'il avait instituées, à l'exemple de l'illustre professeur de Berlin, sur divers animaux, pour étudier les phénomènes pathologiques, et plus spécialement anatomiques et physiologiques, qui se produisent à la suite des oblitérations vasculaires par embolies dans différents organes. Le cadre de ces expériences a été fort élargi depuis. M. Cohn les a variées d'une infinité de manières, et il en a obtenu des résultats d'un grand intérêt. On en trouvera, en grande partie, la relation dans le livre qui nous occupe. Il est seulement à regretter qu'en donnant la description détaillée de ses vivisections, M. Cohn néglige presque toujours d'en résumer sommairement les résultats. L'abondance de bien devient ici un défaut. Le lecteur se trouve par le fait condamné à un travail ingrat et fatigant qui le rebutera souvent, et dont il eût été facile de le dispenser.

Il serait impossible de donner ici une analyse même très abrégée d'un ouvrage qui, par la nature même du sujet, aborde séparément un nombre très considérable de questions. Voici seulement l'indication sommaire de la distribution des matières.

L'historique est traité très en résumé dans une première partie, à laquelle l'auteur aurait pu facilement joindre au moins un index bibliographique détaillé, qui, jusqu'à ce jour, n'existe nulle part. C'est une lacune assez surprenante. La seconde partie, contenant l'histoire des sources des embolies, aurait, par contre, pu être raccourcie beaucoup sans le moindre inconvénient. La troisième partie comprend l'histoire des embolies étudiées dans les divers organes en particulier. Une dernière division enfin est consacrée à la pathologie générale des embolies. On lira avec beaucoup d'intérêt ce résumé fort bien fait, dans lequel M. Cohn, habituellement très prolixe, et sachant peu se borner, nous surprend agréablement par une grande concision, par une clarté et une netteté d'exposition qui contribuent beaucoup à faire de ce chapitre l'un des meilleurs de tout l'ouvrage. A la fin du volume se trouvent quatre planches chromo-lithographiées où M. Cohn a représenté les résultats anatomiques les plus importants de ses expériences. Les figures sont dessinées avec soin, mais il est à regretter que la plupart des nuances soient forcées à l'excès.

En somme, ce livre, remarquable autant par les faits qui s'y trouvent accumulés que par le parti que l'auteur a su tirer de ces matériaux, apporte un contingent utile à la solution d'un assez grand nombre de questions de pathologie et même de physiologie. C'est l'œuvre d'un chercheur très actif que les difficultés n'effrayent pas, ce qui, à la vérité, peut tenir parfois à ce qu'il les oublie un peu. Mais, à coup sûr, de tous les travaux publiés récemment sur les embolies c'est le plus important.

M. Cohn a, du reste, pris le soin d'en prévenir ses lecteurs. J'aurais aimé tout autant, je l'avoue, ne pas être prévenu.

E. Fritz.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

— M. le docteur Ambroise Tardieu a été nommé médecin consultant de l'Empereur, en remplacement de M. le docteur L. Fleury.

— M. le docteur Hervé (de Lavaur) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un office sanitaire pour la surveillance de la prostitution a été établi à Naples depuis le 1er janvier 1861. A cet office est annexé un dispensaire public pour les maladies vénériennes des hommes, avec distribution gratuite de médicaments. Les visites sanitaires sont faites d'après le système qui fonctionne déjà dans les provinces du Nord et du Centre de la Péninsule. Un hôpital spécial est également ouvert pour le traitement des prostituées.

— L'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine tiendra sa séance annuelle dimanche prochain 27, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— Le 11 février prochain, sera ouvert, à l'administration de l'Assistance public, un concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie ; le registre d'inscription sera clos le 26 janvier.

— Un autre concours sera ouvert le 18 février pour la nomination aux places d'internes en pharmacie; le registre d'inscription sera clos le samedi 2 février.

— M. le directeur général de l'administration civile d'Alger vient d'informer M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris que plusieurs places de médecin de colonisation sont actuellement vacantes dans son département. Les avantages attachés à ces fonctions consistent dans un traitement annuel de 2,000 francs, plus une indemnité de 500 francs pour l'entretien d'un cheval, et de 1,000 francs, si deux chevanx sont réputés nécessaires.

— M. Willems, ancien chirurgien-major des armées françaises, ancien bourgmestre de Saint-Joss-ten-Noode, vient de mourir dans sa soixante-seizième année.

— Le doyen des médecins d'Anvers, M. Van Vaerenbergh, est décédé dans cette ville, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— M. le docteur Floret (de Lyon) a succombé le 11 janvier, dans sa cinquante-neuvième année.

— M. Alexandre Wilmart, un des professeurs les plus distingués et les plus instruits de la Faculté de médecine de Liége, est mort subitement.

---

M. Pr., à Lyon. Sera inséré dans un des prochains numéros.

*Pour toutes les variétés* : A. DECHAMBRE.

---

# VII

# BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

## Journaux.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 51. Emploi médical de l'électricité (suite). — Clinique, par *Hesse*. — 52. Cas de chorée chez un vieillard, par *Mettenheimer*. — Renversement complet de l'utérus guéri après six ans d'existence, par *Bockendahl*. — Huit cas de taille latéralisée, par *Heyfelder*. — Clinique, par *Traube*. — 1860. — N° 1. Remarques sur les eaux de Driburg, par *Brück*. — Observations diverses et cliniques. — 2. Diagnostic des maladies du cœur (suite). — Emploi médical de l'électricité (suite). — Affection nervouse singulière, par *Geerds*. — Cliniques. — 3. Observations et cliniques. — 4. Cas d'atrophie aiguë du foie, par *Sander*. — Emploi médical de l'électricité (suite). — Clinique. — 5. Quelques cas de résection complète du genou, par *Lucht*. — Recherches sur la typhlite et la pérityphlite, par *Münchmeyer*. — Sur la valeur de la méthode de Marshall-Hall pour combattre l'asphyxie, par *Althaus*. — Clinique. — 6. Du coton comme moyen de pansement, par *Schulte*. — Typhlite et pérityphlite (suite). — Sur l'articulation de l'étrier avec la fenêtre ovale, par *Voltolini*. — Contributions à la chirurgie opératoire, par *Heyfelder*. — Clinique. — 7. Pansements au coton (suite). — Effets des eaux ferrugineuses de Pyrmont, par *Seebohm*. — Clinique. — 8. Conservation des cadavres à l'aide de l'acétate d'alumine, par *Burow*. — Eaux de Pyrmont (suite). — 9. Recherches sur la typhlite et la pérityphlite (suite). — Sur les caractères des taches de sang, par *Miquel*. — Pansements au coton (fin). — Observations d'ulcères de l'estomac, par *Schnitzler*. — 10. Typhlite et pérityphlite (fin). — Eaux de Pyrmont (fin). — Section complète de la trachée en travers; guérison, par *Schneyer*. — 11. Remarques sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de la moelle, par *Hartmann*. — Sur les névroses chroniques, par *Fleckles*. — Quatre amputations doubles, par *Rosenkranz*. — Chirurgie opératoire (suite). — 12. Exploration du conduit auditif et du tympan, par *Troeltsch*. — Contributions à la pathologie et à la thérapeutique des affections des voies urinaires, par *Seydel*. — 13. Exploration du conduit auditif, etc. (suite). — Sur les moyens désinfectants, par *Küchenmeister*. — Électrothérapie (suite). — Quatre amputations doubles (fin). — De l'opium dans le traitement des maladies inflammatoires du bas-ventre, par *Lange*. — 14. Exploration du conduit auditif, etc. (suite). — Électrothérapie (suite). — Sur l'action de la vératrine, par *Ritter*. — Observations de tumeurs des os, par *Biefel*. — 15. Exploration du conduit auditif, etc. (suite). — Tumeurs des os (suite). — 16. Exploration du conduit auditif, etc. (fin). — Sur l'emploi des eaux thermales de Tœplitz, par *Richter*. — Action de la vératrine (fin). — 17. Appel aux médecins au sujet de l'histoire de la lèpre, par *Virchow*. — Des actes physiques et chimiques dans les muscles, par *Harless*. — L'immersion et l'irrigation, par *Szymanowski*. — Électrothérapie (suite). — Arthrite aiguë traitée par la cautérisation et l'immobilité, par *Biefel*. — 18. Fracture des vertèbres, par *Blasius*. — Immersion et irrigation (fin). — Fractures consolidées vicieusement, par *Biefel*. — 19. Électrothérapie (suite). — Ulcères de l'estomac (suite). — Empoisonnement par l'atropine, par *Lange*. — 20. (Manquo.) — 21. Saison à Pyrmont (1859), par *Valentiner*. — La rhinoscopie, par *Voltolini*. — Électrothérapie (suite). — Excision du nerf sous-orbitaire, par *Biefel*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 48. Contributions à l'ostéoplastie, par *Langenbeck*. — Excision d'un polype naso-pharyngien, par *Heyfelder*. — Clinique (pneumonie chronique avec vomiques), par *Munk*. — Maladies du cœur (suite). — 49. Clinique (suite), par *Munk*. — Cliniques, par *Schnitzler* (ulcère de l'estomac), *Schultze*, *Ulrich*, *Lange* (traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine). — 50. Électrothérapie (suite). — Résection totale du maxillaire inférieur, par *Heyfelder*. — Cliniques et observations.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE. — Nouvelle série, tome XIV. — 2° livraison. Nécessité de l'étude de l'histoire de la médecine pour le médecin légiste, par *Guerdan*. — Nouveau règlement relatif aux honoraires des médecins dans le duché de Nassau, par *Spengler*. — Divers travaux de médecine légale, par *Sonnenkall*, *Hofmann*, *Faber*, *Büchner* et *Joehner*.

HENKE'S ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE. — 2° cahier. Dangers de l'anesthésie chloroformique et moyens de les éviter, par *Causé*. — Hygiène des écoles, par *Sehraube*. — Rapports divers. — Réforme médicale dans le duché de Nassau, par *Vogler*.

JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN. — 11° et 12° livraisons. Scarlatine (fin). — Aptitudes morbides et mortalité des enfants suivant l'âge et le sexe, par *Brünniche*. — Sur l'emploi des calmants, et particulièrement de la morphine, chez les jeunes enfants, par *le même*. — 1860. — Livraisons 1 et 2. Scarlatine, son traitement; iléite pustuleuse chez un enfant; quelques remarques sur une épidémie de rougeole, par *A. Clemens*. — Sur le croup intestinal des enfants, par *Th. Clemens*. — Croup sans toux croupale, par *Gottschalk*. — Sur quelques maladies congénitales ou acquises des lèvres chez les enfants, par *Jacobi*. — Livraisons 3 et 4. Sur le pied-bot varus, par *Bartscher*. — Sur la mort subite dans l'enfance, par *West*. — Action des médicaments sur les fausses membranes du croup, par *Herrmann*. — De l'artérite couenneuse des vaches et des enfants, par *Clemens*. — Sur les variétés d'ictères chez les nouveau-nés, par *Brünniche*. — De l'empyème secondaire chez les enfants, par *le même*.

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — Tome XIV. — 6° livraison. Contributions à l'histoire des grossesses gémellaires, par *Von Siebold*. — Fragilité congénitale des os, par *Schmidt*. — Perforation de la trompe de Fallope chez une femme enceinte ; opération césarienne, par *Wagner*. — Fistule vésico-vaginale compliquée d'une fistule iléo-vaginale, par *Simon*. — Influence de la saison sur la fréquence des naissances et le sexe des enfants, par *Ploss*. — Tome XV. — 1re livraison. (Manquo.) — 2° livraison. Deux cas de renversement de l'utérus, par *Brandt*. — Sur les injections intra-utérines, par *Kauffmann*. — Importance de la colonne lombaire au point de vue de l'accouchement, par *Birnbaum*. — Clinique obstétricale, par *Hohl*.

## Livres.

DE L'URINE ET DES DÉPÔTS URINAIRES CONSIDÉRÉS SOUS LE RAPPORT DE L'ANALYSE CHIMIQUE, DE LA PHYSIOLOGIE, DE LA PATHOLOGIE ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES, par *Golding Bird*, traduit et annoté par le docteur *O'Rorke*. In-8 de XVI-502 pages, avec 143 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 8 fr.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'ANGINE COUENNEUSE, A PROPOS D'UNE ÉPIDÉMIE QUI A RÉGNÉ DANS L'ARRONDISSEMENT D'ISSOUDUN PENDANT LES ANNÉES 1856, 1857, 1858 ET 1859, par le docteur *Jugand*. In-8. Paris, P. Asselin. 2 fr. 50

ATLAS DER ALLGEMEINEN THIERISCHEN GEWEBELEHRE (Atlas d'histologie animale générale), par *Th. von Hessling* et *J. Kollmann*. *Photographié d'après nature par J. Albert*. 1re livraison. Grand in-8. Leipzig, Engelmann. 6 fr. 75

DIE ÆTIOLOGIE, DER BEGRIFF UND DIE PROPHYLAXIS DES KINDBETTFIEBERS (La fièvre puerpérale), par *J.-P. Semmelweis*. Grand in-8. Vienne, Hartleben. 10 fr. 50

DIE KEHLKOPF-KRANKHEITEN (Les maladies du larynx), traité clinique, par *H. Rühle*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 7 fr. 75

LEHRBUCH DER SPECIELLEN PATHOLOGIE UND THERAPIE MIT BESONDERER RUECKSICHT AUF PHYSIOLOGIE UND PATHOLOGISCHE ANATOMIE (Traité de pathologie et de thérapeutique spéciales). Tome II. 1re partie : *Maladies des organes génito-urinaires et sexuels, et du système nerveux*, par *F. Niemeyer*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 8 fr.

LEHRBUCH DER ALLGEMEINEN PATHOLOGISCHEN ANATOMIE DER GEWEBE DES MENSCHEN (Traité d'anatomie pathologique générale des tissus de l'homme), par *A. Winther*. Grand in-8. Giessen, Ricker. 2 fr. 75

MONOGRAPHIE DER MENINGITIS SPINALIS NACH KLINISCHEN BEOBACHTUNGEN BEARBEITET (Monographie de la méningite spinale), par *H. Kœhler*. Grand in-8. Leipzig, C.-F. Winter. 6 fr. 75

PHYSIOLOGISCHES SKIZZENBUCH (Esquisses physiologiques), par *J. Moleschott*. In-8. Giessen, Ferber. 6 fr. 75

PRAKTISCHE MINERALQUELLENLEHRE (Traité pratique des eaux minérales), par *B.-M. Lersch*. Grand in-8. Erlangue, Enke. 12 fr.

UEBER DIE GRUNDLAGE DER MIMIK UND PHYSIOGNOMIK ALS FREIER BEITRAG ZUR ANTHROPOLOGIE UND PSYCHIATRIE (Les principes de la mimique et physiognomique, contribution à l'anthropologie et à la psychiâtrie), par *H. Damerow*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 1 fr. 50

UNTERSUCHUNGEN UEBER DEN EINFLUSS DES KOCHSALZES, DES KAFFEE'S UND DER MUSKELBEWEGUNGEN AUF DEN STOFFWECHSEL, EIN BEITRAG ZUR FESTSTELLUNG DES PRINCIPS DER ERHALTUNG DER KRAFT IN DEN ORGANISMEN (Recherches sur l'influence du sel, du café et des mouvements des muscles sur l'échange de la matière), par *C. Voit*. Grand in-8. Munich, *Literar-Artist-Anstalt*. 6 fr.

VOLLSTÆNDIGES TASCHENBUCH BEWÆHRTER HEILMETHODEN UND HEILFORMELN FUER FRAUEN-UND KINDERKRANKHEITEN NEBST EINEM COMPENDIUM DER PHARMAKODYNAMIK FUER DIE KINDERKRANKHEITEN (Manuel complet de thérapeutique des maladies des femmes et des enfants), par *Th. Knebusch*. In-8. Erlangen, Enke. 5 fr. 50

VORSTUDIEN ZU EINER WISSENSCHAFTLICHEN MORPHOLOGIE UND PHYSIOLOGIE DES MENSCHLICHEN GEHIRNS ALS SEELENORGAN (Études de morphologie et physiologie scientifiques du cerveau de l'homme comme organe de l'âme), par *R. Wagner*. Première monographie. Grand in-4, avec atlas. Gœttingue, Dieterich. 20 fr.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 1er FÉVRIER 1861. — N° 5.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Diagnostic différentiel de la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie. — II. **Travaux originaux.** De la névralgie traumatique. — III. **Revue clinique.** Observation de congestion cérébrale apoplectiforme et foudroyante donnant lieu à l'hémiplégie ; mort, autopsie. — Observation d'une tumeur sanguine de l'oreille. — IV. **Correspondance.** Lettre à M. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, sur les fonctions du placenta. — Effets de l'air comprimé. — V. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — VI. **Revue des journaux.** Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de la diphthérie (angine couenneuse et croup) par le perchlorure de fer à l'intérieur et à haute dose. — Note sur un cas de pneumo-péricarde. — Un cas de coup de soleil, avec autopsie et remarques. — Gargarismes créosotés. — De l'ascite compliquant la grossesse; nouveau procédé de paracentèse. — Statistique de trente-deux cas de ligature de l'artère iliaque primitive. — VII. **Bibliographie.** Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs. — Transactions de la Société obstétricale de Londres. — VIII. **Variétés.** — IX. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux.

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 20 au 31 décembre 1860.*

241. CHAPIEL, J., né au Passage d'Agen (Lot-et-Garonne). [*Essai sur la maladie hémorrhoïdaire.*]

242. LACOUR, Pierre-Jean, né à Verzenay (Marne). [*Étude sur l'historique et le mécanisme des luxations du maxillaire inférieur.*]

243. CHOLOUS, Félix-Hippolyte, né à Étaules (Charente-Inférieure). [*De la poche des eaux ; quand le médecin doit-il la rompre?*]

244. GROS, J.-L.-E.-Camille, né à Wesserling (Haut-Rhin). [*Considérations sur la rage, principalement au point de vue du diagnostic.*]

245. BERTHET, J.-B.-Antoine, né à Gray (Haute-Saône). [*De la phlegmatia alba dolens.*]

246. DESPRETZ, Pierre-Léon, né à Lyon (Rhône). [*De la rétraction utérine pendant et après l'accouchement. Du mode d'action de l'ergot de seigle.*]

247. DEMEAUX, Marc-A., né à Aoste (Isère). [*De l'emploi de l'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde.*]

248. GOUDOULIN, Joseph, né à Saint-Lary (Gers). [*De quelques applications médicales de l'eau froide.*]

249. DUJARDIN-BEAUMETZ, A.-N.-Thadée, né à Paris (Seine). [*Observations sur quelques points de la chirurgie militaire pratique, recueillies à l'armée d'Italie.*]

250. ROCHAS, Victor de, né à l'île de Rhé (Charente-Inférieure). [*Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie.*]

251. DROUET, A.-L.-Eugène, né à Nantes. [*De l'ophthalmie blennorrhagique.*]

252. JALABERT, Théodore, né à Salsigne (Aude). [*Des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*
BOURBON.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 31 janvier 1861.

*Académie de médecine :* DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME ET DE L'ÉPILEPSIE.

Quelques médecins plus ou moins spécialement versés dans l'étude de l'aliénation mentale ont répondu à l'appel de M. Trousseau. L'Académie a reçu des notes de MM. Moreau (de Tours), Marcé, Padioleau, Maigrot, et elle a entendu une excellente allocution de M. Baillarger. Ce qui résulte de l'ensemble des opinions exprimées, c'est que la congestion cérébrale apoplectiforme est fréquente dans la paralysie générale des aliénés, dont elle constitue même un des éléments essentiels et des plus redoutables, puisqu'elle figure comme cause de la mort, dans les relevés de M. Parchappe, 40 fois sur 86 observations.

Mais l'événement de la séance a été le discours de M. Bouillaud. Ce discours, prononcé avec cette facilité et cet entrain familier qui sont propres à l'orateur, était surtout destiné à satisfaire le principal besoin que faisait naître la communication de M. Trousseau, celui de rétablir sur tous les points la science dans ses droits acquis. Nos lecteurs comprennent dès lors combien ce discours répond à nos impressions personnelles. M. Trousseau avait reconnu, il est vrai, dans la précédente séance, et spontanément déclaré que la question de diagnostic portée par lui à la tribune était posée par un grand nombre d'auteurs, bien connue des praticiens, et résolue par les uns et les autres à l'aide des données cliniques dont lui-même s'était servi. Mais, en même temps, il se constituait formellement, dans les premiers passages de sa note, en antagoniste de *ses confrères.* « Depuis quinze ans, disait-il, je n'en vois plus (de congestions apoplectiformes); pourtant *mes confrères* en

voient tout autant qu'auparavant; il faut donc que je me trompe ou qu'ils se trompent. » Était-ce là une inconséquence? Non. M. Trousseau voulait dire que ces notions écrites de la science, ces enseignements connus de la pratique, on les oubliait ou méconnaissait fréquemment; que, de nos jours encore, bien des attaques d'épilepsie étaient prises pour des congestions apoplectiformes, et qu'un diagnostic exact amènerait à exclure *presque* complétement du cadre nosologique la seconde forme morbide au profit de la première. Voilà les assertions qui rendaient nécessaire de rappeler les progrès modernes de la pathologie cérébrale, et cette tâche qu'a entreprise M. Bouillaud, personne, assurément, n'aurait su la remplir avec plus de succès et d'autorité.

Comme l'orateur, nous aimons dans le langage des sciences, et encore plus dans les discussions, des termes bien définis, et le mot *apoplexie* (de ἀποπλήσσω, *frapper vivement, stupéfier*) n'est pas d'une précision rigoureuse. Néanmoins, M. Trousseau n'a-t-il pas été un peu prompt à faire amende honorable sur ce point, et ne s'est-il pas créé un embarras pour sa future harangue? Que, traitant isolément de la congestion ou de l'hémorrhagie cérébrales, on les appelle des *apoplexies*, ce peut être une faute; c'en serait une plus grande encore si l'on appliquait cette dénomination à l'attaque d'épilepsie; mais quand il s'agit de comparer le coup de sang et l'épilepsie, et d'exprimer le symptôme commun qui les rapproche, quel mot vaudrait mieux que celui des anciens? Ce qui est commun à la congestion cérébrale et à l'épilepsie, ce qui les traduit l'une et l'autre extérieurement, ce qui peut en égarer le diagnostic différentiel, ce n'est pas la présence ou l'absence de telle ou telle lésion anatomique, puisque c'est là précisément ce qu'on ignore et ce qu'on cherche. Qu'est-ce donc? La chute subite, la perte subite de connaissance, l'apoplexie, en un mot. Aussi, quand M. Trousseau a retiré l'expression, il a été obligé de la remplacer *hic et nunc* par une périphrase, et précisément par celle dont nous venons de nous servir. A quoi bon?

Sur un autre point encore, il nous semble que depuis le moment où, à l'avant-dernière séance, M. Bouillaud a provoqué de la part de son collègue une explication sur le sens des mots *congestion apoplectiforme*, un malentendu est entré dans le débat. Dans quelques organes de la presse comme à l'Académie, on a reproché à M. Trousseau d'admettre que le cerveau se congestionne dans l'épilepsie, tout en séparant celle-ci de la congestion cérébrale, et d'établir nous ne savons trop quelle analogie entre les deux formes d'hypérémie. Si cette interprétation pouvait sortir de l'explication de M. Trousseau, ce serait assurément de quelque inadvertance. La confusion fréquente de la congestion cérébrale apoplectiforme avec l'épilepsie, dans laquelle la congestion *manque* ou n'est que *consécutive*, tel est le thème fort clair qui a été soumis à l'appréciation de l'Académie. Quant à la forme de cette hypérémie consécutive, M. Bouillaud a eu raison de dire qu'il eût mieux valu la décrire sur pièces que de la présumer; mais il faut ajouter qu'elle est assez souvent telle que M. Trousseau l'a décrite, en ce sens que la simple injection vasculaire se complique de suffusions, d'infiltrations sanguines, et même de petits caillots, soit dans les méninges, soit dans le tissu de l'encéphale. Ce sont là des faits constatés.

Cela entendu, l'argumentation de M. Bouillaud a été solide et pressante. L'orateur a montré combien de données importantes, acceptées et enregistrées dans la science, étaient à la disposition du praticien pour le mettre à l'abri des erreurs de diagnostic. Ici on a pu reconnaître tout ensemble l'auteur du Traité de l'encéphale et le candidat presque vainqueur d'un concours pour la chaire de physiologie. Ce n'est pas en ne considérant que la suspension subite des facultés intellectuelles, la courte durée de l'attaque, l'étonnement qui la suit; ce n'est pas en ne s'attachant qu'aux symptômes dont on a présentement le spectacle; ce n'est pas en faisant de l'encéphale comme un tout uniforme qui répondrait en tous ses points de la même manière aux excitations morbides; ce n'est pas ainsi qu'on assurera la vérité du diagnostic; c'est, au contraire, en embrassant l'ensemble des symptômes, en suivant la maladie dans sa marche et dans tous ses épisodes, en tenant compte de tout ce qu'enseignent l'anatomie, la physiologie et la pathologie relativement aux fonctions propres des diverses parties de l'encéphale. Peut-être seulement, l'orateur a-t-il dépassé son but en essayant de tracer entre l'épilepsie et la congestion cérébrale apoplectiforme (ou, si on le préfère, donnant lieu à la chute subite avec perte de connaissance) une démarcation tranchée, qui serait donnée par l'existence des contractions musculaires dans le premier cas, et des phénomènes paralytiques dans le second. Nous avons déjà eu occasion de le dire : d'une part, les convulsions peuvent faire entièrement défaut dans le vertige épileptique, et, d'autre part, comme M. Bouillaud lui-même en a cité des exemples, les convulsions, la morsure de la langue, la salive écumeuse, peuvent se rencontrer dans certaines formes de congestion ou d'hémorrhagie cérébrales. Des faits de ce genre, tous ceux qui ont observé avec quelque assiduité les affections encéphaliques n'ont pas manqué d'en rencontrer. Nous en retrouverions aisément plusieurs dans nos cartons; mais, puisqu'il s'en présente un dans les derniers journaux anglais qui nous sont parvenus, nous l'indiquerons de préférence. L'observation a été communiquée par M. Ogle à la *Société pathologique de Londres*.

Le sujet est un homme âgé de cinquante ans, qui perdit subitement connaissance. On remarqua, au moment de son admission, que la déglutition était impossible, et que les ailes du nez étaient immobiles, quoique la respiration se fît d'une manière convulsive; l'entrée de la narine était en outre plus affaissée du côté gauche qu'à droite. Le malade présenta ensuite des *spasmes tétaniques* des muscles volontaires, revenant par accès fréquents, à quelques minutes d'intervalle; entre ces accès, les muscles des quatre extrémités étaient très rigides. La sensibilité cutanée et les mouvements volontaires étaient complétement abolis; les muscles de la face étaient plus flasques à droite qu'à gauche; pas de mouvements; l'extrémité inférieure gauche répondait, par des mouvements réflexes énergiques, à l'excitation de la plante des pieds; il n'en était pas de même à droite. Plus tard, la pupille gauche se dilata; les spasmes tétaniques et la rigidité des muscles cessèrent, et le malade succomba.

L'autopsie fit voir une vaste extravasation sanguine dans l'hémisphère cérébral droit et dans les troisième et quatrième ventricules. Le centre du pont de Varole était en outre le siége d'une apoplexie peu étendue, accompagnée d'un certain degré de ramollissement; les veines du pont de Varole étaient en partie dilatées et variqueuses.

Nous ne prétendons pas assurément qu'un tel ensemble de symptômes ne puisse pas être distingué d'une attaque d'épilepsie, mais l'existence *de spasmes tétaniques revenant par accès* est au moins de nature à modérer la confiance dans la valeur des mouvements convulsifs comme signes d'épilepsie. M. Baillarger et M. Moreau ont d'ailleurs insisté sur la difficulté de diagnostic dont il s'agit. Le premier a rappelé particulièrement les vraies congestions *épileptiformes* déjà mentionnés dans la note de M. Billod, et le second est allé jusqu'à affirmer que, non seulement la congestion apoplectiforme n'est pas rare, mais que, par une erreur inverse de celle que

M. Trousseau croit si commune, on prend fréquemment cette congestion pour une épilepsie.

Comme l'incompressibilité du cerveau et l'inextensibilité des parois du crâne ont inspiré à quelques personnes des doutes sur la possibilité d'une congestion cérébrale durable; comme ce qu'il y a de plus important dans la discussion actuelle est d'établir que la congestion cérébrale apoplectiforme peut exister en dehors de l'épilepsie, en dehors même de l'aliénation mentale, c'est-à-dire en tant que lésion primitive donnant lieu à la perte subite de connaissance et à la paralysie, nous insérons plus loin (page 68) une observation remarquable qu'il nous a été donné de recueillir il y a plus de vingt ans.

—On trouvera aussi plus loin une communication de M. le professeur Nivet sur une question qui, se liant de très près à celle de l'opération césarienne après décès, va bientôt occuper l'Académie.

A. Dechambre.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### De la névralgie traumatique, par M. le docteur Dubois, ancien interne des hôpitaux (1).

J'ai eu occasion d'observer plusieurs cas de névralgies déterminées par une violence extérieure ou une action mécanique, telles que contusion, pression, plaie, etc.

Je ne crois pas que les auteurs aient tenu un compte suffisant de ces différentes causes de névralgie. Quelques-uns pourtant les mentionnent explicitement. *M. Jacquemier*, par exemple, s'exprime ainsi dans son intéressant *Manuel des accouchements* (t. II, p. 599), à propos de la *contusion des plexus et des troncs nerveux du bassin* : « On observe, chez les nouvelles accouchées, malgré » le silence de la plupart des auteurs, assez souvent des effets de » compression ou de contusion sur le trajet du nerf sciatique et » sous-pubien. L'accident se présente tantôt avec les symptômes » d'*une névralgie* ou d'une névrite; les rameaux cutanés de la » jambe peuvent être douloureux, tandis que les troncs sont tout » à fait indolents; j'ai vu la douleur bornée à la face dorsale du » pied, etc. »

J'espère donc que les observations que je vais rapporter offriront un certain intérêt; et, comme elles m'ont paru présenter quelque différence selon que la névralgie est survenue après une contusion ou bien après une plaie, je les diviserai en deux séries.

#### 1° *Névralgies avec contusion ou pression.*

Obs. I. — Le 23 février 1858, je fus obligé d'appliquer le forceps pour opérer la délivrance de la femme Quentin, de Rosny-sous-Bois, âgée de trente-six ans, et multipare. La tête de l'enfant était très volumineuse, et l'application du forceps, sans être difficultueuse, avait nécessité des efforts assez énergiques. Je plaçai, après l'opération, une serviette fortement serrée autour du bassin, parce que je craignais un écartement des symphyses sacro-iliaques. Mes prévisions ne furent pas trompées; dès le lendemain, l'accouchée accusait une douleur violente dans la hanche droite, et tout mouvement du siége lui était impossible. Pas de sensibilité du ventre; pas de fièvre. En cherchant à préciser le point douloureux, je constatai qu'il était au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Je fis faire des frictions avec le baume tranquille laudanisé, et je continuai à maintenir le bandage abdominal. Les suites de couches furent très heureuses, et la malade regrettait de ne pouvoir se lever aussi promptement qu'elle avait la mauvaise habitude de le faire après ses autres accouchements. Enfin le quinzième jour, je la trouvai assise sur une chaise. Cette femme se plaignit alors que la douleur qui, partant de la hanche, lui répondait dans la cuisse, était plus aiguë que pendant le repos au lit. Je reconnus bientôt que, sur la symphyse sacro-iliaque, la pression était tolérée, tandis qu'une vive sensibilité se développait quand j'appuyais l'extrémité des doigts sur le nerf sciatique à sa sortie du bassin. Les frictions avec une pommade au chloroforme ne procurèrent aucun soulagement. La douleur s'étendit le long de la cuisse, sous le jarret et dans le mollet. Je me décidai à poser un vésicatoire volant, *loco dolenti*, et quand il fut levé, je le saupoudrai, matin et soir, avec le chlorhydrate de morphine. La guérison fut pour ainsi dire immédiate, et l'accouchée, qui a pu commencer à marcher au bout de quelques jours, ne s'est plus ressentie de ses douleurs.

Je dois faire remarquer ici combien les premiers symptômes ont différé des derniers. Tant que l'accouchée a subi les effets de la distension de la symphyse sacro-iliaque, les mouvements du siége et même le décubitus dorsal étaient très pénibles; c'est seulement quand elle a été assise, que la femme Quentin a éprouvé la douleur névralgique qui dépendait de la compression du nerf sciatique, et qui ne se manifesta qu'après la guérison de la symphyse.

Obs. II. — Madame M..., de Villemomble, a fait une chute sur la hanche droite le 23 avril 1858. Cette dame, âgée de cinquante-cinq ans, et qui est d'une forte corpulence, s'est fracturé le col du fémur gauche il y a huit ans environ. Elle a été plus d'une année sans pouvoir marcher, et, après s'être servie de béquilles pendant longtemps, puis d'une canne, elle était parvenue à n'avoir plus besoin d'aucune espèce de secours. Cependant le membre inférieur gauche avait éprouvé un léger raccourcissement et avait beaucoup perdu de sa force. Il ne fallut donc qu'un faux pas dans la chambre pour occasionner une nouvelle chute.

Je fus appelé immédiatement auprès de la blessée. On ne pouvait faire exécuter le moindre mouvement à l'articulation coxo-fémorale droite, sans provoquer des douleurs insupportables. Je constatai une ecchymose de plusieurs centimètres au niveau du grand trochanter; mais la direction du membre ne présentait rien d'anormal. Je fis appliquer quinze sangsues, et je prescrivis plus tard des frictions résolutives et des frictions sèches.

La douleur qui, prenant son origine à l'articulation de la hanche, s'étendait vers l'aine et la partie supérieure et interne de la cuisse, diminua assez rapidement. La malade put marcher dans l'appartement en reprenant ses béquilles, et j'espérai qu'elle les abandonnerait bientôt; mais, trois semaines après l'accident, une douleur aiguë se manifesta lorsque madame M... essaya de poser le pied sur le sol; au lit même, elle ressentait des élancements qui augmentaient d'intensité par la pression ou le déplacement.

La nature et le siége du mal étaient changés; au lieu d'exister dans l'articulation coxo-fémorale, le point le plus sensible était derrière le grand trochanter, sur le trajet du nerf sciatique. Il n'y avait pas de gonflement dans cette région; l'ecchymose avait disparu, et les mouvements imprimés au membre ne causaient plus de douleurs dans l'articulation. Au contraire, en pressant sur le nerf sciatique, la malade poussait des cris, et la douleur s'irradiait dans la cuisse, le mollet et jusque sous la plante du pied. Tous les caractères d'une névralgie se rencontraient donc dans ce nouveau cas; et comme madame M... n'avait jamais été atteinte de cette affection, je dus en attribuer l'origine à la contusion violente qui avait été produite par la chute.

Un vésicatoire de 9 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur fut appliqué derrière le grand trochanter, et pansé avec le chlorhydrate de morphine. Dès le lendemain, la douleur avait considérablement diminué; la malade a pu se tenir debout en s'appuyant sur son pied droit; quelques jours après elle a repris ses béquilles et a marché dans la chambre.

Obs. III. — Un homme de Montfermeil, en traversant un chantier de charpentes, tomba sur la crosse du parapluie qu'il tenait à la main. Le coup porta sur le côté droit de la poitrine, et, bien que la douleur qu'il éprouva immédiatement fût assez vive, cet homme n'y attacha d'abord pas d'importance. Cependant, trois jours après, comme il continuait à souffrir, il vint me consulter.

Je remarquai, au-dessous du mamelon droit, une petite ecchymose, et j'espérai que la douleur ne tarderait pas à disparaître au moyen de fomentations émollientes. Mais, le surlendemain de la visite, mon client vient me retrouver, en me disant que non-seulement sa douleur n'avait pas diminué, mais qu'elle lui répondait dans le dos.

Dans l'espace intercostal, au point où avait eu lieu la contusion, je développai par la pression une douleur vive qui correspondait, en effet, en arrière dans le même espace intercostal. Entre ces deux points il n'existait pas de sensibilité anormale.

(1) Voyez sur le même sujet l'article *Bibliographie*, page 78.

Je n'hésitai pas à reconnaître une névralgie intercostale déterminée par l'accident que j'ai rapporté plus haut. Un vésicatoire et le chlorhydrate de morphine appliqués sur la région primitivement atteinte, dissipèrent rapidement cette douleur névralgique.

Obs. IV. — La femme P... tomba, en voulant descendre de voiture pendant que son cheval marchait. La roue de la voiture passa sur la poitrine de cette femme, et causa une fracture de la quatrième côte droite, avec déchirure de la plèvre et emphysème sous-cutané.

Douze jours après l'accident, la blessée put se lever; je cessai de la voir pendant trois jours, mais je fus rappelé alors parce que, me dit-on, elle était prise d'un violent point de côté. Je redoutais d'abord l'invasion d'une inflammation pulmonaire; je fus pourtant rassuré aussitôt que j'arrivai auprès de la malade : elle n'avait pas de fièvre; le siége de la douleur était au niveau de la fracture (c'est-à-dire au tiers postérieur du quatrième espace intercostal), et la pression sur ce point retentissait à la partie antérieure de cet espace intercostal.

Nouvel exemple de névralgie due à une grave contusion et combattue avec succès par le traitement précédemment indiqué.

2° *Névralgies avec plaie.*

Obs. V. — Madame D... faillit être écrasée le 16 mai 1857, à Villemomble, par le pilastre d'une porte cochère qui s'écroula, et dont les débris l'atteignirent sur plusieurs parties du corps.

Indépendamment de la commotion cérébro-spinale et de nombreuses contusions, la blessée présentait, sur le sommet de la tête, trois plaies du cuir chevelu. Ces plaies marchaient rapidement vers la guérison, lorsque se déclarèrent, au bout de quinze jours, des douleurs vives et continues s'irradiant sur le front, les régions pariétale et occipitale, et qui étaient exaspérées par la pression.

Je pansai les plaies avec le cérat opiacé; ce fut sans avantage. Je les saupoudrai ensuite avec le chlorhydrate de morphine; ce moyen réussit pendant quelques jours. Mais bientôt les douleurs, véritablement névralgiques, reparurent périodiquement tous les soirs, et 50 centigrammes de sulfate de quinine donnés pendant trois jours les conjurèrent définitivement.

Obs. VI. — En 1849, j'accouchai une jeune dame primipare qui fut prise, dix ou douze jours après sa délivrance, d'une douleur excessivement violente et paraissant occuper la fosse iliaque droite. La pression était surtout très pénible dans l'aine et la partie supérieure et interne de la cuisse correspondante. L'accouchée n'avait éprouvé jusqu'alors aucun accident; le travail avait été un peu long, mais il n'y avait pas eu de fièvre après l'accouchement, et le globe utérin était parfaitement revenu sur lui-même et indolore.

Je ne sus d'abord à quelle cause attribuer la douleur qui était survenue; je prescrivis un cataplasme laudanisé sur le ventre et un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum.

La douleur se calma complétement dans la journée, mais elle revint dans la nuit, à peu près à la même heure et avec la même intensité. Lorsque je revis la malade, elle m'apprit que cette douleur prenait son origine à la vulve, et que de là elle s'étendait dans les parties voisines. J'examinai l'état local, et je découvris une petite déchirure à la commissure des deux petites lèvres.

Je fis immédiatement panser cette plaie avec de la charpie enduite de cérat opiacé, et j'administrai simultanément le sulfate de quinine à l'intérieur.

La douleur ne reparut plus.

Obs. VII. — Au mois de mars 1857, je fus à même de constater, chez une jeune femme primipare de Rosny, des accidents entièrement semblables à ceux que je viens de décrire dans l'observation précédente. Cette fois, je m'empressai d'examiner la vulve : la petite lèvre droite présentait une déchirure à sa partie moyenne, et la douleur qui partait de ce point s'irradiait sur l'aine et la partie supérieure de la cuisse du même côté.

Le sulfate de quinine fut immédiatement employé, et réussit aussi promptement que dans le premier cas.

Quoique les faits qui précèdent soient peu nombreux, il me semble néanmoins suffisamment établi que des douleurs névralgiques peuvent se développer dans les cas de blessure ou de violence quelconque. Les symptômes ont offert tous les caractères de la névralgie essentielle, et le traitement qui convient à cette affection a constamment réussi : *naturam morborum curationes ostendunt.* Je crois donc que la dénomination de *névralgie traumatique* est parfaitement applicable à cette variété qui, je le répète, n'est pas suffisamment connue.

M. Jacquemier lui-même, tout en reconnaissant les signes de la névralgie dans certains cas d'accouchements laborieux, indique bien les vésicatoires pour le traitement, mais beaucoup plus comme simples révulsifs que comme devant servir à l'introduction de la morphine par la méthode endermique : « Si, dit cet auteur, » ces symptômes de névralgie, de névrite ou de paralysie résistent » aux embrocations huileuses, anodines ou excitantes, aux émis- » sions sanguines, s'il y a de la fièvre, on fera succéder à ces » moyens *des vésicatoires volants*, des bains salins, des dou- » ches, etc. »

Or, le principal but que je me suis proposé, en publiant ces observations, est de prouver que la névralgie qui survient dans le *traumatisme* n'exige d'autre traitement que celui de la névralgie essentielle, c'est-à-dire, les calmants par la méthode endermique dans les cas ordinaires, et le sulfate de quinine lorsque la périodicité est constatée.

J'ai séparé avec intention les névralgies avec contusion ou pression de celles qui accompagnaient les plaies. Elles m'ont semblé avoir pour caractères communs de ne se développer que plusieurs jours après l'accident, et de céder très vite au traitement; mais je n'ai point observé d'intermittences chez les premières, tandis que les autres ont toutes été périodiques.

Ne doit-on pas aussi rapprocher de la névralgie traumatique *avec plaie* les douleurs intermittentes qui apparaissent dans certaines affections où des rameaux nerveux se trouvent lésés. Ainsi, dans le zona et les brûlures, j'ai observé fréquemment des douleurs intermittentes après la chute des eschares. Les phthisiques et les cancéreux n'éprouvent-ils pas quelquefois un soulagement à leurs souffrances lorsque la régularité des douleurs fournit l'indication d'employer le sulfate de quinine?

---

## III

## REVUE CLINIQUE.

### Observation de congestion cérébrale apoplectiforme et foudroyante donnant lieu a l'hémiplégie; mort, autopsie; par M. le docteur A. Dechambre.

L'observation qu'on va lire pourrait donner lieu à des remarques de diverse nature; mais, comme nous le disons plus haut, nous ne la rapportons qu'au point de vue de la question présentement débattue à l'Académie de médecine. On peut prévoir que M. Trousseau alléguera, non sans quelque raison, qu'il avait laissé en dehors de sa note les congestions cérébrales compliquant certaines formes d'aliénation mentale. Il n'est donc pas hors de propos de citer un cas authentique de congestion cérébrale chez un sujet non épileptique, non aliéné, et de congestion assez *apoplectiforme* pour donner la mort aussi promptement que l'hémorrhagie foudroyante.

Obs. — Monteil (Catherine), cinquante-quatre ans, habitant la Salpêtrière, grande, maigre, anémique, était affectée, depuis longtemps, d'un cancer utérin encore peu avancé (col ouvert, tuméfié, rongé en dedans; médiocrement douloureux), pour lequel on la traitait. Jamais elle n'avait offert le moindre symptôme qui pût être rapporté à l'épilepsie. Elle se portait bien, ne se plaignait aucunement de céphalalgie, et avait même demandé à sortir pour ses affaires, quand, le 16 novembre 1837, à huit heures moins le quart, elle se lève comme à l'ordinaire, fait son lit, puis se recouche pour la visite; recouchée, elle laisse tomber un objet de son lit, se penche, étend son bras droit pour ramasser l'objet, et reste dans cette position. La voisine l'aperçoit; on accourt, elle est sans connaissance; on vient me chercher, j'arrive dix minutes après, et je note les symptômes suivants : face pâle, bouche entr'ouverte. Œil gauche ouvert; globe oculaire dirigé en haut et en dehors, paupières contractées. Quand on cherche à ouvrir cet œil davantage, on éprouve une résistance assez considérable. Œil droit fermé; on soulève la paupière supérieure sans résistance. L'œil droit regarde directement en avant; il est fixe, la pupille rétrécie comme à gauche. *Pas de déviation des commissures.* On me dit seulement que, avant ma visite, la bouche avait été tournée fortement à

gauche. Résolution *complète des membres droits*, sans trace de contracture ; aucun signe de sensibilité au pincement de ces membres. Les membres gauches soulevés retombent, mais beaucoup plus lentement ; une fois même, le bras reste un peu en l'air. Souplesse des deux membres gauches. Quand on les pince, surtout l'inférieur, le côté *gauche* de la face se crispe seul ; alors la malade agite le bras *gauche*, ouvre les yeux, le droit autant que le gauche ; les globes regardent en avant, quelquefois même la tête se dirige du côté où l'on pince ; le sujet cherche à voir d'où vient la douleur, puis retombe dans son assoupissement. Respiration calme, soupirs par intervalle ; pouls régulier, lent, petit; peau froide. Pas de vomissements. Un sinapisme à chaque bras et à chaque jambe.

A la visite, deux heures après, bouche un peu déviée à gauche ; un peu moins d'assoupissement. Quand on adresse la parole à la malade, ou qu'on fait du bruit à ses côtés, elle ouvre les yeux à demi, puis les referme comme une personne qui s'endort, mais ne répond pas. Elle porte souvent sa main *gauche* au côté *gauche* de la tête. Déglutition difficile. Même état des membres.

La malade, mise sur son séant, s'y soutient presque seule avec sa main *gauche*, mais en s'inclinant à droite. Six sangsues derrière les oreilles. — Morte à trois heures, sans que la connaissance ait été recouvrée.

*Autopsie.* — A cette époque, je m'occupais précisément des signes anatomiques de la congestion cérébrale dans ses rapports avec l'hémorrhagie ; je recommandai de laisser le sujet couché sur le côté *droit*, afin que si, avec le foyer sanguin dont je soupçonnais l'existence *à gauche*, il s'était produit de la congestion, celle-ci ne pût être attribuée à la position du cadavre. Celui-ci fut transporté à l'amphithéâtre de Clamart ; mais je l'y retrouvai. Là encore, par hasard, on l'avait étendu la tête inclinée *à droite*. Le crâne seul put être ouvert, et voici ce que je constatai :

Parois du crâne d'épaisseur et de densité normales. Pie-mère remplie de sérosité citrine, claire, en égale quantité des deux côtés. *Sur tout l'hémisphère gauche*, les méninges sont épaisses, *énormément* injectées, les veines gorgées et finement arborisées. Sur l'hémisphère droit, l'injection est très faible, et telle qu'on la rencontre dans beaucoup de cadavres.

Toute la masse cérébrale, fouillée avec soin, est bien conservée, parfaitement consistante, surtout les lobes postérieurs ; si un ramollissement, même blanc, eût existé, il eût été très facile de l'apercevoir. Absolument aucune lésion dans l'encéphale, qui est pâle également des deux côtés. J'ai donné une attention particulière à cette dernière circonstance, dont je suis conséquemment très assuré.

*Le cervelet plus mou, mais également partout*, sans aucune autre altération ; protubérance et bulbe tout à fait sains. On ne peut ouvrir la moelle. Absolument aucune lésion dans le crâne ; aucune tumeur osseuse ou autre ; pas de lésion de sinus.

Avant d'enlever le cerveau, j'avais plongé un sclapel de chaque côté du corps calleux ; deux cuillerées à café au plus de sérosité claire dans chaque ventricule.

---

### **Observation de tumeur sanguine de l'oreille.**

Depuis quelques années on s'est fréquemment occupé des tumeurs sanguines des oreilles. Cependant, malgré les nombreuses et savantes recherches dont cette partie de la science a été l'objet, deux points restent encore équivoques : celui de la cause et celui du traitement. Les tumeurs sanguines, à de rares exceptions près, n'ont été remarquées que chez les aliénés et spécialement chez les déments paralytiques. On attribue leur production à une diathèse cachectique particulière à ces malades. Les causes mécaniques sont rejetées par beaucoup d'auteurs. Quant au traitement, il est subordonné à la diversité des vues. M. Ferrus fait usage, suivant le volume et le degré de la tumeur, d'une compression légère ou d'un large débridement ; MM. Cossy et Thore, de ponctions réitérées ; M. Stiff se borne à l'expectation ; M. Delasiauve emploie la compression seule ou combinée avec les résolutifs. L'observation suivante vient à l'appui de la méthode exposée par ce savant praticien dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, tome VI, page 323.

R... (Léon-Félix), idiot, âgé de neuf ans, est fort pour son âge et d'une bonne santé physique. A l'époque de la première dentition on le trouva un matin les yeux convulsés. Plus tard il eut une épistaxis rebelle, puis des crises épileptiformes, qui n'ont pas eu de suites. Depuis six mois de séjour à l'asile, il s'était toujours bien porté, lorsque, le 18 décembre dernier, nous constatâmes une tumeur sanguine à l'oreille gauche. Deux jours auparavant un de ses camarades lui aurait tiré les oreilles. La traction paraît avoir été exercée plus énergiquement à gauche que du côté opposé, car l'oreille malade présente en arrière une plaie, tandis que l'autre n'offre rien de semblable.

Toute la portion supérieure du pavillon était gonflée, la fossette de l'anthélix disparue. L'oreille, d'un rouge légèrement foncé, d'ailleurs médiocrement enflammée, avait acquis environ la grosseur d'une noix. Une incision pratiquée dès le lendemain ne donna issue qu'à du sang noir et fluide. Après avoir recouvert l'oreille d'un plumasseau de charpie imbibée d'eau blanche, nous fîmes la compression. Ce pansement fut renouvelé quotidiennement, et maintenant, vingt et un jours après l'invasion, l'oreille a repris sa coloration, son volume et sa densité ordinaires.

L'affection avait lieu à gauche ; c'est le cas le plus commun. On voit aussi qu'elle peut se développer par une cause traumatique, ce qui n'exclut pas les influences générales. Les avantages de la compression sont enfin mis hors de doute par le résultat.

B.

---

## IV

## CORRESPONDANCE.

### LETTRE A M. COURTY, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, **sur les fonctions du placenta.**

Monsieur et très honoré confrère,

Le séjour fort instructif pour moi que vous avez fait dernièrement à Clermont-Ferrand, m'a fourni l'occasion de discuter avec vous une question importante de physiologie fœtale, que j'ai étudiée depuis avec beaucoup de soin, sans trouver dans les auteurs, sans rencontrer dans ma pratique, aucun motif sérieux de renoncer aux opinions que j'ai émises en votre présence.

Permettez-moi, monsieur, de soumettre à votre appréciation le résultat de mes nouvelles recherches.

Vous avez déclaré et soutenu, en présence des élèves sages-femmes de notre école, que le placenta était exclusivement un organe d'absorption et de nutrition.

J'ai dit et je maintiens, avec MM. Jacquemier, Cazeaux et bien d'autres, qu'il est en même temps un organe d'absorption nutritive et d'hématose.

Il faut d'abord nous entendre sur la signification des mots. L'hématose, prise dans son sens le plus général, est la fonction qui a pour but et pour résultat d'ajouter de l'oxygène au sang qui traverse le réseau capillaire de certains organes; il résulte de cette addition que les globules deviennent plus rouges, et le sang ordinairement un peu plus chaud.

Cette fonction est directe ou indirecte.

Dans l'hématose directe, le sang noir qui a fourni des matériaux aux organes de sécrétion et de nutrition, se trouvant en contact médiat avec de l'air atmosphérique (poumons) ou avec un liquide contenant de l'oxygène (branchies), s'empare d'une partie du gaz respirable contenu dans ces fluides et se combine avec lui.

Dans l'hématose indirecte, l'organe (le foie par exemple) enlevant au sang des matières fortement chargées de carbone (la bile), fait prédominer l'oxygène dans les principes dissous dans le sang des veines hépatiques.

La question de langage étant vidée, il convient d'étudier l'organisation du placenta.

Les villosités ou divisions les plus ténues des cotylédons du placenta sont, d'après M. Robin, formées de tubes terminés en cul-de-sac du côté des sinus utérins. Ces tubes, ouverts du côté opposé, contiennent chacun une ramification de l'une des artères ombilicales qui se continue en formant une anse anastomotique capillaire avec un ramuscule de la veine du même nom.

*Cette anse représente, dans le placenta, le réseau capillaire des poumons ou, plus exactement, le réseau capillaire des vaisseaux veineux et artériels branchiaux des animaux qui vivent dans l'eau (poissons).*

Les extrémités des villosités placentaires sont plongées dans les sinus utérins, dont elles sont séparées par une tunique extrêmement ténue, qui comprend la membrane interutéro-placentaire fort amincie, et probablement aussi la membrane interne des vaisseaux utérins qui s'ouvrent dans les sinus.

M. Robin, cité par M. Cazeaux, estime que l'épaisseur qui sépare le sang du fœtus de celui de la mère, est de 0mm,010 à 0mm,12.

Les pores de cette tunique sont assez larges pour permettre au plasma du sang des sinus utérins de les traverser, mais ils sont trop étroits pour laisser passer les globules du sang de la mère dans les vaisseaux du placenta fœtal.

A un article près, que j'ai dû souligner, je pense que nous sommes entièrement d'accord sur les faits que je viens d'énumérer. La proposition suivante ne recevra probablement pas votre complète approbation. Pendant les derniers mois de la grossesse, aussi longtemps que le fœtus est vivant et le placenta soudé à l'utérus, le sang de la veine ombilicale est plus oxygéné que celui des artères du même nom. Cette suroxygénation persiste, après la naissance du fœtus vivant, si le placenta continue d'adhérer, en partie ou en totalité, aux parois de la matrice.

Voici une première expérience de vérification que j'ai faite à l'Hôtel-Dieu, dans la salle des accouchements, le 9 septembre 1860, en présence de l'un des internes de cet hôpital.

Le 9 septembre 1860, la nommée X, âgée de vingt-sept ans, primipare, a commencé à souffrir à six heures du matin; à huit heures, le col utérin offre une dilatation de 4 à 5 centimètres; à dix heures et demie, le sommet de la tête, qui était, au détroit supérieur, en position occipito-iliaque antérieure gauche, se présente au détroit inférieur; à onze heures, l'accouchement est terminé, en ma présence, par la sage-femme de la salle. Une notable quantité de liquide amniotique s'est échappée lorsque le siége du fœtus a été dégagé.

Aussitôt que l'enfant a été sorti, le cordon a été saisi et comprimé par moi, et lié à 6 centimètres de l'ombilic, puis il a été coupé près de cette ligature, du côté de l'enfant; un peu de sang a coulé, et le nouveau-né a commencé à crier et à respirer librement. Deux autres liens ont été appliqués ensuite sur le cordon, du côté du placenta, à 12 et 15 centimètres de la première ligature, et le cordon a été coupé entre les deux liens posés en dernier lieu. J'ai alors constaté les faits suivants sur l'anse du cordon que j'ai séparée :

1° Les artères ombilicales présentent une coloration bleu foncé, la veine une teinte lilacée.

2° Deux piqûres ont été faites avec une lancette aux deux extrémités de l'anse du cordon que j'avais isolé; l'une des deux piqûres intéressait la veine ombilicale; l'autre, l'une des artères. Les deux jets ont été reçus sur une bande de linge bien blanc. Le jet fourni par l'artère offrait la couleur du sang des veines du bras de l'adulte; le jet qui sortait de la veine était sensiblement plus rouge; sa couleur était intermédiaire à celle du sang artériel et à celle du sang veineux de l'adulte, mais plus rapprochée du sang veineux.

3° Ce sang, par suite de son contact avec l'air, est devenu plus rouge; cette rubéfaction a été observée sur les deux sangs.

Une goutte du sang de la veine, encore chaud, étendue rapidement avec le doigt sur une lame de verre tiède, et placée sans autre préparation sous le champ du microscope qui avait été monté à l'avance, m'a offert des globules entièrement semblables à ceux du sang de l'homme adulte, leur diamètre, leur forme, leur aspect, étaient les mêmes; la tache centrale était bien marquée.

Après l'expulsion du placenta, qui a eu lieu vingt minutes plus tard, à la suite de quelques contractions de l'utérus accompagnées de coliques, je reconnais que la veine ombilicale et ses ramifications présentent une teinte rouge lilacé, tandis que les artères ombilicales et leurs branches offrent une coloration beaucoup plus foncée qui approche du bleu.

Pendant la fin de septembre et la première semaine d'octobre, j'ai pu, sur ces placentas dont le cordon avait été lié avant la section, vérifier deux fois l'exactitude de mes premières observations en ce qui concerne la coloration des artères et de la veine ombilicales.

Si d'autres observateurs ont vu les choses autrement, cela tient, sans doute, à ce qu'ils ont examiné les veines et artères ombilicales et leur contenu, alors que le fœtus était à demi asphyxié, ou quand le placenta était depuis longtemps détaché de l'utérus; dans ces dernières circonstances, les deux sangs sont semblables.

Müller, dont les observations concordent avec celles que je viens de rapporter, ajoute que « le caillot du sang de la veine ombilicale se recouvrait promptement, à l'air, d'une membrane épaisse, tandis que celui des artères y restait longtemps gélatineux; enfin, le premier donnait du gaz oxygène par la chaleur, et acquérait une couleur foncée dans le gaz acide carbonique, de manière qu'il se comportait plus à la manière du sang artériel que le second. » (Jacquemier, *Manuel des accouchements*, tome I, page 316, édition de 1846.)

Les faits que je viens d'exposer m'autorisent à conclure, jusqu'à preuve contraire : 1° que le sang de la veine ombilicale est plus oxygéné que celui des artères du même nom; 2° que le placenta est un organe d'hématose.

Abordons un autre ordre de preuves :

Quod abundat non nocet.

Nous sommes d'accord sur ce point que c'est le placenta qui absorbe le plasma du sang de la mère et le transmet au fœtus. Ce plasma, qui est plus oxygéné que celui du sang du fœtus, peut, sans doute, modifier la coloration des globules sanguins de ce dernier, je ne le nie pas; mais, en admettant que la suroxygénation du sang du fœtus soit due à l'action du plasma fourni par l'utérus, nous arrivons encore à ce résultat que le placenta est un organe d'hématose. Quant à moi, je suis convaincu que le sang du fœtus a véritablement respiré avant la pénétration du plasma dans les ramifications de la veine ombilicale.

Voyez ce qui se passe dans les animaux à branchies qui vivent dans l'eau : toutes les fois que les anses artérioso-veineuses, à parois très minces, contenant du sang noir ayant servi à la nutrition ou aux sécrétions, se trouvent en contact avec un liquide aqueux, non toxique, renfermant de l'oxygène dissous, ce sang s'empare d'une partie de ce fluide, se combine avec lui et devient plus rouge. Que l'eau soit pure ou salée, limpide ou fangeuse, ce phénomène s'accomplit sans difficulté.

Le sang des sinus utérins, les anses anastomotiques des vaisseaux ombilicaux, offrent-ils des conditions semblables? C'est ce qu'il convient de déterminer.

La présence de l'acide carbonique, de l'azote, et spécialement de l'oxygène dans le sang humain, a été signalée par Vogel, Brande et Stevens, etc.; elle a été mise hors de doute par les expériences de M. Magnus et par celles de Bischoff. Les globules paraissent avoir une affinité particulière pour l'oxygène, d'après les expériences de Lehmann. (Jules Béclard, *Traité élémentaire de physiologie*, 1855, p. 294.)

Ces faits qui me paraissent inattaquables, ne rendent-ils pas obligatoire cette proposition que le sang noir, circulant dans les anses anastomotiques des vaisseaux capillaires du placenta, n'étant séparé que par une paroi très mince du sang des sinus utérins qui contient de l'oxygène dissous, doit s'emparer d'une partie de cet oxygène, et acquérir une couleur plus vive, et donner lieu à la fonction qui porte le nom d'hématose ?

Si l'on prétendait expliquer les phénomènes que je viens de signaler, en disant que le sang des artères ombilicales se débarrasse, dans les sinus, des principes *surcarbonisés* qu'il renferme, je répondrais que le placenta, dans cette hypothèse, deviendrait un organe d'hématose par cause indirecte, puisqu'il augmenterait la proportion relative d'oxygène.

M. Cazeaux a fait valoir, en faveur de l'opinion que je soutiens, un autre ordre de preuves que je ne puis passer sous silence. Il s'agit dans les lignes qui suivent de l'oxygénation du sang dans le placenta.

« Cette modification, dit-il, n'est-elle pas suffisamment prouvée, 1° par la rapidité avec laquelle le fœtus succombe, lorsque la tige ombilicale étant aplatie par la compression, la circulation est interrompue dans le cordon; 2° par les phénomènes pathologiques de l'asphyxie que l'on constate toujours dans le cas d'autopsie; 3° par l'antagonisme qui existe entre le placenta et les poumons : l'enfant nouveau-né peut, en effet, se passer de la

respiration pulmonaire, tant que la communication entre lui et le placenta n'est pas interrompue, et cette communication peut être interrompue sans danger dès qu'il respire par les poumons ; s'il respire fortement, le sang ne coule plus dans le cordon ombilical, et si la respiration s'arrête, aussitôt le sang coule de nouveau. » (Page 226, édition de 1858.)

Un mot encore sur un organe que j'ai cité au commencement de cette lettre, je veux parler du foie.

La bile du fœtus offre la même composition que celle de l'adulte, elle est cependant un peu plus liquide (Berzelius). On est autorisé, d'après cela, à supposer que le foie remplit les mêmes fonctions chez l'enfant et chez l'adulte ; mais, comme le fait très bien remarquer M. Jacquemier, et comme cela ressort de l'appréciation des quantités de méconium (bile et mucus intestinal) contenues dans l'intestin, surtout au sixième mois, cette sécrétion n'est pas très active ; elle a pour but de décarboniser le sang, et de donner naissance à une certaine quantité du produit suroxygéné qu'on nomme glycose, et qui se mêle au liquide contenu dans les veines hépatiques (1).

Ainsi le foie du fœtus, de même que celui de l'adulte, est un organe d'hématose par cause indirecte, mais rien n'autorise à dire qu'il joue le rôle des poumons ou des branchies pendant la durée de la vie intra-utérine.

Il ressort des faits qui précèdent, que le placenta est une espèce de branchie pédiculée, qui est en même temps un organe d'absorption nutritive et de respiration.

Dans le cas où, malgré les arguments que j'ai fait valoir, vous passeriez outre à ma condamnation, je serais heureux de succomber en compagnie de MM. Jacquemier et Cazeaux.

Veuillez, etc. V. Nivet, D. M. P.,

Professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants à l'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

---

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

### Effets de l'air comprimé.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans un des derniers numéros de la Gazette hebdomadaire le compte rendu que vous avez fait du travail de M. le docteur François sur les accidents causés par l'air comprimé chez les ouvriers employés à la construction des ponts, et je ne saurais m'associer trop vivement aux conclusions que vous en avez tirées pour provoquer une amélioration nécessaire dans l'emploi de ce moyen en industrie.

Depuis vingt et un ans, dans l'établissement créé par mon père, une cloche à air comprimé fonctionne six jours de la semaine et quatre à cinq heures par jour en moyenne, et sans que mon père ni moi ayons eu à noter le moindre accident, grâce aux précautions prises dans l'emploi de ce moyen thérapeutique. Peut-être, à ce titre, me permettrez-vous quelques remarques sur les moyens qui pourraient être employés pour neutraliser en partie les désastreux effets du mode actuellement mis en usage dans l'application industrielle de l'air comprimé. Les accidents qui résultent pour les ouvriers de leur séjour dans les appareils à air condensé proviennent de trois causes différentes : l'insuffisance du renouvellement de l'air dans l'intérieur des cloches, le passage d'une pression énorme à la pression normale de l'atmosphère, le refroidissement qui s'opère lorsque l'air s'échappe des appareils.

Il suffirait, pour remédier à la première cause d'accidents, d'imiter le procédé employé dans l'administration médicale des bains d'air comprimé. Le sujet étant entré dans la cloche et la machine à compression mise en action, on ouvre la soupape d'écoulement de manière qu'il sorte un peu moins d'air qu'il n'en entre par le tuyau d'entrée. La pression augmente ainsi lentement dans l'appareil, et lorsqu'elle est arrivée au degré voulu et indiqué par un manomètre à air libre, on règle l'écoulement au moyen de la soupape, afin qu'il sorte juste autant d'air qu'il en entre, ce qu'il est facile d'obtenir au moyen du manomètre dont je viens de parler. Le malade se trouve donc dans une atmosphère plus dense que l'atmosphère normale, mais il n'est pas dans une atmosphère *confinée*, puisque l'air se renouvelle incessamment et avec une grande rapidité. Il suffirait, pour obtenir un résultat semblable dans l'industrie, d'augmenter le diamètre des corps de pompe et la force des machines à vapeur. Un tuyau situé à la partie inférieure des cloches amènerait l'air extérieur, tandis qu'un long tuyau situé à la partie supérieure de l'appareil et émergeant hors de la masse liquide au sein de laquelle travaillent les ouvriers, rejetterait au dehors l'air qui aurait servi à la respiration. Un manomètre à air comprimé, placé dans l'intérieur de l'appareil, indiquerait au surveillant la pression intérieure, et un mécanisme approprié lui permettrait de régler l'écoulement de l'air. L'air extérieur arrivant par en bas balayerait continuellement l'intérieur des cloches, et assurerait ainsi une ventilation suffisante.

Les accidents produits par le passage de l'air comprimé dans l'atmosphère normale peuvent être évités, du moins en partie, en faisant sortir l'air avec plus de lenteur. Lorsque la raréfaction de l'air s'opère avec une grande rapidité, les ouvriers se trouvent dans les conditions que rencontre un animal placé sous la cloche d'une machine pneumatique. Les gaz dissous dans le sang ou emprisonnés dans les organes tendent brusquement à s'en dégager; de là, les accidents et même les morts rapides produites par la déchirure des tissus et des vaisseaux, principalement dans les parties où s'accumule le sang. Cet accident est surtout à redouter pour le poumon, dont l'appel sur le sang est augmenté, puisqu'il se trouve dans les conditions d'une pompe aspirante fonctionnant dans une atmosphère plus dense que le milieu normal.

Dans les appareils médicaux où la pression s'élève rarement au-dessus de 25 centimètres de mercure, c'est-à-dire un tiers d'atmosphère, on met un quart d'heure pour arriver à cette pression et autant pour revenir à la pression normale. En conservant cette proportion, il faudrait donc, pour une pression de deux ou trois atmosphères, mettre une heure et demie ou deux heures et quart pour ramener la pression de l'air des cloches à la pression ordinaire ; mais ce temps étant beaucoup trop long pour les besoins de l'industrie, et comme on agit d'ailleurs en général sur des sujets vigoureux, il me semble qu'on pourrait sans danger consacrer une demi-heure à trois quarts d'heure à l'écoulement de l'air. Il est bien entendu que, pendant le retrait de celui-ci, les machines continueraient à envoyer de l'air dans l'appareil pour assurer la ventilation ; seulement la soupape de sortie serait ouverte de telle sorte que l'air sortiait en plus grande quantité qu'il n'entrerait, ce qu'il serait toujours très facile d'obtenir avec le manomètre placé dans l'appareil.

Quant à la dernière cause d'accidents, le froid produit par la raréfaction, elle est en quelque sorte inséparable de l'emploi de l'air comprimé. Dans les appareils médicaux, et avec les faibles pressions dont j'ai parlé plus haut, ce refroidissement est déjà sensible. Si l'écoulement de l'air est trop rapide, l'atmosphère de l'appareil se remplit alors de brouillard engendré par la vapeur d'eau exhalée par les poumons ; ce dernier fait ne se produit pas lorsqu'on retire l'air avec plus de lenteur. L'apparition du brouillard peut servir, dans les appareils destinés à l'industrie, de critérium, et avertir le surveillant de ralentir la sortie de l'air. Le refroidissement sera donc ainsi moins intense et moins rapide.

Je terminerai cette lettre, peut-être déjà trop longue, en engageant les ingénieurs à n'admettre dans les cloches que des ouvriers robustes, surtout ne présentant aucun symptôme morbide du côté du cœur, et n'offrant aucune disposition aux hémorrhagies cérébrales et pulmonaires.

Telles sont, monsieur le rédacteur, les remarques que je soumets à votre jugement. Si vous pensez qu'elles puissent être de quelque utilité dans une question qui, ainsi que vous le dites, *com-*

(1) Les analyses des chimistes démontrent que le sucre incristallisable contient 56 à 57 pour 100 d'oxygène, l'albumine du plasma 24 pour 100 du même gaz, et la bile 18 pour 100 seulement. Les quantités de carbone sont inverses.

*porte un grave intérêt d'humanité*, veuillez faire de cette lettre l'usage que vous jugerez convenable.

Recevez, etc. Dr Pravaz fils.

---

## V

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

Hygiène. — *De la nécessité d'introduire les eaux publiques dans les maisons d'habitation comme condition de salubrité générale*, par M. *Grimaud* (de Caux). — Les moyens que l'auteur propose sont les suivants :

1° Supprimer les puits. L'eau en est mauvaise pour l'économie domestique, à cause de son origine ; et son emploi, restreint même au lavage de la cour, contribue à l'accroissement du mal ; car les puits sont partout le réceptacle obligé des infiltrations locales, dans un rayon plus ou moins étendu. Ensuite, au lieu de paver la cour, faites-la recouvrir d'une couche d'asphalte ou de béton Cogniet, que l'on voit appliqué dans l'enceinte de l'École des ponts et chaussées. Faites-la niveler en conservant les pentes ; elle sera ainsi toujours propre et nette inévitablement, et les habitants de la maison se trouveront parfaitement à l'abri de l'humidité infecte qui, dans le régime actuel, s'infiltre entre les pavés et vient imbiber les premières couches du sol.

2° Le second point consiste dans l'introduction obligée des eaux publiques dans toutes les maisons, pour être mises à la discrétion de tous les locataires, sans exception. J'entends les eaux publiques, dans les meilleures conditions, telles que la ville pourra les concéder et les livrer sans prétendre de bénéfice. J'ai exposé ces conditions, les principes qui les régissent d'après l'expérience et d'après la science (voyez *Comptes rendus*, t. LI, p. 346). (*Comm. :* MM. Morin, Rayer, Combes.)

Physiologie. — *Nouvelles expériences sur l'hétérogénie*, par MM. *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Les auteurs déclarent que les recherches et les expériences nombreuses qu'ils ont faites depuis un an les disposent singulièrement à croire à la réalité des générations spontanées, du moins en ce qui concerne les êtres les plus inférieurs des deux règnes organiques.

Ainsi, ajoutent-ils, vainement nous avons soumis à une ébullition prolongée les substances organiques dont nous nous sommes servis ; en vain nous avons fait subir une température très élevée à l'air destiné à être introduit dans nos appareils ; en vain nous lui avons fait traverser des tubes chauffés au rouge blanc ou remplis d'acide sulfurique concentré : nous avons constamment vu naître dans nos matras des productions organisées, très simples, il est vrai, mais dont l'origine ne saurait, selon nous, être expliquée par les germes atmosphériques. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Regnault, Decaisne, Cl. Bernard.)

Médecine. — M. *C. Heiser* adresse de Strasbourg une note ayant pour titre : *Manuel de gymnastique hygiénique et médicale raisonnée.*

Ce travail, dit l'auteur, a pour objet de montrer l'application de la gymnastique, non-seulement à l'hygiène du corps humain, mais encore à la guérison ou à l'amélioration de certaines maladies, et de poser les principes qui doivent guider le médecin dans l'emploi de ce puissant moyen thérapeutique.

Chirurgie. — M. *Frédéric Fieber* (de Vienne) soumet au jugement de l'Académie un mémoire écrit en français, et ayant pour titre : *L'électropuncture comme essai thérapeutique en cas d'amaurose, résultant d'une maladie de la partie orbitale du nerf optique.* (Renvoi à l'examen de M. J. Cloquet.)

M. *Flourens* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *John Simon*, d'un Traité sur l'inflammation, travail destiné à faire partie de l'Encyclopédie chirurgicale (*System of Surgery*) de M. *Holme*.

M. *Flourens* présente également, au nom de l'auteur, M. *Mayer*, professeur à Bonn, divers opuscules relatifs, pour la plupart, à la physiologie. L'auteur, après avoir rappelé dans la lettre d'envoi les expériences récemment communiquées à l'Académie sur la coloration en rouge des os du fœtus par la garance entrée dans la diète alimentaire de la mère, ajoute ce qui suit :

« J'ai moi-même, dans des expériences faites sur des lapines pleines, démontré le *transitus fluidorum* de la mère au fœtus. J'introduisais par une petite ouverture pratiquée à la trachée-artère du prussiate de potasse liquide, en petites quantités et à plusieurs reprises durant un ou deux jours, ce qui ne gênait pas sensiblement la respiration de l'animal. Je suis parvenu ainsi à colorer en bleu verdâtre l'eau de l'amnios, le fœtus lui-même, son estomac, ses reins, sa vessie urinaire. »

Chimie appliquée. — *Deuxième note sur les réactions chimiques des fausses membranes*, communiquée par M. *Ozanam*. — Après avoir indiqué la nature et la durée des réactions produites sur les fausses membranes par les chlorures, les bromures et les iodures alcalins, par les carbonates, les borates et les phosphates, par l'huile de foie de morue, l'eau mère des soudes de varech, la glycérine, le chloroforme et l'urée, l'auteur ajoute :

En consultant les données précédentes, nous en déduirons que, si l'on veut attaquer l'élément couenneux par les dissolvants, les alcalins doivent être préférés aux acides, et l'on devra consulter par ordre d'importance les eaux mères, l'ammoniaque, la soude, le bicarbonate de soude, l'urée, le cyanure de potassium, le chlorure de potassium, la glycérine, l'eau de chaux, la potasse, le chlorure de sodium, le bromure de potassium, et en dernier lieu seulement, le sous-carbonate de potasse, le phosphate de soude, et le chlorate de potasse, si longtemps préconisé.

Si, au contraire, on préfère les désagrégeants, on devra trouver d'efficaces ressources dans le chlorure de brome, le brome et le chlore ; puis à un moindre degré dans l'iode, le perchlorure de fer, le bichlorure de mercure et le chrome, qui durcissent la fausse membrane, et la détachent en masse, sans néanmoins en désagréger les éléments.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DE 29 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet les rapports des épidémies qui ont régné dans le départements de la Creuse et de la Vienne pendant l'année 1860. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. *Claude Bernard* et *Verneuil*, qui prient l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — *b*. Une observation d'opération césarienne après la mort de la mère, par M. *Binaut*, professeur à l'École de médecine de Lille. (*Comm.:* M. Devergie.) — *c*: Des notes relatives à la question actuellement débattue devant l'Académie, par MM. *Moreau* (de Tours), *Marcé*, *Padioleau* (de Nantes) et *Maigrot*. Ces communications sont renvoyées à l'examen de M. Trousseau. Disons, toutefois, que celle de M. Marcé est destinée à mettre en relief le rôle de la congestion dans la paralysie générale et à montrer notamment que des congestions véritables peuvent être le point de départ d'accès qui peu à peu, en se répétant, deviennent de vraies épilepsies. Quant à M. Moreau, sa note développe les deux propositions suivantes : 1° les attaques apoplectiformes de nature purement congestive sont plus fréquentes que la communication de M. Trousseau ne tendrait à le faire supposer ; 2° contrairement à ce qui a été dit, de véritables attaques congestives sont prises très souvent pour des attaques d'épilepsie. — *d*. Un mémoire intitulé : *De la meilleure préparation du colchique*, par M. *Chapoteaut*, pharmacien à Decize (Nièvre). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. Une note de M. *Jeannel* (de Bordeaux) sur la non combustion du phosphore en présence des vapeurs hydrocarbonées. (*Comm.:* M. Guibourt.) — *f*. Une note sur un trocart courbe armé d'une canule, et destiné à pratiquer l'opération de la trachéotomie, par M. le docteur *Sabastian* (de Béziers).

M. *Huguier* présente, au nom de M. Gallard, une brochure sur les tumeurs sanguines péri-utérines.

*Discussion sur la congestion cérébrale.*

M. *Baillarger*. Arrive-t-il, dans un grand nombre de cas, qu'on prenne pour de simples congestions cérébrales apoplectiformes de véritables accès d'épilepsie?

La congestion cérébrale apoplectiforme est-elle une maladie très rare, si rare, qu'on doive presque songer à la rayer du cadre nosologique?

Telles sont, ce me semble, les deux questions principales qui ressortent du remarquable travail lu par M. Trousseau dans l'une des dernières séances.

La première question ne me paraît pas soulever de difficultés bien grandes.

Lorsque l'épilepsie éclate à un âge assez avancé, si on n'a pas été témoin du premier accès, l'idée qui se présente tout d'abord est celle d'une congestion cérébrale. De là pour la première ou les premières attaques beaucoup d'erreurs possibles. Ces erreurs ne sont pas seulement commises par les parents des malades, elles peuvent l'être aussi par des médecins auxquels on donne des renseignements inexacts. Il faut ajouter que, dans quelques cas, elles sont d'ailleurs inévitables. Il est certain que les premiers accès d'épilepsie, alors même qu'il y a une perte complète de connaissance, ne présentent pas toujours des phénomènes convulsifs et ressemblent à une simple congestion cérébrale. M. Trousseau a vu de ces faits, MM. Delasiauve et Herpin en ont cité, et tout récemment encore j'ai eu occasion de recueillir une observation de ce genre, très propre à montrer les difficultés qui se présentent.

M. X..., âgé d'environ trente ans, d'une forte constitution, éprouve, une heure après son repas, une attaque que son médecin décrit de la manière suivante :

« Tout à coup la langue s'embarrasse, le malade appelle au secours et s'affaisse sans convulsions de la tête ni des membres, sans agitation des globes oculaires; la figure est très pâle, les yeux fermés; sentiment d'oppression, vomituritions. » — Le malade est *saigné*, et le soir même il peut se lever.

Quinze jours après, nouvelle attaque absolument pareille.

Quelle est la nature de ces accès? Est-ce de l'épilepsie? est-ce simplement de la congestion cérébrale? — Le médecin de M. X... adopte cette dernière opinion, se fondant sur ce fait, « qu'il ne retrouve, dit-il, aucun des signes saillants de l'épilepsie. »

En effet, les convulsions avaient complétement manqué. Il faut ajouter que, dix ans auparavant, M. X... avait eu deux accès semblables, et que ces accès avaient aussi été considérés par un premier médecin comme de simples congestions cérébrales.

J'ai cru néanmoins devoir considérer ce malade comme épileptique, m'appuyant surtout sur les motifs suivants : les deux premiers accès avaient eu lieu à dix-huit ans; ils avaient eu lieu à un jour d'intervalle seulement; la connaissance était revenue très vite; enfin, les deux derniers accès qui se sont produits à quinze jours d'intervalle n'ont, chez cet homme de trente ans, laissé ni embarras de prononciation ni faiblesse dans les membres.

Les observations de ce genre ne sont pas rares, et M. Trousseau a pu en rencontrer beaucoup.

Il en est certainement, et celle que je viens de citer est de ce nombre, qui sont embarrassantes; mais, en général, des accès mieux caractérisés ne tardent pas à se dessiner et viennent lever les doutes.

Il y a peu de temps, un médecin me rapportait qu'ayant été appelé pour voir un négociant qui venait d'être frappé de congestion, il avait pratiqué une large saignée. Quelques mois plus tard, il fut de nouveau rappelé pour le même malade, atteint d'une seconde congestion; mais un troisième accès ayant éclaté plus tard, ce dernier offrit tous les caractères de l'épilepsie.

Cette névrose peut donc, à son début, ressembler quelquefois à une simple congestion cérébrale, et l'erreur est alors difficile à éviter.

Il y a d'autres cas dans lesquels les mouvements convulsifs peuvent, comme M. Trousseau l'a dit, ne consister qu'en une forte contraction des muscles sans mouvements cloniques; d'autres, où les convulsions sont très légères, très courtes, très limitées, et peuvent facilement échapper à l'observation. Dans toutes ces conditions, une erreur de diagnostic est encore facile à commettre.

En résumé, messieurs, M. Trousseau me paraît avoir rendu un véritable service en insistant sur ce fait, que beaucoup de cas d'épilepsie échappent sous des dénominations différentes, et qu'il faut être en garde contre ces erreurs. Il est surtout bien démontré, comme l'a dit aussi M. Herpin, qu'on prend souvent pour de simples congestions cérébrales le premier ou les premiers accès d'épilepsie, lorsque la maladie débute à un âge avancé.

Je passe à la deuxième question.

La congestion cérébrale apoplectiforme est-elle une maladie très rare, si rare qu'il faille presque songer à la rayer du cadre nosologique? — Telle est l'opinion de M. Trousseau, qui, depuis quinze ans, n'a plus, dit-il, rencontré de congestions cérébrales apoplectiformes.

La question a quelque importance et vaut assurément la peine d'être examinée. L'histoire de la paralysie générale me paraît fournir pour la solution de cette question des éléments très importants.

La congestion cérébrale est la cause prochaine de la démence paralytique; en outre, elle survient très souvent comme complication dans le cours de cette maladie. Ces congestions, que M. Tardieu a déjà fait intervenir dans cette discussion, sont souvent celles qu'on peut appeler apoplectiformes.

D'après Bayle, elles offraient ce caractère dans la moitié des cas.

Les malades, dit-il, après s'être plaints de malaise, de céphalalgie, de pesanteur de tête, de tintements d'oreilles, tombent tout à coup privés de sentiment et de mouvement. Comme on le voit, il s'agit bien de la congestion cérébrale apoplectiforme.

Si maintenant du début de la maladie, nous passons à sa terminaison, voici ce que nous trouvons.

M. Parchappe a publié quatre-vingt-six autopsies de malades morts de paralysie générale. Or, veut-on savoir dans quelle proportion figure la congestion cérébrale comme cause de mort? Quarante fois sur quatre-vingt-six, c'est-à-dire dans un peu plus de la moitié des cas. La congestion cérébrale apoplectiforme est donc une cause fréquente de paralysie générale; c'est une cause peut-être plus fréquente encore de mort pour les aliénés paralytiques.

M. Trousseau a rappelé qu'il avait été interne à Charenton pendant deux ans, et il ajoute qu'il avait vu ou cru voir dans cet asile un assez grand nombre de congestions cérébrales apoplectiformes. Dans ma conviction, ces congestions étaient très réelles, et elles n'ont pas cessé depuis d'être observées avec une grande fréquence.

Peut-on admettre que toutes les congestions cérébrales apoplectiformes appartiennent à la paralysie générale; qu'elles la précèdent ou l'accompagnent? Assurément non. M. Andral a recueilli 114 cas de congestions cérébrales : un certain nombre avait le caractère apoplectique, et il est probable que ces dernières n'ont pas toutes été suivies de démence paralytique.

Avant de terminer sur ce point, je dois d'ailleurs faire remarquer que le tableau de la congestion cérébrale apoplectiforme tracé par M. Trousseau est peut-être trop favorable à son opinion.

« Un homme, dit-il, tombe subitement frappé d'apoplexie; on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée; le lendemain, tout est fini. »

La promptitude avec laquelle les symptômes se dissipent est un des caractères de l'accès d'épilepsie, et M. Trousseau est peut-être, je le reconnais, en droit de suspecter la nature de prétendus *coups de sang* dont les suites sont si bénignes. Mais voyons à côté de sa description celle qu'a tracée Bayle : « Au bout de cinq minutes, d'un quart d'heure, d'une ou de plusieurs heures, ou même d'un temps beaucoup plus long, la connaissance revient d'une manière plus ou moins confuse et incomplète; elle se rétablit ensuite davantage, soit spontanément, soit après l'emploi méthodique des évacuations sanguines. Mais le retour des mouvements n'est pas aussi prompt. Les malades conservent pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois même des mois entiers, une paralysie plus

ou moins marquée des extrémités ou d'une des moitiés du corps, et une grande difficulté dans l'articulation des mots. »

Je n'ai pas besoin de faire ressortir la différence de ces deux descriptions. Les malades de M. Trousseau, qui le lendemain ne ressentent plus rien de leur attaque, pouvaient bien pour la plupart être de véritables épileptiques ; mais ceux de Bayle, qui pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois des mois entiers, conservaient des signes d'hémiplégie incomplète, de l'embarras dans la parole, ces malades avaient au contraire éprouvé de grandes attaques de congestion cérébrale apoplectiforme.

Il est donc, comme on le voit, nécessaire de bien s'entendre sur les faits qui font l'objet de la discussion.

Qu'on ne dise pas que les malades dont parle Bayle avaient eu, non de simples congestions, mais de petites hémorrhagies cérébrales. Les autopsies de ces malades ont été faites, et l'on sait que rien n'est plus rare que de rencontrer des traces d'hémorrhagies cérébrales chez les aliénés paralytiques.

Il est bien démontré, au contraire, que de simples congestions unilatérales, lentes à se dissiper, peuvent entretenir des hémiplégies incomplètes pendant plusieurs semaines.

En résumé, je ne saurais admettre que la congestion cérébrale apoplectiforme soit une maladie très rare, et les seuls documents empruntés à l'histoire de la paralysie générale me paraissent suffire pour prouver qu'il n'en est pas ainsi.

Il est un dernier point qui touche d'une manière très étroite au diagnostic de l'épilepsie et de la congestion cérébrale, qui me paraît pour cette discussion mériter une attention toute spéciale.

Les congestions cérébrales qui précèdent ou accompagnent la paralysie générale offrent des formes très variées. Il en est une très remarquable que tous les auteurs spéciaux ont décrite, et qu'on désigne sous la dénomination de congestion épileptiforme ou simplement d'attaques épileptiformes.

M. Billod, médecin de l'asile d'Angers, dans l'excellente note qu'il a adressée à l'Académie, désigne ces attaques sous la dénomination d'épilepsie symptomatique, et il sous-entend, dit-il, symptomatique d'une congestion cérébrale. Mais qu'est-ce qu'une épilepsie symptomatique, si ce n'est une forme de congestion cérébrale, la congestion épileptiforme ?

Puisque l'Académie s'occupe du diagnostic différentiel de l'épilepsie et de la congestion cérébrale, n'y a-t-il pas lieu de rechercher si cette congestion épileptiforme ou cette épilepsie symptomatique n'est pas quelquefois confondue avec l'épilepsie essentielle ?

Cette confusion a certainement été faite, et il n'est pas douteux qu'elle n'ait encore lieu quelquefois.

Voyons d'abord quels sont les caractères de ces congestions épileptiformes décrites pour la première fois par Bayle en 1825, et sur lesquelles M. Brierre de Boismont a publié un mémoire en 1829.

« Ces attaques, dit Bayle, ont l'analogie la plus parfaite avec celles qui constituent l'épilepsie essentielle, et il serait impossible de les distinguer de ces dernières en ne considérant que les phénomènes qui les accompagnent....

» .... La durée des attaques varie depuis une jusqu'à cinq, dix minutes et plus. Lorsque les convulsions cessent, tantôt le sentiment et la connaissance reviennent immédiatement après, tantôt les malades restent encore pendant plusieurs heures ou même des journées plongés dans un état comateux. »

Ces attaques se reproduisent en général plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins éloignés. Dans un cas, je les ai vus revenir presque régulièrement chaque mois chez un aliéné paralytique.

Quant à la nature de ces attaques, tous les médecins aliénistes semblent aujourd'hui d'accord pour les attribuer à de simples congestions cérébrales. On a, pour soutenir cette opinion, non-seulement des autopsies nombreuses, mais surtout ce grand argument que ces attaques épileptiformes précèdent ou suivent d'autres congestions de caractères différents, et sur la nature desquelles aucun doute n'est possible.

**J'arrive au point qui intéresse le diagnostic de l'épilepsie.**

Dans un certain nombre de cas, ces attaques marquent le début de la démence paralytique, qui peut cependant passer inaperçue pendant plusieurs mois. On sait qu'il n'est pas de maladie cérébrale qui ait des prodromes plus éloignés et plus faciles à méconnaître. Il a donc dû arriver quelquefois qu'on a cru assister au début d'une épilepsie essentielle quand on n'avait affaire qu'à une congestion épileptiforme.

Il y a, dans le dernier ouvrage de M. Calmeil, une observation qui suffit pour donner une idée des difficultés de la question.

Un homme de quarante-six ans, gros, court, très sanguin, surchargé d'embonpoint, fut trouvé sans connaissance et dans un état tout à fait comateux. On le saigne ; le malade revient à lui, et, quelques jours après, il reprend ses occupations.

Les médecins avaient jugé qu'il avait eu un coup de sang ; mais après quelques semaines survient une attaque d'épilepsie suivie de quinze jours d'*hébétude* et d'une apparence de *faiblesse générale*. Pendant plus d'un an, les attaques se répètent à des intervalles variés, puis l'aliénation mentale éclate.

Le malade, qui habitait la Martinique, est ramené en France et placé à Charenton, où l'on constate les signes d'une paralysie générale.

« L'épilepsie, dit M. Calmeil, est révoquée en doute, et l'on incline à croire qu'on a pris les effets dus à des congestions encéphaliques répétées pour les symptômes du mal caduc. »

Plus tard, M. Calmeil ayant été lui-même témoin des attaques, revient de l'opinion des premiers médecins, et juge le malade épileptique.

Ainsi voilà des attaques dont la première a été regardée comme un coup de sang, les suivantes comme de l'épilepsie ; puis on a jugé qu'il y avait peut-être eu erreur, et qu'on avait pris pour de l'épilepsie de simples congestions encéphaliques ; enfin on revient à l'idée d'épilepsie.

Je crois que cette dernière opinion est parfaitement exacte, mais il me semble que l'existence, dans ce cas, de simples congestions épileptiformes pourrait, jusqu'à un certain point, être soutenue. Pour juger cette question, il faudrait avoir des *détails plus complets* sur l'année qui a précédé l'admission du malade à Charenton. Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru très propre à donner une idée des difficultés de diagnostic que peuvent faire naître les congestions épileptiformes. Il est certain que quand l'épilepsie éclate après trente ans, il y a lieu de rechercher s'il n'existe pas des prodromes de paralysie générale ; il faut aussi tenir grand compte des traces que le premier ou les premiers accès peuvent laisser après eux.

Ces congestions épileptiformes appartiennent-elles exclusivement à la paralysie générale? Et s'il en était autrement, n'y aurait-il pas lieu de soumettre à un nouvel examen certains cas qu'on rapporte à l'épilepsie essentielle?

Ces réflexions me sont suggérées par l'une des observations que M. Herpin a citées dans la note publiée il y a quelques jours par plusieurs journaux de médecine.

Un homme de soixante et onze ans éprouve la nuit un premier accès d'épilepsie. Quinze mois après, il a une congestion cérébrale avec hémiplégie. Enfin, vingt mois plus tard, il succombe à une attaque d'apoplexie. Ainsi un seul accès d'épilepsie, qui n'a pas été observé par le médecin, est suivi d'une congestion et d'une apoplexie.

Quand de tels faits se présentent, ne faut-il pas se rappeler les congestions épileptiformes ?

En résumé, il ressortira, je crois, de cette discussion que, quand un médecin est consulté pour une congestion cérébrale apoplectiforme, il ne doit pas oublier de songer à l'épilepsie, et que ce précepte formulé par MM. Trousseau et Herpin trouve d'assez fréquentes applications.

Je crois pouvoir ajouter que s'il s'agit, au contraire, d'un premier accès d'épilepsie chez un adulte, il peut quelquefois être utile de se rappeler les congestions épileptiformes qui précèdent assez souvent l'invasion de la paralysie générale.

**M. *Bouillaud*. Je crains bien que la note que vient de lire**

M. Baillarger, malgré l'incontestable mérite du travail et la grande autorité de l'auteur, ne suffise pas à dissiper entièrement les ténèbres de la question. J'en appelle à M. Malgaigne.

M. *Malgaigne.* Je serai très heureux d'avoir un supplément de lumière, que l'Académie attend de vous, monsieur Bouillaud.

M. *Bouillaud.* Il est à remarquer que M. Trousseau a le singulier privilége, toutes les fois qu'il monte à cette tribune, de semer la division parmi nous, et de soulever des orages dans notre pacifique enceinte. Je ne m'en plains pas; mais je ne serais pas fâché d'en pénétrer la cause. Je crois que cela tient, au moins en grande partie, à l'esprit médical qui anime notre éloquent collègue.

Sa doctrine, à lui, consiste à méconnaître les règles, les préceptes, les lois qui régissent les sciences médicales, à faire bon marché de toute méthode, à compter médiocrement avec les faits, à négliger toute statistique, et à préférer aux données certaines de l'expérience, aux enseignements positifs de l'observation, je ne sais quelles théories aventureuses et quelles ingénieuses hypothèses, qui heurtent les croyances généralement admises, et ne trouvent de crédit sérieux que dans l'esprit de leur inventeur. Entouré de cet appareil de fictions, M. Trousseau semble fuir la lumière des faits, et se complaire à marcher au milieu des ténèbres, se souciant fort peu du sage précepte de Gaubius : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.*

Telle est, à mon sens, la principale raison qui fait que M. Trousseau ne peut guère élever la voix sans rencontrer ici des contradicteurs. Il est probable qu'il n'en serait pas ainsi s'il avait de bonnes preuves à fournir à l'appui de ses théories, s'il avait surtout un nombre imposant de faits à mettre à la place de ses charmantes hypothèses.

« Il y a, dit M. Trousseau, une opinion qui a cours dans la science, c'est que la congestion cérébrale apoplectiforme est une maladie commune. » — Je m'inscris en faux contre une pareille assertion. Où M. Trousseau a-t-il donc vu que ce fût là « une chose bien établie, bien acceptée » ? Qu'il me cite une seule monographie où *la congestion cérébrale apoplectiforme* se trouve décrite? Il y a quinze ans, ajoute notre éminent collègue, qu'il ne voit plus de ces sortes d'affections. Eh bien! j'ose dire qu'il y a plus de vingt-cinq ans que je n'en vois plus; je ferais peut-être aussi bien de dire que je n'en ai jamais vu.

Puis M. Trousseau trace à sa manière deux tableaux saisissants, l'un d'une attaque d'*apoplexie*, l'autre d'une attaque de *congestion cérébrale légère*. J'ai observé un très grand nombre d'apoplexies et de congestions, et je déclare que, pour ma part, je n'ai jamais rien rencontré de pareil. C'est là une description tout imaginaire, une peinture de simple fantaisie.

Et voyez dans quel embarras se trouve M. Trousseau! Je lui ai demandé ce qu'il entendait par congestion apoplectiforme; et dans une définition assez obscure, dont je doute que M. Malgaigne ait été satisfait, il nous a parlé d'ecchymoses dans la substance cérébrale! Et encore ne les a-t-il jamais vues; il les admet par pure hypothèse. Mais alors, ce n'est plus de la congestion; il y a extravasation sanguine; c'est de l'hémorrhagie cérébrale.

La note de M. Trousseau tend donc à jeter la plus grande confusion dans l'histoire, déjà si difficile, des affections cérébrales.

Jusqu'à présent on avait admis deux variétés de congestion cérébrale simple: l'une artérielle, active, dans laquelle le cerveau entre dans une sorte d'érection; l'autre veineuse, passive, résultant le plus souvent d'une gêne dans la circulation, et que l'on peut produire d'une manière artificielle et passagère dans le phénomène de l'*effort*, si bien décrit par Bourdon. Jusqu'à nouvel ordre, je crois qu'il est bon de s'en tenir à ces deux formes de congestion simple, dont les exemples sont bien connus et dont la description se trouve dans tous les livres.

Mais M. Trousseau ne se borne pas à établir une confusion regrettable entre la congestion et l'apoplexie; dans un autre passage de sa communication, je vois qu'il confond les phénomènes apoplectiques avec ceux du ramollissement cérébral et même avec ceux d'une embolie, d'une oblitération subite d'une des artères de la base du crâne! Encore une fois, tout cela est bien différent. Chacune de ces lésions correspond à une expression phénoménale déterminée; le mot *apoplexie* n'est pas un mot vague, dont on doive se servir arbitrairement, pour l'appliquer à n'importe quel accident cérébral : il est synonyme d'hémorrhagie cérébrale, et il importe que M. Trousseau ne l'oublie pas.

M. *Trousseau.* Je conviens que j'ai eu tort de me servir ici du mot apoplexie.

M. *Bouillaud.* Dans les accidents auxquels je viens de faire allusion, M. Trousseau ne veut point qu'il y ait congestion apoplectiforme; je ne le veux pas plus que lui; mais par quoi remplace-t-il alors la congestion? Par l'*étonnement* cérébral, c'est-à-dire par un mot à effet, qui a étonné tout le monde, et qui n'a rien appris de nouveau à personne.

M. *Trousseau.* J'ai renoncé à ce mot.

M. *Bouillaud.* Vous y avez renoncé pour adopter le mot *stupeur*, qui a été proposé par M. Larrey. Mais qu'aviez-vous besoin qu'on vous soufflât cette expression-là? Vous aviez donc oublié qu'elle se trouvait employée trois ou quatre fois dans le cours de votre travail? Mais si vous faites la locution étonnement du cerveau synonymie de stupeur, je vous demanderai ce que vous entendez par ce dernier terme.

M. *Trousseau.* J'entends par stupeur un état d'imbécillité, de faiblesse de l'intelligence et du mouvement, dans lequel un individu est jeté par la soudaineté d'une attaque.

M. *Bouillaud.* Cette explication ne me semble pas introduire plus de clarté dans les choses, ni dans les mots.

Maintenant voici trois ordres de faits, que je signale à l'attention de M. Trousseau. Ce ne sont pas des tableaux de fantaisie, ce sont des faits parfaitement vus et observés.

Un homme tombe subitement, au milieu de la nuit, privé de connaissance, de sentiment et de mouvement, et dans un état de coma profond. Il meurt au bout d'une heure. — Quelle est la nature de cet accident? — A l'autopsie, on trouve un foyer hémorrhagique tout récent dans le mésocéphale et à la partie supérieure de la moelle allongée.

Un autre perd connaissance, a de la roideur, puis des mouvements convulsifs dans les membres, de l'écume à la bouche, la respiration stertoreuse, un ensemble de phénomènes très analogues à l'épilepsie. Il meurt au bout de cinq heures, et, à l'ouverture du crâne, on trouve une hémorrhagie dans la protubérance et dans le quatrième ventricule.

Un troisième malade tombe subitement comme frappé de la foudre et présente aussi des phénomènes analogues à ceux de l'épilepsie; puis il tombe dans une résolution absolue, et meurt au bout de trois heures. Il avait une hémorrhagie dans le quatrième ventricule et des foyers apoplectiques dans la moelle allongée.

M. Trousseau aurait-il vu dans ces trois faits des cas de congestion apoplectiforme, ou plutôt les aurait-il attribués à l'épilepsie?

Ah! qu'on se garde donc bien de confondre l'épilepsie avec l'apoplexie, c'est-à-dire une névrose avec une hémorrhagie cérébrale, une affection convulsive, avec une maladie paralytique! La congestion n'est pas nécessaire pour produire l'épilepsie; c'est un phénomène consécutif; c'est une congestion passive, résultant, comme dans l'effort, du spasme du larynx; mais cette congestion se dissipe, et tout rentre dans l'ordre. Il n'y a rien là qui soit apoplectique ou apoplectiforme. En outre, l'apoplexie, quand elle ne tue pas, porte toujours une atteinte très grave aux fonctions cérébrales; tandis qu'on peut être épileptique et être un César ou un Napoléon.

Il est donc de la plus haute importance, quand il s'agit de quelque affection cérébrale, d'en bien étudier les signes, d'en observer rigoureusement le caractère, afin de préciser autant que possible la nature de la maladie et le siége de la lésion. Sans cela, on marche dans l'obscurité, *progreditur per tenebras.*

M. Bouillaud termine en exprimant le regret que les aliénistes ne se soient pas appliqués davantage à chercher les relations

exactes, précises, des lésions cérébrales et des troubles intellectuels; il regrette surtout le vague déplorable qui règne encore dans l'histoire de la paralysie générale. Il lui semble que, dans cette maladie, où l'on observe beaucoup de phénomènes analogues à ceux que détermine la lésion artificielle du cervelet, on pourrait tirer des résultats utiles de l'étude des lésions de ce dernier organe, qui préside, à n'en pas douter, à la coordination des mouvements.

La séance est levée à cinq heures.

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 1er FÉVRIER 1861.

Opération remarquable de lithotripsie, terminée avec succès, par M. *Leroy d'Etiolles*.

Discussion sur le mémoire de M. *Worms*, du Kyste de l'ovaire.

Rapport de présentation du docteur *Blachez*, par M. *Worms*.

Scrutin d'élection.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 30 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX DE L'AISSELLE. — CARIE VERTÉBRALE DE LA RÉGION CERVICALE. — MODIFICATION DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

M. *Legouest* présente un malade atteint d'un anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle, produit dans les conditions suivantes : Il reçut, il y a cinq ans, une balle qui pénétra au niveau de la deuxième côte gauche, en avant; une hémorrhagie eut lieu immédiatement; la balle, qui avait pénétré jusqu'au sommet de l'aisselle, fut extraite, et il y eut alors une nouvelle hémorrhagie; on fit un pansement recouvert d'un bandeau compressif, puis le malade ne tarda pas à quitter l'ambulance. Une tumeur se développa graduellement dans l'aisselle, et bientôt on put constater les signes d'un anévrysme artérioso-veineux. Les mouvements du bras sont peu gênés; les veines superficielles ne sont pas plus développées qu'à l'état normal. Ce qui inquiète le plus le malade, c'est le bruit, le bourdonnement qu'il entend continuellement. La tumeur remplit le creux axillaire en avant, mais elle n'augmente plus de volume. M. Legouest pense qu'il n'y a pas lieu d'intervenir activement pour le traitement de cette affection.

Les particularités les plus intéressantes de cette observation sont l'origine de la maladie et son siége. M. Chassaignac cite un cas d'anévrysme variqueux produit par un coup de feu; M. Larrey cite un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle produit par un coup de fleuret.

— M. *Legouest* présente une pièce anatomique, un cas de carie vertébrale de la région cervicale, le malade succomba à une hémorrhagie de l'artère vertébrale, qui paraît avoir été provoquée par un travail d'ulcération de cette artère.

— Enfin nous avons à signaler une lecture intéressante de M. *Henry*, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes; il s'agit d'une modification destinée à assurer le succès et la régularité de l'opération. Nous aurons à revenir sur ce travail.

JULES ROUYER.

---

## VI

## REVUE DES JOURNAUX.

**Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de la diphthérie (angine couenneuse et croup) par le perchlorure de fer à l'intérieur et à haute dose,** par M. le docteur AUBRUN.

L'auteur rapporte l'observation détaillée d'un enfant de vingt et un mois qui fut affecté de pharyngite et de laryngite pseudo-membraneuse, avec extension des fausses membranes aux premières divisions bronchiques. La trachéotomie a été pratiquée le quatrième jour après l'apparition des symptômes du croup confirmé, et, le vingt-deuxième jour après l'opération, la guérison était complète. Le traitement interne a consisté presque exclusivement dans l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. On faisait boire à l'enfant, de cinq minutes en cinq minutes pendant le jour, et de quart d'heure en quart d'heure pendant la nuit, une solution aqueuse contenant de 20 à 40 gouttes de perchlorure de fer par verre, de telle sorte que la dose a pu s'élever de 7 à 18 grammes en vingt-quatre heures.

Si le succès dans un cas de cette gravité doit encourager à expérimenter cette médication, nous pensons cependant que l'auteur se hâte trop d'y voir la preuve incontestable que la guérison a été due au perchlorure de fer. Bien que, au-dessous de deux ans (et l'enfant dont il s'agit n'avait que vingt et un mois) la trachéotomie échoue le plus souvent, elle compte cependant quelques cas de succès même à cet âge. Si l'extension des fausses membranes aux bronches constitue une complication des plus graves et souvent fatale, il existe cependant des cas où les enfants ont guéri après avoir rendu des membranes tubulées, et cela sans même que la trachéotomie ait été pratiquée.

M. P. Guersant conserve un *arbre bronchique pseudo-membraneux* qui a été expulsé par les seuls efforts de la toux. On pourrait dire que la plupart des traitements médicaux, préconisés contre le croup, comptent des succès de ce genre, surtout avec un adjuvant aussi considérable que la trachéotomie.

M. Aubrun a dû à sa méthode la guérison de 30 cas de diphthéries pharyngiennes et de 5 cas de diphthéries laryngées généralisées graves; il compte 4 insuccès dans les derniers cas. Ces 39 cas sont-ils les seuls où notre confrère ait expérimenté le perchlorure de fer, et n'y a-t-il aucun insuccès à opposer à ces 30 réussites obtenues pour des diphthéries pharyngiennes? On peut demander aussi quel était le degré de gravité de celles-ci, car on sait combien il existe d'états intermédiaires entre l'angine couenneuse commune de Bretonneau, et l'angine maligne.

Nous désirons vivement que ces expériences soient continuées, car nous admettons facilement l'influence favorable que peut avoir le perchlorure de fer, en tant que tonique et reconstituant; nous sommes aussi disposé à croire à son action topique sur le pharynx; nous comprendrions moins qu'il pût contribuer à détacher les fausses membranes de l'intérieur des bronches. Le goût styptique de ce médicament doit le rendre d'un usage difficile chez les enfants. Il est aussi un point avec lequel nous différons d'opinion avec le docteur Aubrun : c'est le précepte de ne pas respecter le sommeil des enfants pour leur administrer le remède tous les quarts d'heure. Cette rigueur nous semble hors de saison : l'aphorisme, *Optimum medicamentum somnus*, nous semble vrai surtout dans l'enfance, et parmi les enfants atteints de croup, près desquels nous avons souvent été appelé à veiller des nuits entières, nous avons toujours vu le sommeil, quand il pouvait s'établir, avoir une influence réparatrice et salutaire que nous nous serions bien gardé de troubler. (*Gazette médicale*, 8 décembre 1860.)

**Note sur un cas de pneumo-péricarde,** par M. le docteur Tutel.

Obs. — Homme de quarante-six ans, en traitement, dans le service de M. Niemeyer, pour un cancer de l'œsophage. Le 30 octobre, aggravation rapide, hoquet continuel, etc. Dans la soirée, apparition d'un bruit particulier, s'entendant à distance, isochrone avec le pouls, espèce de gargouillement à timbre métallique. La matité précordiale n'avait pas changé d'une manière sensible; l'impulsion du cœur se faisait sentir faiblement dans le même point que précédemment. Le premier bruit du cœur était marqué par le bruit anormal, tandis que le deuxième s'entendait très nettement.

Pendant la nuit, tous les malades couchés dans la salle, et même les personnes qui se trouvaient dans une pièce voisine dont la porte était fermée, purent entendre très distinctement le bruit de gargouillement qui se renouvelait à chaque systole ventriculaire. Le malade restait couché, immobile, les yeux fermés, apparemment sans connaissance, gémissant de temps en temps, et toussant parfois sans expectorer.

Le lendemain matin, même état; le bruit de gargouillement était toujours facilement entendu d'un bout de la salle à l'autre. La matité précordiale avait complétement disparu, et était remplacée par de la sonorité sans timbre tympanique; il n'était plus possible de sentir le choc du cœur. — Mort dans la journée.

*Autopsie.* — En ouvrant l'abdomen, on trouva le diaphragme fortement abaissé dans sa partie moyenne, à peu près également sur les deux côtés de la ligne médiane. Toute la partie antérieure de la cavité thoracique était occupée par le péricarde énormément dilaté, fortement tendu, tandis que les poumons n'occupaient plus que les limites des parties latérales de la poitrine. Le péricarde affectait une disposition pyriforme, mesurant à sa base 6 pouces de diamètre transversal; il dépassait en bas de 2 pouces 3/4 la pointe du cœur. En le percutant, on obtenait un son tympanique modèle; il était d'ailleurs impossible d'en expulser de l'air en le comprimant. Après avoir évacué le gaz, on trouva dans le péricarde environ 600 grammes d'un liquide gris jaunâtre, horriblement fétide, mélangé de grumeaux caséeux. La face postérieure de la cavité séreuse présentait une perforation en forme de fente, qui la faisait communiquer avec l'œsophage, dont les parois étaient détruites dans ce point par une ulcération cancéreuse. (*Deutsche Klinik*, n° 37, 1860.)

**Un cas de coup de soleil, avec autopsie et remarques,** par le docteur Humphrey-Peake (de Yazoo-city, Mississipi).

Il a déjà été question plusieurs fois dans la Gazette hebdomadaire (t. I et t. III) des accidents produits par l'*insolation*, sur lesquels nous devons nos principaux renseignements aux médecins anglais ou américains. Tandis que les uns, comme le docteur Hill, veulent y voir une variété de la fièvre rémittente bilieuse, due à l'action du climat, le plus grand nombre les attribuent à une influence plus directe, plus instantanée, de la chaleur solaire, et les décrivent sous le nom de *heat apoplexy* (apoplexie de chaleur). C'est à cette manière de voir que se rattache l'auteur que nous analysons. L'observation que rapporte M. Humphrey-Peake est celle d'un nègre, qui succomba rapidement pour avoir travaillé nu-tête au soleil par une température qui monta jusqu'à 98 degrés Fahrenheit à l'ombre. Les symptômes principaux furent la perte de connaissance, un état comateux prolongé, une grande dyspnée avec écume blanche à la bouche, des vomissements et des selles involontaires, une accélération du pouls portée à 160 pulsations à la minute, avec une grande irrégularité dans son rhythme et sa force d'impulsion, enfin une chaleur excessive de la peau, qui n'a pas pu être mesurée au thermomètre, mais qui « brûlait littéralement la main de l'observateur. »

L'autopsie, pratiquée une demi-heure seulement après la mort, a montré, dans les deux cavités pleurales, un épanchement de sang qui paraissait pur; un état de splénisation des poumons presque tout entiers, un peu de sérosité dans le péricarde, sans lésion du cœur; une forte congestion de la muqueuse stomacale, qui présentait par places une apparence de bouillie, enfin une hypertrophie considérable de la rate. Le cerveau n'a pas été examiné, faute d'instruments convenables, et parce que l'on avait déjà trouvé dans les poumons des causes de mort suffisantes. La section d'une des veines jugulaires donna lieu à un jet de sang qui jaillit pendant un certain temps avec une force considérable.

Toutes ces circonstances sont d'accord, selon le docteur Humphrey-Peake, avec les faits observés par M. le docteur Bennet Dowler (de la Nouvelle-Orléans), sous le titre de *solar asphyxia* (asphyxie solaire) dans le tome XII du *New-Orleans medical and surgical Journal*. Selon ce médecin, les accidents du coup de soleil sont dus à une « expansion des fluides » dont les effets se trouvent surtout dans les poumons et non dans le cerveau, comme on le suppose généralement, et « la cause de la mort commence, continue et se termine dans l'appareil respiratoire. » Il donne de ces phénomènes une explication toute physique par la dilatation de la masse du sang, amenant la rupture des vaisseaux au point où ils offrent le moins de résistance. C'est par le retrait des vaisseaux distendus qu'on expliquerait les phénomènes de circulation du sang *post mortem*, qui ont été observés dans ces circonstances, et notamment le jet prolongé du sang de la jugulaire rapporté dans le cas précédent. Le pronostic est fatal dans les cas graves, et la mort peut arriver en une heure, bien qu'elle tarde quelquefois pendant quinze heures. Ce sont surtout les soins prophylactiques qui peuvent garantir de cet accident. (*North-American Medico-Chirurgical Review*, septembre 1860.)

**Gargarismes créosotés,** par M. le docteur H. Green.

M. Green a retiré, dit-il, de grands avantages de gargarismes préparés suivant l'une des formules suivantes, dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge et de l'angine folliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne :

| | | |
|---|---|---|
| I. Créosote | 24 | gouttes. |
| Teinture de myrrhe | 12 | grammes. |
| Teinture de lavande composée | 12 | — |
| Sirop simple | 24 | — |
| Eau de fontaine | 150 | — |
| Mêlez. | | |
| II. Créosote | 20 | gouttes. |
| Teinture de poivre d'Espagne | 6 | grammes. |
| Teinture de myrrhe | 12 | — |
| Teinture de lavande composée | 12 | — |
| Sirop simple | 24 | — |
| Eau de fontaine | 150 | — |

(*Bulletin de thérapeutique*, 15 octobre 1860.)

**De l'ascite compliquant la grossesse; nouveau procédé de paracentèse,** par M. le docteur Pigeolet.

Lorsqu'on évacue par la ponction avec le trocart ordinaire, en un seul temps, tout le liquide ascitique, dans le cas de grossesse, l'utérus ne tarde pas, en général, à entrer en contractions. Cette ponction peut, par conséquent, avoir pour conséquence l'avortement ou l'accouchement prématuré. Pour prévenir cet accident, M. Pigeolet conseille de perforer simplement avec une épingle ou un trocart capillaire la saillie ombilicale qui existe presque toujours dans ces cas. Le liquide s'écoule alors goutte à goutte, et la grossesse ne se trouve pas menacée. M. Pigeolet a employé ce procédé, dans un cas, avec un plein succès. (*Journal de médecine de Bruxelles*, octobre 1860.)

**Statistique de trente-deux cas de ligature de l'artère iliaque primitive,** par M. le docteur Smith (de New-York).

Nous reproduisons, à titre de documents, les résultats de cette statistique, qui ne donne d'ailleurs pas d'autre renseignement que les guérisons et les décès; la proportion est de 7 guérisons sur 25 décès. Les opérations heureuses sont celles de Mott (de New-York), Guthrie (de Londres), Salomon (de Saint-Pétersbourg), Deguise (de Paris), Peace (de Philadelphie), Hey (d'York), et Garvisd (de Montevideo). (*Dublin Medical Press*, 26 septembre 1860.)

## VII

## BIBLIOGRAPHIE.

**Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs**, thèse de doctorat (Paris, 25 août 1860), par Charles Londe, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien de la marine impériale.

L'étude des causes est une des questions les plus importantes de l'histoire des névralgies, surtout au point de vue du traitement ; les névralgies traumatiques, en particulier, forment un groupe spécial et trop négligé jusqu'ici dans les ouvrages classiques; aussi nous avons lu avec intérêt les considérations présentées sur ce sujet par M. Charles Londe, dans sa thèse inaugurale.

Dans ce travail, l'auteur passe en revue les troubles auxquels donnent lieu la piqûre des nerfs, leur contusion, leur section plus ou moins complète, etc. Une première partie est consacrée à un exposé historique et bibliographique, dans lequel nous trouvons les nombreuses observations dont l'auteur s'est servi pour tracer l'histoire complète de ces névralgies, ce qui forme l'objet de la deuxième partie ; celle-ci devra nous occuper exclusivement, et nous allons en présenter une analyse rapide.

Les causes de ces névralgies sont : 1° le traumatisme accidentel : contusions ou plaies contuses, 15 cas; plaies par instruments tranchants, 12 ; plaies par instruments piquants, 2; plaies par armes à feu, 6 ; 2° les opérations chirurgicales : saignée, 16 cas ; amputation de la cuisse, 3, de la jambe, 2 ; puis viennent les extractions de dents, l'ablation du sein, la cataracte, etc.

Le symptôme le plus important est la douleur : « que cette douleur reconnaisse pour cause une plaie quelconque, une amputation ou une saignée, son point de départ est *toujours* le lieu même de la plaie ou de la cicatrice de celle-ci ; *jamais*, au début, elle ne naît ailleurs que dans le point lésé. » Cette douleur peut être sourde, obtuse et continue, ou vive, soudaine, passagère, par élancements; elle peut s'étendre sur tout le trajet du nerf ou se localiser en un certain nombre de points fixes; quelquefois elle affecte un trajet qui ne représente nullement la direction du nerf.

On observe également des troubles de la sensibilité au voisinage du point blessé, mais les troubles de la motilité sont plus importants, ce sont ou des tremblements passagers des muscles ou des contractions véritables, des spasmes plus ou moins prononcés, ou enfin quelquefois une véritable contracture : « chez une dame à qui Crampton reséqua un quart de pouce du nerf musculo-cutané, malgré l'emploi d'un instrument qui, au moyen d'un écrou, tendait à étendre les doigts, les ongles s'étaient *enfoncés* dans les chairs de la paume de la main *où ils avaient fait naître un ulcère sordide.* »

Quelquefois ces névralgies déterminent des troubles sympathiques variables, et même des accès d'hystérie et d'épilepsie.

Il nous reste, en terminant, à examiner une dernière question, celle du traitement. On devra employer, contre ces névralgies d'origine traumatique, les divers agents thérapeutiques qui servent à combattre les névralgies ordinaires ; mais, d'après les recherches de M. Londe, les médicaments échouent presque toujours, et l'on est obligé d'en venir au traitement chirurgical, qui comprend trois méthodes principales : l'incision, l'excision, la cautérisation.

Sur les 71 cas réunis par M. Londe, on trouve que l'*incision* simple ou multiple, pratiquée à une ou plusieurs reprises, a réussi 8 fois sur 9 ; mais il ne s'agissait que de petits filets nerveux. L'*excision* a été faite 10 fois, et a donné 9 succès complets et une guérison incomplète. La *cautérisation* au fer rouge a réussi une fois; dans un autre cas, la guérison n'a été obtenue qu'après la troisième cautérisation ; l'application d'un grain de potasse caustique a réussi dans deux cas.

L'*acupuncture* a donné deux succès, ainsi que la *section sous-cutanée* de brides cicatricielles ; l'*extraction de corps étrangers* a aussi donné deux guérisons ; la *ligature de la veine* a réussi dans un cas; les *injections sous-cutanées d'atropine* ont produit une amélioration marquée.

Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre davantage sur ce travail intéressant, dans lequel l'auteur a exposé consciencieusement et judicieusement un chapitre trop négligé de l'histoire des névralgies.

Jules Rouyer.

---

**Transactions of the Obstetrical Society of London**, 1 vol. *for the year* 1859 (*Transactions de la Société obstétricale de Londres*, t. I).

Fondée il y a dix-huit mois à peine, la Société obstétricale de Londres a déjà mis au jour le premier volume de ses *Transactions*. La publication en fut décidée dans le meeting inaugural du 16 décembre 1858. Aussitôt fondée, la Société se mit à l'œuvre; elle chercha à faire converger vers elle, tant de la province que de la métropole, les communications sur l'art obstétrical et les affections qui s'y rapportent, et pour s'entourer dès le principe de ce prestige indispensable aux entreprises naissantes, elle s'attacha les noms les plus distingués du Royaume-Uni et s'adjoignit, au titre de Foreign subjects, les accoucheurs les plus éminents de l'étranger.

Ce premier volume contient quarante et une communications, observations ou mémoires, qui se rapportent, soit aux accouchements, soit aux maladies de l'utérus et de ses annexes.

— Parmi les premiers, nous trouvons d'abord un mémoire de M. Tyler Smith sur le rejet de la crâniotomie dans tous les cas où le fœtus est vivant et viable. Ce mémoire est le symptôme d'une réaction qui s'opère dans quelques esprits en Angleterre contre l'abus de la crâniotomie. Le forceps, la version et l'accouchement prématuré artificiel sont trois moyens qui, dans des proportions diverses, doivent contribuer à restreindre le champ d'application de l'embryotomie.

En France, les idées de M. Tyler ne seront pas combattues sur ce point, puisque les doctrines qu'il cherche à faire prévaloir sont en beaucoup de points celles des accoucheurs français. Jusqu'ici, comme on le sait, la pratique des accoucheurs anglais a été totalement différente. Pendant que Clarke (de *Dublin*) crâniotomisait dans la proportion de 1 sur 248 accouchements, et le docteur Collins dans la proportion de 1 sur 141, Baudelocque, à Paris, n'avait recours à cette opération que 1 fois sur 2,898, et Siebold, à Berlin, 1 fois sur 2,093. M. Tyler aura donc beaucoup à faire pour ramener ses compatriotes à la pratique des accoucheurs du continent. Et cependant ses statistiques plaident éloquemment en sa faveur, puisque, en moyenne, on emploie dans la Grande-Bretagne la crâniotomie une fois sur 340 accouchements. Or, comme dans l'Angleterre et le pays de Galles réunis il y a plus de 600,000 naissances par an, on obtient un nombre de 1800 pour les cas où la crâniotomie est jugée nécessaire.

— M. Philip Harper a inséré un travail sur la diminution de la mortalité de la mère et de l'enfant par l'emploi plus fréquent du forceps. Parlant au nom d'une expérience de vingt et un ans, il s'efforce de démontrer l'avantage de l'application du forceps, et de détruire les préjugés qui règnent encore, parmi certains accoucheurs anglais, au sujet des inconvénients de cet instrument. D'après les statistiques qu'il a recueillies, la mortalité, après l'application du forceps, serait de 1 sur 56 pour la mère et de 1 sur 8,4 pour le fœtus, tandis que dans les cas de travail lent et difficile terminés par les seuls efforts de la nature, la proportion serait de 1 sur 22 pour la mère et de 1 sur 5 pour le fœtus.

— Plusieurs communications ont été consacrées aux grossesses extra-utérines : cas de grossesse tubaire avec tumeurs fibreuses de l'utérus, par M. Magrath (de la Jamaïque); cas de grossesse extra-utérine, par Charles Waller, à qui est dû également un mémoire sur la transfusion du sang; cas de grossesse ovarique, par J. Hall Davis.

— Les affections de l'ovaire ont été le sujet de quelques observations pleines d'intérêt. Nous signalerons celle de M. Clay (de Manchester) sur un kyste ovarique coexistant avec une grossesse : rup-

ture du kyste dix jours après l'accouchement. Le kyste, dont le contenu était un liquide gris, couleur chocolat, se vida par la vessie. La femme se rétablit. La terminaison, aussi heureuse qu'inattendue de ce cas remarquable, constitue un fait assez rare et digne d'être enregistré. M. Clay a eu, depuis 1842, 200 cas environ de tumeurs de l'ovaire à traiter. Il en a extirpé 93, et, sur ce total, il n'a observé qu'un autre cas de grossesse coexistante.

Une des plus grandes difficultés afférentes à l'ovariotomie, sur laquelle la GAZETTE HEBDOMADAIRE a inséré récemment un instructif mémoire de M. Jules Worms, réside dans un diagnostic précis de l'état de la cavité du kyste et de ses rapports avec les organes voisins. Il y a même quelque chose d'effrayant dans la relation des cas d'ovariotomie dus à plusieurs chirurgiens anglais et américains. On a souvent ouvert le ventre pour des cas où l'ovaire n'était pas malade, et plus de dix fois sur cent des erreurs de diagnostic ont été commises. Sur les 30 cas qu'a publiés le docteur Atlee, 8 ont présenté une tumeur de l'utérus et les ovaires sains.

La nécessité de perfectionner ce diagnostic étant on ne peut plus évidente, M. Graily Hewitt a proposé l'emploi d'un trocart particulier pour explorer les différentes parties de la poche ovarique. Dans la canule d'un trocart ordinaire, il introduit une deuxième canule munie d'un diaphragme de caoutchouc, lequel est percé d'une petite ouverture pour donner passage à une sonde mousse qui sert à explorer la tumeur sur toutes ses parois et dans toutes ses anfractuosités. En combinant les touchers vaginal et rectal avec le palper abdominal et l'emploi de cette sonde, on parviendra à mieux apprécier les limites réelles et les adhérences de la tumeur.

— Plusieurs communications ont été faites sur les affections propres de l'utérus en rapport ou non avec l'état de gestation. Notons d'abord une observation de M. Mackenzie sur l'avortement provoqué dans les cas de dégénérescence cancéreuse de l'utérus et du rectum. Cette observation est suivie de réflexions justificatives et de l'appréciation des moyens d'avortement auxquels on peut avoir recours. M. Mackenzie admet que la grossesse, loin de contrarier le *développement du cancer, ne fait que l'accélérer*, et que si la lésion est déjà avancée au moment de la conception, le développement de l'œuf compromettra de plus en plus la santé de la mère sans apporter une compensation suffisante en faveur de l'enfant.

Le moyen que M. Mackenzie conseille, c'est l'injection d'eau tiède, non pas seulement sur le col de l'utérus, mais dans l'utérus lui-même, de manière à effectuer un décollement plus ou moins considérable des membranes. Le succès de l'opération sera mieux assuré encore si, à l'injection intra-utérine, on ajoute l'emploi de l'électricité.

M. Henry Oldham a publié un cas de rétroflexion de l'utérus ayant permis le développement du fœtus jusqu'au terme naturel de la grossesse. Il s'agit d'une primipare qui, avant son mariage, avait présenté des symptômes de rétroflexion avec congestion utérine; elle était bien conformée quant au bassin et jouissait d'une bonne santé habituelle. Les premiers temps de la grossesse ne présentèrent rien de particulier. Les fonctions de la vessie et du rectum ne furent pas plus troublées que chez certaines femmes qui ne présentent pas de rétroflexion. Ce ne fut qu'au moment où survinrent les douleurs prémonitoires que l'accoucheur, M. Osborne, reconnut la position vicieuse de l'utérus. Une figure intercalée dans le texte est destinée à faire comprendre la position du fœtus. L'utérus est dans un état de rétroflexion complète. Son corps est coudé à angle très aigu sur son col; il est contenu en grande partie dans l'excavation pelvienne et descend jusqu'au plancher périnéal. La tête du fœtus est dans la partie la plus déclive de l'utérus rétrofléchi, l'occiput est en arrière. Les fesses sont en haut et se trouvent au niveau de la courbure de l'organe. En voyant le dessin, on a peine à comprendre que la vessie et le rectum n'aient pas éprouvé plus de dérangement dans leurs fonctions; il est vrai que ce n'est qu'une figure schématique, et par cela même sans prétention à une exactitude rigoureuse. Il est probable, pour ne pas dire certain, que, sur le vivant, la flexion n'atteignait pas ce degré-là.

L'accouchement fut long, comme on devait s'y attendre. Il ne pouvait se terminer seul, et la version fut nécessaire. Les manœuvres durèrent une heure, la femme était sous l'influence du chloroforme. L'enfant fut ramené mort.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'accouchement, la femme se porta bien; mais l'expulsion d'un large caillot avec une quantité de fluide noirâtre fut suivie d'une hémorhagie consécutive qui fit courir à la malade de sérieux dangers; elle se rétablit cependant.

M. Oldham conclut de ce fait que la grossesse peut arriver à son terme naturel avec une rétroflexion complète de l'utérus (comme Merriman le professait déjà), mais que cette flexion constitue une complication sérieuse pour l'accouchement. Il fait remarquer ensuite que les symptômes propres de la rétroflexion peuvent ne pas se montrer durant tout le temps de la gestation, et termine en recommandant le redressement de l'organe pour faciliter la sortie du fœtus; pratique évidemment préférable à l'expectation, dont le moindre danger est de nécessiter un travail qui peut aller jusqu'à cinq jours, comme dans le cas de Merriman.

Les polypes et les tumeurs fibreuses de l'utérus ont été le sujet de plusieurs communications. Nous signalerons une série d'observations de M. Francis Elkington se rapportant à des polypes traités par la ligature. Sur le nombre, deux ont récidivé et ont occasionné la mort des malades. M. Elkington les appelle tumeurs polypoïdes et les sépare des tumeurs cancéreuses, que l'idée de récidive rappelle naturellement à l'esprit. Un fait qui ressort de plusieurs de ces observations, c'est l'atrophie ou la disparition d'une manière quelconque du pédicule du polype ou de la portion que la ligature n'a pu atteindre. M. Elkington insiste sur cette importante modification du reste de la production morbide, et c'est pour avoir généralisé ce fait de physiologie pathologique que M. Baker Brown a attaqué les tumeurs fibreuses instersticielles, bien qu'il eût la certitude de ne pouvoir enlever qu'une petite portion de la masse morbide. Cette idée a dirigé et soutenu plusieurs opérateurs dans des tentatives de ce genre; on a espéré obtenir, soit la résolution, soit l'énucléation, soit la fonte par suppuration du reste de la tumeur; mais les observations sont encore rares et le plus souvent incomplètes. M. Baker Brown en rapporte une très remarquable. Il s'agit d'une tumeur fibreuse ayant le volume d'un utérus à six mois de grossesse. Elle remplissait l'excavation pelvienne, pressant contre le sacrum en arrière et comprimant la vessie contre le pubis en avant. Le col de l'utérus se trouvait à un pouce de l'extrémité vulvaire du vagin; il était étalé et rigide. La cavité du col était effacée.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : emploi du spéculum de Bozeman; trois incisions au col de l'utérus pour arriver jusque sur la tumeur; perforation de la tumeur à son centre; ablation d'une portion et broiement de toute la partie centrale par la même manœuvre qu'on emploierait pour enlever le cœur d'une pomme; mèche de lin huilé pour pansement; opium à l'intérieur. Pendant les premiers jours, malaise considérable et douleur au niveau de l'utérus.

Peu à peu tout cela disparut, et, quatre mois plus tard, on ne distinguait rien qu'un utérus plus gros qu'à l'état normal. L'urine et les matières fécales passaient librement et la santé générale était on ne peut plus satisfaisante. Neuf mois plus tard, la femme écrivait à M. Baker Brown qu'elle allait parfaitement et qu'elle pouvait faire 4 ou 5 milles à pied sans fatigue extraordinaire.

Au moment où M. Baker Brown communiquait cette observation, il avait en traitement une autre malade qui venait de subir la même opération. La tumeur éprouvait un retrait graduel, et il y avait une sécrétion muco-purulente très abondante.

Des faits de ce genre, surtout s'ils se multiplient, rendront peut-être les chirurgiens plus hardis devant les tumeurs interstitielles de l'utérus; mais d'autre part, quand on pense à la tolérance que présentent certaines femmes et à la disparition spontanée, ou du moins à la réduction graduelle de quelques-unes de ces tumeurs, on hésite à attaquer ainsi un organe qui peut avoir dans sa substance ou dans ses annexes plusieurs autres tumeurs de ce genre, et qui par cela même peut devenir le théâtre de plus graves acci-

dents. Quoi qu'il en soit, les faits de M. Baker Brown sont très importants et doivent dès aujourd'hui entrer en ligne de compte dans l'appréciation de cette question de thérapeutique chirurgicale.

— L'opération de la fistule vésico-vaginale, qui est à l'ordre du jour depuis la vulgarisation des procédés américains, n'a pas donné lieu à de nombreuses communications devant la Société obstétricale. On ne lit dans ses *Transactions* qu'une note de M. Battey (de la Géorgie) sur une modification de la plaque de plomb du procédé Bozeman. Au lieu d'une série de trous parallèles par chacun desquels passent les deux bouts du même fil, il y a une série de trous auxquels correspondent autant de fentes sur l'un des bords de la plaque. Un des bouts du fil est passé dans le trou et l'autre dans la rainure correspondante, de telle sorte que la constriction des tissus compris dans l'anse ne présente pas les mêmes dangers d'étranglement.

Plusieurs des membres de la Société, et entre autres MM. Baker Brown et Spencer Wells, ont sur le sujet une expérience étendue et emploient des procédés plus simples; mais, comme ces procédés ne sont pas décrits et que leurs résultats ne sont pas consignés dans le premier volume, ce n'est point ici le lieu de nous en occuper.

Dans cette rapide revue, nous avons nécessairement passé sous silence beaucoup de communications. La fièvre puerpérale, divers accidents de la grossesse, des observations de crâniotomie, des faits de monstruosité, etc., etc., ont été le sujet de mémoires et d'observations intéressantes. Il y a encore des relevés statistiques sur la fréquence des présentations; d'autres sur les chances de vie dans les grossesses successives, sur la répartition des naissances...; mais nous ne pouvons que les indiquer, et, en terminant, nous nous plaisons à constater l'utilité des *Transactions* que la Société obstétricale vient d'inaugurer si heureusement. Que tous les ans elle publie un volume pareil, et bientôt ses archives seront une mine féconde où les accoucheurs et les chirurgiens puiseront les plus utiles matériaux.

## VIII

## VARIÉTÉS.

— M. le docteur Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, vient de mourir à Vaugirard, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier. Un discours a été prononcé sur sa tombe par M. Laveran.

— Le doyen des physiologistes de l'Allemagne, M. le docteur Tiedemann, vient de mourir à Munich, à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

— M. Reynal, chef de service de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, vient d'être nommé professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à la même école, en remplacement de M. Delafond, nommé directeur.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Bourdin, de Choisy-le-Roy, a été nommé officier d'Académie.

— Le journal anglais *the Lancet*, rapporte un nouveau fait de fécondité remarquable. A Dowlais vit une femme de quarante-cinq ans, mère de trente-trois enfants. Mariée à quatorze ans, elle eut un premier enfant à quinze ans. Elle est la femme d'un très pauvre ouvrier, et elle a donné naissance deux fois à trois enfants, trois fois à quatre et six fois à des jumeaux!

— L'administration de l'Assistance publique a formé le projet de reconstruire, dans la rue des Saints-Pères, l'hôpital de la Charité, afin d'augmenter le nombre des lits existant actuellement dans cet établissement (350, dont 250 pour les hommes et 100 pour les femmes). Une enquête vient d'être ouverte, à la mairie du 6e arrondissement, sur ce projet qui comporte aussi l'agrandissement et la régularisation du périmètre dudit hôpital, à l'angle de la rue Jacob et de la rue des Saints-Pères, et l'élargissement partiel de cette dernière voie publique.

— Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le 30 avril prochain.

*Pour toutes les variétés* : A. DECHAMBRE.

## IX

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N° 47. Sur les dangers de la circoncision chez les Israélites, par *Löw*. — 48. Observations médico-légales, par *Nusser*. — 49. L'appareil de Marsh dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, par *Schneider*. — 50. Valeur pronostique de l'herpès dans la pneumonie, par *Drasche*. — 51 et 52. Remarques médico-légales, par *Maschka*. — 1860. — N° 1. Description de l'artère crurale profonde, par *Srb*. — 2. Artère crurale profonde (fin). — Remarques historiques et cliniques sur la laryngoscopie, par *Stork*. — 3. Laryngoscopie (suite). — 4. L'eau minérale de Grosswardein, par *Neuhold*. — Contribution à l'anatomie des muscles du larynx, par *Bochdalk*. — Laryngoscopie (fin). — 5. Action des bains, par *Ludwig*. — 6. Action des bains (fin). — Clinique obstétricale, par *Hink*. — 7. Remarques sur l'atrophie musculaire progressive, par *Bamberger*. — 8 et 9. De la transfusion du sang dans l'anémie suite de suppurations prolongées, par *Neudörfer*. — 10 et 11. Remarques et observations sur le développement spontané des gaz dans le sang et sur la septicémie, par *Finger*. — 12. La taille uréthrale chez la femme, par *Güntner*. — 13. Les eaux minérales de Hall, par *Netwald*. — 14. Sur quelques maladies du fœtus, par *Heschl*. — Eaux de Hall (fin). — 15. Observation d'une grossesse extraordinaire, par *Hink*. — La perte des dents au point de vue médico-légal, par *Doll*. — 16. Grossesse extraordinaire (fin). — 17. Communications balnéo-thérapeutiques sur quelques maladies chroniques, par *Fleckles*. — 18. L'hypnotisme, par *V. Patruban*. — Grossesse extra-abdominale, par *Rektorzik*. — 19. De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes et des inflammations phlegmoneuses, par *Wallmann*. — 20. L'eau minérale de Rodisfurt, par *Pleischl*.

PRAGER VIERTELJAHRSCHRIFT. — 1860. — Tome I. Recherches sur le médiastin antérieur, par *Bochdalek*. — Études sur les amputations, l'immersion et l'irrigation, par *Szymanowski*. — Le chanvre indien, par *Fronmüller*. — Recherches sur le nerf optique, par *Von Ammon*. — Examen microscopique d'un ulcère de la paupière, par *Kirsch*. — Clinique médicale, par *Kaulich*. — Tome II. Histoire d'une prosopalgie, par *Linhart*. — Expertises médico-légales, par *Maschka*. — Clinique ophthalmologique, par *Heymann*. — Clinique médicale (suite), par *Kaulich*. — Nouveaux documents relatifs à quelques questions controversées de syphilologie, par *Waller*. — Sur l'examen de l'urine des sujets atteints de cancer mélanique, par *Bolze*. — Sur l'urémie, par *Jaksch*.

PREUSSISCHE MILITÆRÆRZTLICHE ZEITUNG (paraissant deux fois par mois. Rédacteurs en chef, MM. *Löffler* et *Abel*. Prix de l'abonnement, 2 thalers). — 1860. — N° 1. Sur la faiblesse constitutionnelle comme motif d'exemption du service militaire, par *Löffler*.

VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDICINISCHEN GESELLSCHAFT IN WUERZBURG. — 2e et 3e livraisons. Évacuation spontanée d'un calcul urinaire volumineux chez une femme, par *Textor*. — Observation de corne de la peau, par *le même*. — Imperforation congénitale de la verge opérée avec succès, par *le même*. — Recherches sur le tissu connectif, par *Müller*. — Examen anatomique d'un cas de microphthalmie, par *le même*. — Notices ophthalmologiques, par *le même*. — Sur quelques formes rares de cancer épithélial, par *Förster*. — Note sur le muscle choroïdien postérieur des oiseaux, par *Pagenstecher*. — Les cellules médullaires des diaphyses, par *Luschka*. — Les ligaments sterno-péricardiques du cheval, par *le même*. — Sur les muscles lisses et les plexus nerveux de la choroïde chez l'homme, par *Müller*. — Métrorrhagie violente causée par la présence d'un caillot ancien dans la matrice, par *Steiger*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT FUER GERICHTLICHE MEDICIN. — 1860. — Janvier. Accusation dirigée contre un médecin et un pharmacien à l'occasion d'un empoisonnement par le vin de colchique; rapport médico-légal. — Maladie des ouvriers des carrières d'ardoises, par *Heise*. — Rapports divers. — Sur les vêtements des mineurs, par *Marten*. — Avril. Le critérium chimique dans des cas d'empoisonnement douteux, par *Casper*. — Le café, le thé et le chocolat considérés comme aliments et au point de vue de l'hygiène publique, par *Schütze*. — Rapports divers. — De la ventilation dans les hôpitaux, par *Abegg*.

WUERZBURGER MEDICINISCHE ZEITSCHRIFT (6 livraisons grand in-8 par an. Rédacteurs en chef, MM. *Bamberger*, *Færster*, *V. Scanzoni*. Prix de l'abonnement, 4 thalers). — Tome I. — 1re livraison. Contribution à l'histoire du pemphigus, par *Bamberger*. — Sur les tumeurs de la thyroïde, par *Færster*. — Contributions à la rhinoplastie, par *Linhart*. — Altérations de la choroïde, du corps vitré et de la rétine dans la maladie de Bright, par *Müller*. — Observations recueillies dans les steppes kirghizes, par *Neftel*. — Communications anatomo-pathologiques, par *Færster*. — Fragments gynécologiques, par *V. Scanzoni*.

ZEITSCHRIFT FUER WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE. — 3e livraison. Description des organes génitaux de quelques eunuques, et remarques sur la résection du clitoris et des petites lèvres, par *Bilharz*. — Sur la *physophora hydrostatica*, par *Claus*. — Recherches sur les glandes du système lymphatique, par *His*. — Recherches microscopiques sur la structure de quelques éponges fossiles, par *Capellini* et *Pagenstecher*. — Sur l'épithélium vibratile de l'intestin des oiseaux, par *Eberth*. — Les organes génitaux du *trichocephalus dispar*, par *le même*. — Contributions à la faune du littoral écossais, par *Claparède*.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 8 FÉVRIER 1861. N° 6.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Suite de la discussion sur la congestion cérébrale et l'épilepsie. — De l'opération césarienne *post mortem*. — Académie des sciences : Mode de développement des os longs.— Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle : Piqûre des abeilles. — Gaïac contre le rhumatisme. — Action de l'alcool sur les plantes sèches. — II. **Travaux originaux.** Des végétations des parties génitales pendant la grossesse. — III. **Revue clinique.** Tuberculisation aiguë sous-séreuse. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux.— V. **Revue des journaux.** Sur un nouveau signe du détachement du placenta après l'accouchement. — Trachéotomie dans le croup, expérimentée dans quatre cas. —Traitement du delirium tremens par la digitale à haute dose. — Le premier symptôme de la famine — Cas de tumeur pilifère de la sclérotique et de la cornée. — Mémoire sur l'influence du plomb sur le développement de la colique des pays chauds. — VI. **Bibliographie.** Quelques réflexions sur l'utilité de la médication hydrominérale en toutes saisons. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — IX. **Feuilleton.** Revue professionnelle.

## I

Paris, le 7 février 1861.

*Académie de médecine* : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CONGESTION *CÉRÉBRALE ET L'ÉPILEPSIE*. — DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem*. — *Académie des sciences* : MODE DE DÉVELOPPEMENT DES OS LONGS.—*Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle* : PIQURE DES ABEILLES. — GAÏAC CONTRE LE RHUMATISME. — ACTION DE L'ALCOOL SUR LES PLANTES SÈCHES.

M. Trousseau ne peut se le dissimuler, toutes les communications qui arrivent au bureau ou à la tribune de l'Académie sont autant de protestations plus ou moins fortes, plus ou moins dissimulées, contre les opinions trop absolues qu'il a cherché à faire prévaloir. M. *Beau* établit que, entre l'accès d'épilepsie et l'attaque apoplectiforme complète, il y a un type intermédiaire, qui est la congestion encéphalique, et que souvent le diagnostic différentiel de la congestion vraie et de l'épilepsie ne peut être fondé avec certitude que sur l'observation de phénomènes appartenant moins aux attaques elles-mêmes qu'à la marche de la maladie : c'est ce que nous avions dit également. Comme nous aussi, M. *Durand-Fardel*, en continuant à revendiquer pour la congestion cérébrale une place assez large dans la nosologie, maintient la légitimité du mot *apoplexie*. Dans les notes de MM. *Girard* (de Cailleux) et *Falret*, la congestion apoplectiforme est rétablie dans ses droits, aussi bien hors du domaine que dans le domaine même de l'aliénation mentale. M. Auguste Mercier, enfin, dans une communication adressée à M. le secrétaire perpétuel, rapporte un exemple de congestion cérébrale observée par un médecin sur lui-même. Tel est le bilan de la séance sur le cas de pratique qui occupe en ce moment l'Académie.

Dans cet état de choses, et ne rencontrant pas pour le moment de contradicteurs, nous ne pouvons qu'attendre la réplique de M. Trousseau, annoncée pour la prochaine séance. M. Trousseau seul est capable de défendre sa cause contre des attaques si générales.

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — Statistique médicale des hôpitaux, à Paris et à Madrid ; question de priorité. — Les nouveaux bulletins. — Comparaison peu patriotique de la France et de la Belgique au point de vue de la statistique générale. — Membres français de la *Commission centrale de statistique belge*. — *Association des médecins du département de la Seine* : Séance annuelle. — Question administrative concernant les *médecins de colonisation* en Algérie. — *Société de médecine du département de la Seine* : Banquet annuel ; couplets d'un gourmand.

Le rapport de M. Tardieu relatif à la STATISTIQUE MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS, et la CIRCULAIRE de M. le directeur de l'Assistance publique, ont occupé plus d'un organe de la presse étrangère et reçu l'approbation générale. Le seul article, néanmoins, qu'il nous paraisse à propos de signaler particulièrement est celui qui a été inséré dans EL SIGLO MEDICO du 20 janvier. Cet article, en effet, est une revendication en même temps qu'une louange, l'une peut-être moins légitime que l'autre, mais ne pouvant être sans injustice séparées dans cette revue. En 1844, M. Mendez Alvaro, membre de la junte municipale de bienfaisance, inspecteur en chef des hôpitaux généraux, proposa à la junte, de concert avec M. Juan Fourquet, sous-inspecteur, de fonder une statistique médicale des hôpitaux. Le règlement, qui fut publié le 20 janvier 1845, contenait deux ordres de dispositions, les unes purement administratives, afférentes au mouvement des salles et à la réunion des statistiques particulières en une statistique générale ; les autres concernant les indications médicales des bulletins. On peut regretter que l'auteur de l'article ne reproduise intégralement que la première partie de ces dispositions, où l'on reconnaît simplement ce qui se pratique à Paris depuis un très grand nombre d'années. Quant à la composition des bulletins, elle permet, dit EL SIGLO, de connaître le nombre des entrées pour chaque classe d'affections, l'âge et le sexe des malades, les maladies particulières à chaque profession, l'influence du pays et du climat, *etc.* C'est spécialement de l'*et cætera* qu'on aurait droit de se plaindre, car jusqu'ici nous ne voyons que la répétition des données fournies par nos

Au commencement de la séance, M. Devergie avait donné lecture d'un supplément à son rapport sur une autre question qui, sans doute aussi, soulèvera de vives controverses au sein de la compagnie. Ce supplément, à la pensée duquel un célèbre jurisconsulte n'a peut-être pas été étranger, est exclusivement relatif à la déontologie. Nos lecteurs verront que, déjà sur ce point, nous sommes d'accord avec M. le rapporteur.

— A l'Académie des sciences, nous trouvons, bien à contre-cœur, une nouvelle occasion de regretter, chez M. le secrétaire perpétuel, un sentiment exclusif de paternité à l'égard de tout ce qui se rapproche plus ou moins de ses expériences sur le système osseux; sentiment sincère, nous ne le nions pas, mais qui, dans l'ordre scientifique comme dans la famille, peut conduire les esprits difficiles moins à admirer les enfants ainsi choyés et prônés qu'à rechercher leurs défauts. On lira au compte rendu la communication qui a servi de texte aux revendications de M. Flourens. Ce physiologiste, d'accord avec Duhamel, avait constaté que le tibia croît plus dans la moitié supérieure que dans la moitié inférieure. Son observation n'était pas allée au delà de ce fait. M. Ollier, poursuivant ses beaux travaux sur la formation du système osseux, vient d'établir que ce mode d'accroissement n'appartient pas à tous les os longs; que certains os longs, à l'inverse du tibia, croissent plus par en bas que par en haut; il a montré que le sens du plus grand allongement n'est pas en rapport avec la direction des vaisseaux nourriciers, contrairement à ce qu'avait dit Auguste Bérard; enfin, il a indiqué les applications chirurgicales auxquelles ces résultats peuvent conduire. Tout cela constitue un ensemble de faits, de vues physiologiques et de vues pratiques qu'on pourra contrôler, contester, s'il y a lieu, mais qu'il serait souverainement injuste de ne pas rapporter à l'ingénieux chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. La critique a des devoirs parfois pénibles à remplir, moins pénibles toutefois que le spectacle des envahissements, même involontaires, des grands et des célèbres au détriment de la jeunesse laborieuse.

A. Dechambre.

---

— Parmi les animaux de nos contrées qui sont venimeux, il en est quelques-uns dont les piqûres, sans avoir une influence funeste sur l'économie, n'en présentent pas moins des suites pénibles, et quelquefois même assez prolongées. Parmi ces animaux, nous citerons l'abeille (*Apis mellifica*), qui, dans les circonstances où elle se croit attaquée, soit dans sa personne, soit dans ses possessions, fait pénétrer dans la peau de l'homme un aiguillon rétractile, chargé d'inoculer dans la plaie une liqueur vénéneuse sécrétée par un appareil particulier. Sans entrer dans la description de ce curieux appareil, dont l'ensemble assez compliqué est très bien décrit et figuré dans les Éléments de zoologie médicale, de M. le professeur Moquin-Tandon (page 250), nous analyserons en quelques lignes une note intéressante de M. le docteur Philouze. Le venin de l'abeille, incolore, transparent, styptique, un peu amer, sans action sur le sirop de violette ainsi que sur les papiers rouge ou jaune de curcuma, détermine, quand il est introduit sous la peau, tout d'abord une vive cuisson, et plus tard un gonflement plus ou moins prononcé qui disparaît au bout de quelques heures. L'action, à peu près nulle chez les animaux à sang froid, est d'autant plus vive chez les animaux à sang chaud, qu'ils ont une circulation plus active. Le nombre des piqûres influe beaucoup sur le résultat; cinquante suffisent pour tuer un lapin (elles ne font rien sur une grenouille), et tout récemment encore M. José G. Cazarés, dans le Siglo medico (2 décembre 1860), rapportait une observation de mort produite par les piqûres d'un essaim d'abeilles. Chez les animaux l'inoculation du venin détermine immédiatement une vive douleur, des convulsions dans les membres, un tremblement général du corps; bientôt les membres postérieurs se paralysent, puis les membres antérieurs; les battements du cœur, d'abord forts et réguliers, deviennent tumultueux, puis se ralentissent et s'arrêtent; la respiration s'embarrasse, et les animaux offrent tous les symptômes de l'asphyxie. Le nombre des piqûres influe beaucoup sur la durée des phénomènes. Des observations de M. Philouze il résulte que tous les animaux ainsi tués offrent le cœur droit rempli de gaz, et il suppose que cette production gazeuse tient à ce que le venin agirait comme un ferment. Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas déterminé quelle est la nature de ce gaz. Le traitement consiste à enlever l'aiguillon le plus promptement possible pour prévenir l'introduction du venin, qui se fait quelquefois quelques minutes après l'implantation du dard; il vaut mieux l'extirper avec une épingle ou le couper avec des ciseaux que de chercher à l'arracher avec les doigts, car on pourrait, par leur compression, faciliter l'introduction du venin. La thérapeutique des piqûres d'abeilles comprend un grand nombre de panacées dont quelques-unes n'ont d'autre mérite que leur singularité. Enox, par exemple, dit qu'à Ceylan la piqûre est guérie infailliblement en mangeant des

---

anciennes pancartes. Nous lisons bien un peu plus loin que la commission parisienne s'est rencontrée avec MM. Mendez Alvaro et Fourquet tant sur l'*idée* que sur le *mode d'exécution* de la statistique (*la misma idea*, *el mismo medio de ejecucion*), à cela près qu'on a adopté à Paris quatre modèles au lieu du modèle unique de Madrid; mais il semble difficile qu'un seul modèle se prête à toutes les indications, assez nombreuses et diverses, que réclament les services de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'affections vénériennes.

Au reste, nous serions fâché de contrarier sur ce chapitre notre collègue de Madrid, et nous serions désolé si c'était injustement. Puisqu'il s'agit d'une sorte de réclamation, il est naturel de dire en quoi elle pèche; mais puisque, aussi, il s'agit d'une mesure utile à la science, nous serions charmé d'apprendre que nous avons été devancé de cinq ans, de dix ans, de cinquante ans par l'Espagne. Notre politique en cette matière est qu'il n'y a pas de Pyrénées.

Pour en revenir aux conclusions du rapport, devenues aujourd'hui dispositions réglementaires (*Gaz. heb.*, t. VII, p. 848), elles sont conformes à ce que nous avions souhaité (*ibid.*, p. 689), du moins pour la partie médicale proprement dite, la seule dont nous nous soyons occupé. Nous les voulions *presque exclusivement* relatives au *diagnostic* et à l'*issue* de la maladie, en tenant grand compte des *complications* intercurrentes; elles n'ajoutent à ces trois éléments que *le début et l'état au moment de l'entrée*. L'indication du début implique celle de la cause, quand il y en aura une d'appréciable. La commission a cru devoir bannir du bulletin toute mention de moyens thérapeutiques, et M. Husson exprime dans sa circulaire l'espoir de voir un jour lever cette exclusion. L'intelligence que M. le directeur déploie dans l'exercice de ses fonctions commande à l'égard de toutes ses vues une haute déférence. Néanmoins la statistique fondée sur des observations détaillées a été jusqu'ici d'un si faible secours pour la thérapeutique, qu'on se figure malaisément qu'elle puisse être mieux servie par les brèves mentions des bulletins. Les moyens de traitement répondant à des indications particulières et pouvant changer avec elles dans le

abeilles. Delaistre s'est trouvé très bien de l'inoculation du suc laiteux du *Papaver somniferum* dans la plaie un peu agrandie. Le meilleur remède paraît être un mélange d'ammoniaque et d'huile d'olive qu'on emploie en frictions sur les parties piquées. Un fait qui ne nous semble pas assez connu, et qui a été observé plusieurs fois par des entomologistes, est celui-ci : Quand, sous l'influence d'une panique plus ou moins motivée un essaim d'abeilles ou de guêpes se précipite sur un homme, il ne doit pas s'enfuir, ce qui les excite davantage, mais se tenir complétement immobile : il pourra bien être couvert des insectes qui l'enveloppent de toutes parts, mais aucun d'eux ne le piquera, et, au bout de quelque temps, tous l'abandonneront. J'ai été témoin d'un fait semblable, et le naturaliste qui avait dérangé le nid de guêpes ayant eu la patience de rester immobile jusqu'au départ de ses ennemis, sortit sain et sauf de l'épreuve, sauf une piqûre unique à la tête, et encore avons-nous pensé que l'animal avait été effrayé par quelque mouvement involontaire. (*Annales de la Société linnéenne de Maine-et-Loire*, t. IV, 1860.)

— Le gaïac, importé en Europe en 1508 par les Espagnols, a joui pendant longtemps d'une grande vogue comme antisyphilitique, jusqu'à ce que le mercure en ait fait tomber l'usage. C'est un stimulant, qui produit bientôt une augmentation de la chaleur générale, une plus grande fréquence du pouls : son action est manifeste vers la peau et vers les reins ; elle se montre aussi sur les intestins ; il y a quelquefois purgation et production d'hémorrhoïdes. Toute cette série d'actions démontre donc que c'est à tort que quelques médecins ont voulu lui dénier presque toute vertu thérapeutique, et le faire rentrer complétement dans le domaine des arts. Dans certains cas de rhumatismes chroniques, ou de goutte chez des individus à complexion molle, on s'est bien trouvé de son administration, et il paraît probable que souvant son inefficacité a tenu aux faibles doses employées, et à ce qu'on a oublié que le gaïac est un de ces médicaments avec lesquels on doit savoir attendre, et mettre de la persévérance dans l'emploi. (La dose de 30 à 60 gr. est bonne quand le gaïac est employé comme adjuvant, mais isolé, il faut agir avec des doses bien plus fortes ; on a été jusqu'à 200 et 300 gr. par jour.) Le mode d'administration le plus usité en France est la tisane, ou la résine rendue soluble par le mélange avec du savon : mais en Espagne, à ce que rapporte M. le docteur Antonio Blanco Fernandez, on emploie avec avantages d'autres préparations, principalement chez les rhumatisants, telles que l'électuaire suivant composé de résine de gaïac 4 dracmas (14 gr.), rhubarbe pulvérisée 2 1/2 dracmas (8,8 gr.), crème de tartre 1 onza (29 gr.), fleurs de soufre 2 onzas (57 gr.), noix muscade n° 1, et miel 1 libra (345 gr.). La dose est de deux cuillerées matin et soir (*El siglo medico*, 16 décembre 1860.)

— L'alcool peut dissoudre certains principes contenus dans les plantes, mais est-il indifférent d'employer celles-ci à l'état frais ou desséché ? M. Luneau a reconnu qu'on ne peut considérer les teintures, qui résultent de l'action de l'alcool sur les planches sèches, comme pouvant être substituées aux alcoolatures que l'on obtient au moyen des plantes fraîches, car ces dernières sont généralement plus actives, bien que moins chargées d'extrait. Cela tient à la nature particulière des principes qu'elles renferment, et qui représentent presque tous les principes actifs de la plante fraîche, tandis que dans la plante desséchée quelques-uns de ces principes se dissipent par la dessiccation, ou diminuent par une espèce de fermentation ou d'altération spontanée : ce fait est surtout évident pour les Renonculacées, Solanées, Ombellifères, Térébinthacées, etc. Pour avoir des alcoolatures aussi peu variables que possible, M. Luneau pense qu'il fait préférer celles qui sont préparées avec parties égales d'herbe fraîche contusée et d'alcool à 28°, comme le prescrit la NOUVELLE PHARMACOPÉE BELGE. Mais, en outre, il faut faire grande attention à l'influence considérable du climat, du sol, de l'âge, de la vétusté et du mode de division sur les rendements des végétaux en matière extractive, soluble, dans l'alcool, et par conséquent sur l'activité médicinale des produits qui en résultent. On sait, en effet, et les expériences de M. Luneau sont venues confirmer le fait, que les produits sont différents si on emploie des feuilles de digitale, trop jeunes, ou bien cueillies à l'époque de la floraison, des fleurs d'arnica récoltées sur des montagnes découvertes, ou dans les bois montueux, des plantes sauvages ou cultivées, etc. Ce sont là toutes considérations qu'il ne faut pas oublier pour la préparation ou l'administration des teintures et des alcoolatures. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1860.)

J. LÉON SOUBEIRAN.

---

cours d'une seule et même maladie, il paraît presque impossible d'apprécier leur valeur uniquement d'après la terminaison ; ils ont la valeur que leur donne l'opportunité, et l'opportunité ne peut entrer dans les éléments d'un bulletin.

Nos confrères d'Espagne se sont préoccupés d'une question qui n'a pas été soulevée, que nous sachions, dans la commission française. L'article 13 du règlement espagnol porte : « Les feuilles statistiques individuelles ne seront communiquées qu'aux personnes ayant qualité pour intervenir, afin de ne pas divulguer des maladies qu'il convient parfois de ne pas révéler. » C'est surtout à l'égard de la statistique des hôpitaux de vénériens que cette préoccupation aurait pu se faire jour ; mais il est clair que les bulletins rédigés par le chef de service et remis directement à l'administration ne peuvent guère commettre le péché d'indiscrétion. On pourrait seulement soulever à cette occasion une question plus générale : celle de savoir jusqu'à quel point il est séant, pour certaines maladies et dans certains établissements, d'inscrire le nom du patient sur la pancarte de son lit. Mais *non est hic locus*.

Nous aimons mieux, puisque nous tenons pour le moment la statistique, vous dire ce qui lui manque encore, chez nous, pour être à la hauteur de sa mission et véritablement appropriée à son but. Tandis que les progrès du temps vont multipliant chaque jour les rapports des diverses branches des connaissances humaines, et mêlent de plus en plus les intérêts de la science pure aux intérêts moraux ou matériels de l'humanité, notre statistique se fragmente en essais partiels qui, privés de vues d'ensemble, n'ayant ni l'unité de direction, ni un sentiment juste des besoins à satisfaire, institués même quelquefois d'après des principes divergents, aboutissent trop souvent à des résultats ou de médiocre importance ou discordants, ou tout au moins incapables de se prêter un mutuel appui. On a pu dire devant M. Legoyt lui-même, à la dernière séance de la *Société statistique de Paris*, que, pour les recensements de la population effectués par le ministère de l'intérieur, mais disposés et publiés par le ministère de l'agriculture et du commerce, il existe entre les deux administrations une scission, qui tourne sérieusement au détriment de l'œuvre. Les tables de recru-

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Des végétations des parties génitales pendant la grossesse, par le docteur Thibierge, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sous le titre *Des végétations qui se développent sur les parties génitales externes des femmes durant la grossesse*, je faisais insérer dans les Archives générales de médecine, mai 1856, un mémoire ayant pour but de démontrer que les végétations sont un accident purement local de la grossesse, arrivant par le seul fait de la gestation.

De nouveaux faits sont venus confirmer l'opinion que j'émettais il y a quatre ans. Il est donc digne d'intérêt, je crois, de livrer à la publicité des observations qui prouvent que les végétations vulvo-vaginales ne sont point une manifestation syphilitique, comme le croient beaucoup de médecins, et comme l'enseignent d'ailleurs la plupart des livres classiques.

Avant de rapporter mes observations, je passerai rapidement en revue les travaux qui ont paru sur ce sujet. Au mois de septembre 1856, la Gazette hebdomadaire (t. III, n° 36) publiait une observation d'excroissances condylomateuses développées sur les parties génitales externes d'une femme grosse, recueillie par le docteur Zerbe. Cette femme n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques et avait été durant sa grossesse traitée sans succès par le sublimé, l'iodure de mercure, l'iodure de potassium poussé jusqu'à la saturation iodique. Avant l'accouchement, la malade du docteur Zerbe fut soumise à diverses médications locales sans succès : quatre semaines après les couches, huit jours après la cessation des lochies, les végétations pâlirent, devinrent moins sensibles, et disparurent sans laisser la moindre trace. Ce fait, qui a déjà été publié *in extenso* dans ce recueil, est excessivement intéressant ; car il nous montre des végétations qui surviennent sous l'influence unique de la grossesse, ne subissent aucune modification tant que persiste la cause et disparaissent spontanément lorsque l'écoulement lochial cesse.

En octobre 1857, la Gazette des hôpitaux rapportait deux observations de végétations anales volumineuses, développées pendant la grossesse et guéries par l'écrasement linéaire dans le service de M. Chassaignac. Nous devons enregistrer ces deux faits sous toute réserve ; car ils sont relatés d'une façon très concise, et il n'est fait aucune mention des commémoratifs. La méthode que M. Chassaignac propose pour détruire les végétations volumineuses nous paraît fort ingénieuse ; mais, comme le chirurgien de Lariboisière le reconnaît lui-même, elle peut être cause d'hémorrhagie et d'avortement. Aussi, tenant compte des faits semblables à celui qu'a observé M. le docteur Zerbe, nous préférerions voir M. Chassaignac n'appliquer sa méthode que lorsque l'accouchement a eu lieu, et que les végétations ont déjà résisté aux autres moyens de traitement.

Le Progrès (t. II, p. 457) publie un mémoire dans lequel l'auteur, M. le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) rapporte quatre observations de végétations vulvo-vaginales survenues chez des femmes enceintes. Les deux premières sont empruntées à la Gazette des hôpitaux (octobre 1857); la troisième est tirée du Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, an IX, t. I, p. 425, et a été fournie par Salmade.

L'observation IV a été recueillie par M. le docteur Ancelet lui-même ; elle mérite d'être rapportée ici.

Obs. I. — Madame X..., de Vailly-sur-Aisne, âgée de vingt-deux ans, nouvellement mariée, ne présentant, ainsi que son mari, aucune trace d'accidents syphilitiques, vit se développer dès les premiers temps de sa grossesse, des tumeurs qui, commençant vers l'anus, s'étendirent un peu au-dessus, et envahirent rapidement tout le périnée. La malade cacha d'abord avec soin son état, mais vers le troisième mois les surfaces s'ulcérèrent de telle sorte que les moindres mouvements, la position assise, le décubitus dorsal, la défécation, déterminaient des douleurs extrêmement vives.

Un médecin consulté attribua ces excroissances à la vérole, soumit la malade à un traitement interne sur lequel les renseignements manquent, et cautérisa sans succès les végétations avec l'acide azotique.

Cette dame, dit M. Ancelet, me consulta vers le cinquième mois de la grossesse ; je constatai alors, de chaque côté et dans le fond même de la marge de l'anus, deux tumeurs volumineuses embrassant l'anus et remontant un peu au-dessus, puis parcourant tout le périnée, et occupant presque la moitié inférieure des grandes lèvres ; les tumeurs, dures, mamelonnées, faisant une saillie de 0,03 au moins, contiguës par leurs bords internes, étaient ulcérées sur toute leur surface, et de ces ulcérations suintait une sanie abondante, sanguinolente et très fétide. Les petites lèvres sont enflammées, mais ne présentent pas de végétations. Il y a des douleurs extrêmement vives. (Trois fois par jour badigeonnage avec teinture d'iode ; isolement des surfaces avec charpie ; trois fois par jour application de poudre de peroxyde de fer, alun et sabine.)

Ce traitement fit cicatriser les ulcérations, permit à la malade de reprendre ses travaux, mais les végétations persistèrent.

La malade accoucha vers la fin du huitième *mois d'un enfant* mort, portant un céphalématome énorme.

Un mois après l'accouchement, les végétations avaient spontanément complétement disparu.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt, car les végétations se développent peu après la conception ; elles sont d'abord prises pour des manifestations syphilitiques et traitées sans succès, et elles disparaissent sans traitement un mois après l'accouchement.

J'arrive maintenant aux observations qui n'ont pas encore été publiées.

Obs. II. — *Grossesse; végétations.* — Le 15 juin 1852 est entrée dans le service de M. Legendre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Jean, n° 3, la nommée X..., cuisinière, âgée de vingt-deux ans. Cette femme n'a jamais eu d'accidents syphilitiques ; elle est enceinte de sept semaines

---

tement, qui tiennent de si près à la statistique de la population, celles de la justice, celles des finances, sont dressées et publiées par autant d'administrations indépendantes. De là deux inconvénients : le premier, c'est que les faux errements, s'il y en a, ne peuvent jamais être redressés ; le second, que les travaux séparés manquent parfois de l'activité que pourrait leur imprimer une direction centrale. Aussi, voyez : il y a six ans que le *congrès international de Paris* demandait la création d'une statistique des causes de décès. Qu'a-t-on fait chez nous? On a consulté l'Académie de médecine, le comité d'hygiène, qui l'un et l'autre ont répondu favorablement; mais rien n'est commencé. Par contre, à côté de nous, en Belgique, l'institution est en plein fonctionnement. C'est que nos voisins sont nantis d'une *commission* CENTRALE *de statistique* où, sous la présidence de l'illustre Quetelet, se rencontrent de hauts représentants de la science, de l'administration et de la presse. Elle a, en outre, dans toute l'Europe et en Amérique, des correspondants, choisis conformément à ce but suprême de l'harmonie des efforts et de l'unité de l'œuvre. Tout récemment encore, — et nous terminerons ce chapitre par cette bonne nouvelle, — elle vient de s'en adjoindre un certain nombre, parmi lesquels nous comptons, pour la France, MM. Ch. Dupin, Villermé, Leplay, Wolowski, Block, et enfin notre collaborateur M. Bertillon, qui s'est fait un nom si honorable dans la statistique médicale.

— L'*Association générale des médecins de France* ne doit pas faire perdre de vue l'*Association des médecins de la Seine*, qui poursuit son œuvre avec un zèle et un succès constants. Sa séance annuelle a eu lieu le 27 janvier. Comme tous les rapports précédents, celui de M. Orfila, secrétaire général, constate une somme de bien, réalisée par les ressources financières et l'influence morale, qui maintient toujours la Société de la Seine hors de pair, et montre qu'il ne tient qu'à elle de vivre indéfiniment de sa vie propre, sans appui extérieur. Non que nous voulions encourager les scissions dans le corps médical : bien au contraire ; nous entendons seulement que si jamais l'Association de Paris s'agrége à l'Association générale, ce sera de sa part un nouvel acte de dévouement,

environ. La muqueuse de la vulve et du vagin est violacée ; il y a quelques petites végétations sur la vulve, et des végétations volumineuses dans l'intérieur du canal vaginal. Le col est gros, violacé, légèrement granuleux, et donne issue à un peu de matière catarrhale. (Cautérisation du col avec le nitrate d'argent ; cautérisation des végétations avec l'azotate acide de mercure.)

Le 21 juin, même état. (On renouvelle les cautérisations.)

Le 23 juin 1852, la malade veut sortir : son état n'offre aucune modification depuis l'entrée à l'hôpital.

Mon excellent ami et ancien collègue, le docteur Pillon fils, a bien voulu me communiquer la deuxième observation, recueillie en 1855 dans le service de M. Cullerier.

Obs. III. — *Grossesse ; état granuleux de la muqueuse vaginale ; végétations vulvaires ; guérison après l'accouchement.* — Alexandrine Desserre, âgée de vingt-trois ans, journalière, est entrée une première fois, le 5 mars 1855, à l'hôpital de Lourcine. Elle était enceinte, et arrivée environ au sixième mois de sa grossesse ; elle portait des végétations vulvaires considérables, disséminées dans les plis génito-cruraux, massées sur les faces externes et internes des grandes lèvres, disposées en groupes volumineux sur les petites lèvres, le capuchon clitoridien formant des houpes étalées en choux-fleurs au niveau de la fourchette, et dont les bouquets s'étendaient jusqu'au voisinage de l'anus. La malade évalue le volume que ces végétations présentaient à cette époque à celui du poing ; mais il doit y avoir là une grande exagération. Au rapport de l'interne du service, elle fut tour à tour soumise aux topiques, tels qu'alun, sabine, oxyde de fer, etc. ; plus tard aux cautérisations siccatives avec l'acide acétique, la solution d'acide chromique, la solution concentrée de sublimé, etc. Sous l'influence de ces divers traitements, plusieurs groupes de végétation se fanèrent, tombèrent, mais se reproduisirent. Après sept semaines d'essais infructueux (fin d'avril), on en vint à exciser sur une vaste surface un nombre considérable de bouquets végétants, ceux surtout qui siégeaient aux parties vulvaires externes. Deux séances de ce genre eurent lieu à dix jours d'intervalle. Vers le milieu de mai, on voulut revenir au même moyen, la malade s'y refusa, sortit. Elle rentre à l'hôpital le 1er juin 1855, et, proche de son terme, est dirigée cette fois sur la salle d'accouchements et de nourrices, salle Sainte-Marie, n° 25 (service de M. Cullerier). Voici l'état dans lequel elle *se présente. Presque à terme de sa grossesse, dans un assez* bon état de santé *générale, sans* aucune manifestation syphilitique ; elle est affectée d'un écoulement vaginal abondant, épais, muco-purulent, dont le début remonte au quatrième mois de sa grossesse. La région vulvaire est couverte de végétations touffues dont l'épaisseur varie en certains points de quelques millimètres à un centimètre et plus, et dont le pourtour est, dans une étendue variable, le siége d'un érythème intense avec excoriations. C'est surtout au bord libre des grandes lèvres et dans le pli interfessier que les végétations ont acquis leur maximum de développement. Sur la face cutanée des grandes lèvres, elles sont rares et peu volumineuses ; dans les plis génito-cruraux, on remarque des places unies où la finesse et la couleur du tégument tranchent sur les parties voisines, en même temps que le poli inusité représente des surfaces cicatricielles, résultat des vastes excisions dont la malade a été l'objet. Les petites lèvres, le vestibule, sont le siége de houpes saillantes, mais qui ne se propagent pas loin dans le vagin. L'examen au spéculum fait constater un état granuleux prononcé de la muqueuse vaginale étendu à toute sa surface, laquelle est mamelonnée, saigne au moindre contact, présente une coloration rouge obscure, violâtre par endroits, et est baignée d'un liquide jaune clair, opaque, assez fluide. Au milieu de tout cela, le col se présente uni, quoique mou, mais avec la coloration bleuâtre, livide, qui a été signalée même aux premiers temps de la grossesse, comme un bon signe de l'état gravide de l'utérus. Pour tout traitement, bain prolongé tous les jours, injections abondantes et fréquentes. Corps isolant toujours sec (charpie fréquemment renouvelée entre les grandes lèvres).

Cette femme accouche sans accident le 7 juin. Son enfant est vivace et bien portant. Les plus grands soins de propreté sont recommandés à la femme de service.

Au dix-huitième jour (23 juin), nous ne sommes pas peu surpris de trouver les végétations du bord libre des grandes lèvres, en partie affaissées, moins colorées, moins vasculaires, et de constater qu'un certain nombre en peuvent être arrachées avec des pinces, sans qu'il en résulte une grande douleur, ni qu'il s'écoule une grande quantité de sang.

Le *1er juillet*, les végétations arrachées précédemment n'ont pas repoussé. Un grand nombre de celles qui persistaient sont aujourd'hui desséchées sur place, et s'enlèvent facilement avec la pince, sans donner plus de quelques gouttelettes de sang. Celles du vestibule, de la fourchette, de la région ano-périnéale sont encore bien vivaces, ce qu'on peut expliquer par la persistance de l'écoulement lochial. (Lotions fréquentes ; application quotidienne d'alun ; charpie sèche.)

Le *7 juillet*, plusieurs bouquets furent excisés sur les petites lèvres, à la région clitoridienne, au-devant de l'anus ; ils ne repoussèrent pas. *Jusqu'à la fin de juillet* on put voir à chaque examen diminuer le nombre et la vitalité des choux-fleurs persistants. Plusieurs furent enlevés par arrachement, d'autres par excision. Cette malade sortit le 28 du même mois, portant encore quelques élevures insignifiantes, qui persistaient surtout aux parties déclives, fourchette et périnée. Elle n'est jamais revenue réclamer nos soins.

La malade qui fait le sujet de la troisième observation a été observée avec mon collègue et ami, le docteur Barbreau, en 1856, dans le service de M. le docteur Beau.

Obs. IV. — *Grossesse ; végétations ; accouchement ; guérison spontanée presque complète.* — La nommée Jeanne Bastien, chapelière, âgée de trente-six ans, est entrée à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur Beau, le 2 juin 1856, et sortie le 15 juin 1856.

*2 juin* 1856. — Cette femme est mariée depuis dix ans ; elle est enceinte pour la première fois. D'une bonne constitution, elle nous assure n'avoir jamais eu de maladie vénérienne ; elle ne porte pas de traces d'accidents syphilitiques. Trois semaines avant d'entrer à l'hôpital Cochin, elle s'aperçoit de la présence d'un grand nombre de petites tumeurs sur les parties génitales et au pourtour de l'anus. Avant l'apparition de ces tumeurs il n'y avait pas eu d'écoulement muco-purulent ; il y avait eu seulement, dans les derniers mois de la grossesse, un écoulement blanc laiteux peu abondant.

A son entrée à l'hôpital, 2 juin 1856, nous constatons l'état suivant :

Il existe aux parties génitales et à l'anus un nombre considérable de végétations différant par leur siége, leur forme, leur volume, leur couleur, etc. Ces végétations siégent sur la partie externe des grandes lèvres, sur leur bord libre et leur face interne ; on en trouve sur le vestibule, autour du clitoris et du méat urinaire, sur les deux faces et le bord libre des petites lèvres ; le toucher en fait découvrir un grand nombre sur la

---

non une nécessité. Le jour où cet acte-là paraîtra servir la cause commune sans compromettre les résultats acquis de sa belle œuvre, elle le fera certainement. En attendant, déchargée en grande partie des intérêts de la province, elle pourvoit plus librement à ses propres besoins. Elle peut aujourd'hui, comme il ressort du compte rendu de M. Vosseur, distribuer plus de 10,000 francs à ses sociétaires ou à leurs veuves et à leurs enfants ; plus de 2,000 francs à des personnes étrangères à l'Association, et, en outre, placer en rentes un capital de 7,000 à 8,000 francs.

— Un honorable médecin des départements veut bien nous poser la question suivante : « Un officier de santé serait-il nommé à une place de *médecin de colonisation* en Algérie ? le titre de docteur donne-t-il seul des droits à l'admission ? » *En principe*, le doctorat est exigé pour les emplois de médecin de colonisation ; mais, *en fait*, des emplois de ce genre ont été accordés à des régnicoles et à des étrangers qui, s'ils avaient un diplôme, n'avaient certainement pas celui de docteur. Nous croyons donc que, malgré la règle, un officier de santé pourrait prétendre, avec chance de succès, à une position de ce genre. Ceci est un simple avis de la Gazette.

La nomination des médecins de colonisation est à la diligence des préfets et du gouverneur général.

— Tout finit par des banquets et des chansons ; ce sera donc la fin du feuilleton. Les membres de la *Société de médecine du département de la Seine* se sont réunis mardi dernier dans les salons de Véfour. Cette séance a été l'une des plus intéressantes, des plus laborieuses et des mieux remplies de toutes celles de l'année. On y a même prononcé plusieurs discours et lu plusieurs travaux originaux. Le président en fonctions, M. Delasiauve ; le zélé secrétaire général, M. Boys de Loury ; le nouveau directeur de l'*établissement hydrothérapique* de Bellevue, M. Bourguignon, éloigné, par cette position, du fauteuil qu'il devait occuper cette année ; un notable de la Société, M. Briquet, ont, dans leurs allocutions, rivalisé d'aménité et de bons sentiments confraternels. Le feu d'artifice s'est terminé par une chanson. La haute poésie de ce morceau ne nous

partie antérieure du vagin et jusque sur la lèvre antérieure du col utérin, et à peine quelques-unes sur la face postérieure du vagin. Il existe quelques végétations assez volumineuses au pourtour de l'anus. La forme de ces végétations varie beaucoup : les unes ressemblent à des tubercules aplatis, d'autres à de petites masses fongueuses ; il y en a qui sont plates, pointues, coniques, arrondies ; d'autres sont tout à fait en forme de disques ; quelques-unes sont circulaires et échancrées sur un ou plusieurs points de leur circonférence. On en trouve qui adhèrent aux parties par une large base ; d'autres, au contraire, semblent pédiculées. Les végétations aplaties se rencontrent surtout sur les grandes lèvres et à la face antérieure du vagin. Celles qui sont en forme de petites masses fongueuses siégent principalement autour du clitoris et du méat urinaire ; enfin il y en a de filiformes qui sont implantées sur le bord libre des petites lèvres.

Le volume n'est pas le même pour toutes : les unes sont de la grosseur d'une lentille, d'autres sont semblables à des grains de chènevis, d'autres enfin ressemblent à une petite aiguille.

Presque toutes ces végétations ont une certaine dureté ; elles sont les unes blanches, nacrées, les autres roses, violacées.

La partie antérieure du vagin et la vulve sont le siége de granulations rouges et petites.

Il y a un léger écoulement blanc. Les végétations n'ont causé ni douleur ni démangeaison.

La malade accouche le soir de son entrée à l'hôpital d'un enfant bien portant.

15 *juin* 1856. — La malade veut sortir. La muqueuse vaginale présente toujours un état granuleux ; mais la plupart des végétations qui occupaient les grandes et les petites lèvres ont pâli, se sont flétries, et ont disparu spontanément.

Les deux dernières observations méritent surtout de fixer l'attention ; car, chez les deux malades, il n'y avait aucune trace de syphilis ; les végétations se sont développées pendant la grossesse, et elles ont disparu spontanément quelques semaines après l'accouchement. Cullerier (*Dict.* en 60 vol., art. Excroissances) disait qu'on cherchait en vain les traces des végétations dues à la grossesse quelques jours après l'accouchement ; ces deux faits, ainsi que ceux de MM. Zerbe et Ancelet, viennent confirmer l'opinion de l'illustre chirurgien de l'hôpital des vénériens. Il suffit donc, si la maladie ne cause pas une gêne excessive, de conseiller pour tout traitement durant la grossesse des lotions émollientes et astringentes. (*La fin à un prochain numéro.*)

---

III

## REVUE CLINIQUE.

**Tuberculisation aigue sous-séreuse, observée à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. Colin.**

Obs. — Bloh, fusilier au 33e de ligne, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution moyenne, tempérament lymphatique, entre, le 27 novembre, salle 27, n° 17.

Ce malade, d'une bonne santé habituelle, éprouve, depuis quelques jours, un peu d'anorexie et de courbature ; la langue est blanchâtre, il n'y a pas de fièvre ; l'examen physique du thorax et de l'abdomen ne donne aucun résultat appréciable, et l'administration d'un léger purgatif juge cette indisposition d'apparence si bénigne.

Le 1er décembre, quatre jours après l'entrée à l'hôpital, le malade avait repris sommeil, appétit et forces ; nous l'avions remis à un régime réparateur, et pensions le renvoyer avant peu à son corps.

Le 5 décembre, il nous raconte lui-même avoir éprouvé la nuit quelques frissons et même du délire ; l'infirmier de garde l'avait effectivement, à plusieurs reprises, vu causer et s'agiter ; mais, au moment même de notre visite, il n'y a ni stupeur, ni fièvre ; le pouls est calme, la peau fraîche, la langue nette, l'appétit parfait, et, sur l'insistance du malade, nous ne diminuons en rien son régime, et prescrivons toutefois 5 décigrammes de sulfate de quinine et un pédiluve sinapisé.

Le 6, notre malade s'est promené la veille, comme d'habitude, toute la journée ; lui-même nous dit encore avoir déliré la nuit ; ses voisins se plaignent en effet des cris qu'il a poussés et de son agitation, dont lui-même nous parle avec un calme remarquable ; la peau est néanmoins un peu chaude, sèche ; le pouls a 90 pulsations (bouillon, pruneaux ; potion avec du sulfate de quinine 0gr,5).

Le 7, température de la peau singulièrement augmentée : 41 degrés sous l'aisselle, pouls fort, un peu vibrant, sans dicrotisme ; soif vive, quelques sudamina sur l'abdomen ; météorisme léger ; intelligence parfaite ; appétit conservé ; ni gargouillement, ni diarrhée, ni enduit de la langue (pruneaux, vin de quinquina). Nous faisons noter à l'observation : état typhoïde, forme cérébrale.

Le 8, éruption sudorale plus abondante ; quelques sudamina sur les avant-bras ; respiration nette.

Le 9, chaleur plus mordicante, 41°,5 sous l'aisselle, pouls à 120 ; le délire nocturne a été violent, l'infirmier obligé de maintenir le malade dans son lit ; intelligence nette à la visite, mais expression d'anxiété, anhélation, parole saccadée ; un peu de sibilance et de submatité à la base du poumon ; météorisme augmenté sans diarrhée (bouillon, lavement purgatif, fomentations sur le ventre).

Le 10 et le 11, ces phénomènes vont en s'aggravant.

Le 12, coloration des pommettes ; râles sibilants dans toute la poitrine ; délire nocturne très violent ; à la visite, pas même de stupeur ; aucun signe d'adynamie, le malade se levant lui-même pour aller à la garderobe.

Le 13, yeux injectés, langue un peu sèche, étroite, sans enduit ; il y a eu un peu d'inappétence la veille au soir ; pouls plus fort et plus fréquent, à 130, sans dédoublement ; 41°,5 sous l'aisselle. La matité splénique mesure en hauteur 16 centimètres.

Le 14, pour la première fois, délire bruyant dans la journée aussi ; le malade cherche à chaque instant à quitter son lit.

Le 15, mort à six heures du matin dans le coma, à la suite du délire qui a duré toute la nuit.

*Autopsie* le 16 décembre, à huit heures du matin, vingt-six heures après la mort.

*Abdomen.* Un demi-litre de sérosité citrine dans la cavité péritonéale : adhérence fibro-cellulaire opaline ancienne du lobe gauche du foie au diaphragme ; pas d'exsudat récent. Dans l'intestin grêle, hypérémie générale, arborescente dans les grosses veines, formant dans les ramuscules un réseau très serré donnant à l'intestin une coloration écarlate ; au mi-

---

permet pas de taire que la Gazette hebdomadaire y est pour quelque chose ; mais elle s'inspire d'une telle propension gastronomique, que l'auteur, précisément parce qu'il boit beaucoup d'eau et mange peu, ne veut pas être nommé dans la crainte de passer pour hypocrite. Voici les couplets :

Mes frères en lancettes,
Frères en bistouris,
De vos doctes recettes
On connaît tout le prix.
D'un trouble insurmontable
Pourtant mon cœur est plein,
Quand on me sert à table
Des plats de votre main.

De peur que mon potage
Ne me rende crétin,
On l'a poudré, je gage,
A la mode Chatin.
Cher Boinet-l'iodiste,
Tes drogues, garde-les,
Garde-les pour le kyste,
L'empyème ou l'abcès !

Les gens de la cuisine
Dans ma sauce auront mis
Quelques grains de pepsine ;
Grand merci, mes amis !
D'un rôt qui vous embaume,
Saignant et succulent,
Le pénétrant arome,
C'est le vrai condiment !

On dit que la phlogose
Attaque l'intestin,
Si jamais on ne dose
L'alcool de son vin.
Nargue de la gastrite !
A chacun son humeur ;

lieu de ce fond se distinguent, par leur pâleur, leur transparence, leur ténuité, cinq plaques de Peyer. En un mot, la lésion intestinale est pour ainsi dire l'inverse des lésions de la fièvre typhoïde, les plaques agminées ayant seules échappé à l'hypérémie et au gonflement de la muqueuse ; il n'existe non plus aucune saillie des follicules isolés. Examinant alors l'intestin du côté de la séreuse, nous découvrons sous celle-ci un semis tuberculeux très fin, presque confluent, et, revenant aux autres viscères abdominaux, nous retrouvons cette même poussière grise transparente sur l'estomac, le gros intestin, le foie, la rate et dans les feuillets du grand épiploon. Les veines mésaraïques sont turgides ; les ganglions parfaitement normaux. Rate quadruplée de volume, à tissu dur, cassant, non ramolli.

*Poumons.* Un peu d'engouement hypostatique à la base droite ; au sommet de ce côté, adhérences fibro-celluleuses anciennes comme celles du foie au diaphragme ; une vingtaine de granulations grises disséminées sous les plèvres ; pas un tubercule dans le parenchyme.

*Cœur* sain ; une once de sérosité citrine dans le péricarde.

*Cerveau* d'une consistance marquée, veines très développées ; nous les suivons dans les scissures sans constater la moindre granulation sur leur trajet ; une once de sérosité dans les ventricules latéraux, parois normales, sans ramollissement de la voûte.

En résumé, cette affection a duré dix jours, du 5 au 15 décembre ; dès le début, délire nocturne bruyant, puis chaleur intense, pouls fort et fréquent, météorisme, sudamina, tels ont été les principaux symptômes, et à l'autopsie nous trouvons deux classes de faits : 1° des vestiges d'inflammation adhésive ancienne des séreuses au lobe droit du foie et au sommet du poumon droit ; 2° une éruption tuberculeuse à son début, confluente dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, discrète sous les plèvres, sans aucune propagation dans les parenchymes.

*Réflexions.* — A quel genre de tuberculisation aiguë appartient cette observation? Ce n'est pas la phthisie aiguë de Laennec, de M. Louis, le poumon était sain ; ce n'est pas la tuberculisation aiguë débutant parfois, comme M. Fournet l'a signalé le premier (*Auscultation*, t. II, p. 434), par les fausses membranes consécutives *à une inflammation des séreuses plus ou moins ancienne* ; nous n'avons, en effet, chez ce sujet pu trouver la moindre granulation au milieu précisément des adhérences du sommet du poumon droit et du petit lobe du foie. Notre malade a été enlevé par la forme la plus aiguë de la tuberculisation, la tuberculisation sous-séreuse ; chez lui, les quelques granulations sous-pleurales d'une part ; d'autre part, la congestion des veines sous-arachnoïdiennes, et la sérosité ventriculaire, semblent indiquer que le semis tuberculeux sous-péritonéal n'eût pas tardé à envahir au même degré les séreuses thoraciques et cérébrales. Il y avait dès longtemps chez ce malade, si l'on peut ainsi dire, imminence morbide vers les séreuses ; les adhérences déjà signalées du poumon droit et du foie, adhérences d'aspect, de structure, de résistance, et par conséquent d'âge identiques, témoignent qu'à une époque antérieure s'était également produit vers les plèvres et le péritoine une détermination morbide simultanée, jugée alors par un produit pseudo-membraneux, tandis que la détermination actuelle a été la granulation grise tuberculeuse, si analogue comme structure aux produits fibrineux amorphes.

Nous avons eu dans notre service un seul autre sujet mort de la même affection après vingt jours de maladie ; chez lui les granulations avaient acquis déjà le volume d'une tête d'épingle, subi la transformation jaunâtre, et, comme une véritable éruption confluente, donnaient un aspect granulé remarquable à la surface des viscères recouverts par les plèvres et le péritoine. Chez ce même malade, la rate hypertrophiée était, seule de tous les parenchymes, envahie par une myriade de ces petits corps jaunâtres si réguliers et si régulièrement disposés que la coupe de l'organe ressemblait à une étoffe violette parsemée de points blancs par un procédé mécanique. Le concours de ce second fait nous porterait à croire que chez notre sujet actuel l'hypertrophie de la rate pouvait être en rapport avec la tuberculisation générale, qui n'aurait pas tardé à se manifester dans le tissu splénique. Chez l'autre malade également, nous avions été frappé de l'intensité de la fièvre, de l'élévation de la température, de l'apparition des sudamina, du délire nocturne, du sentiment d'anxiété, du météorisme, et à l'autopsie de l'éruption tuberculeuse limitée au tissu cellulaire sous-séreux, sans exsudats plastiques à la surface, sans lésions des viscères sous-jacents, sauf la rate, comme si la terminaison funeste n'était le fait que d'un trouble dynamique, d'une intoxication analogue aux fièvres graves.

N'est-ce pas la consécration d'une loi d'anatomie générale, que ces modifications d'évolution des produits morbides suivant les tissus qu'ils envahissent? Alors que le tubercule pulmonaire classique croîtra sur place, réduisant aux plus étroites limites le champ de la respiration, qui suffira néanmoins aux malades pendant plusieurs années, la poussière tuberculeuse sous-séreuse, qui ne semble en rien compromettre le jeu d'aucun organe important, va se généraliser en quelques jours et entraîner la mort par la violence des troubles généraux.

Dans l'observation qui précède, nous faisons l'aveu de l'hésitation de notre diagnostic ; bien que nous fussions à cette époque en dehors de toute condition épidémique, nous supposions, avec réserve il est vrai, devoir trouver la forme anatomique la plus redoutable de la fièvre typhoïde, l'altération fongueuse des plaques elliptiques. Il y avait bien eu chez notre malade absence de diarrhée, d'anorexie, de stupeur au début, d'adynamie presque jusqu'à la mort ; le pouls n'avait en rien le caractère typhique, la température était remarquablement élevée ; de plus, chaque matin cette intégrité de l'intelligence alternant avec le délire nocturne, constituait une de ces bizarres oscillations qui sont le propre de la tuberculisation (ainsi que M. Roger l'a constaté pour la température et pour le pouls dans la seule méningite tuberculeuse). Mais, en revanche, vu la rareté de la tuberculisation aiguë sous cette forme, vu la fréquence de la fièvre typhoïde chez nos jeunes soldats, dont la plupart acquittent leur noviciat dans l'armée par le même tribut

---

Pour moi, ce qui m'*irrite*,
C'est un vin sans chaleur.

Quelle est l'eau la plus saine
Pour les gens de Paris?
Est-ce bien l'eau de Seine,
N'est-ce pas l'eau de puits?
Que des deux on me donne
Au dessert ; car je crois
Chacune d'elles bonne...
Pour me laver les doigts.

La seule chirurgie
A quelquefois du bon.
Quand, la face rougie,
Un convive glouton
Étouffe dans sa gorge,
N'est-ce pas votre main,
Amis, qui la dégorge?
Gloire au chirurgien !

Car si, quelque valvule
Fermant certain conduit,
A certain col qui brûle
On sait ce qu'il en cuit,
J'atteste cette fête,
C'est bien pis quand le mal,
Plus voisin de la tête,
Bouche un autre canal.

Aussi quand, à la ronde,
J'entends les calculeux
Tant célébrer la sonde,
Moi, si je fais comme eux,
C'est que, dans l'œsophage
Quand rien ne glisse plus,
La sonde ouvre passage
Encore aux meilleurs crus.

Mais aujourd'hui je jure
Que, pour tout instrument

morbide dont l'ouvrier paye son acclimatement à Paris, vu le météorisme, l'hypertrophie de la rate, les sudamina, l'absence de bronchite intense, signe aussi négatif au moins de la tuberculisation que de la fièvre typhoïde, nous nous sommes encore une fois laissé aller à l'idée de la seule fièvre continue admise par l'école sous le climat de Paris, et la rapidité de l'affection ne nous a pas permis à temps de reconnaître cette nouvelle infraction à la théorie classique.

Disons en terminant qu'il y a aussi loin de cette tuberculisation aiguë sous-séreuse à la tuberculisation pulmonaire aiguë que de celle-ci à la phthisie chronique. Il serait beaucoup moins pardonnable de confondre la seconde de ces affections avec la fièvre typhoïde; bien que parfois elle se développe avec rapidité, déployant pour ainsi dire en un temps très court, cinq ou six semaines, tous les phénomènes de réaction qui se succèdent habituellement avec tant de calme dans la phthisie pulmonaire, et emprunte ainsi les allures de la fièvre typhoïde, celle-ci offre à peu près toujours au diagnostic la série des signes abdominaux, la tuberculisation pulmonaire aiguë, celle des signes thoraciques, qu'on peut respectivement dégager d'un appareil général presque identique. Dans la tuberculisation sous-séreuse, au contraire, absence complète de signes thoraciques; à la fin seulement quelques symptômes d'hypostase plutôt faits pour la rapprocher que pour la distinguer de la fièvre typhoïde; et si, comme chez notre malade, outre les sudamina, outre l'hypertrophie de la rate, le ventre présente un ballonnement marqué, en raison sans doute du raptus sanguin vers le péritoine, combien de chances d'erreur de diagnostic devant ce symptôme le plus constant, souvent le plus grave de la fièvre typhoïde, le météorisme, si peu connu dans la tuberculisation aiguë sous-séreuse.

Cette dernière affection, enfin, dont la méningite granuleuse ne nous semble qu'une espèce, a donc aussi, comme la tuberculisation sous-arachnoïdienne, comme encore la tuberculisation des ganglions bronchiques, la puissance de se développer sans que le poumon, conformément aux lois de M. Louis, ait subi les premières atteintes de la manifestation diathésique, ce qui enlève en dernier lieu au clinicien toute ressource d'investigation diagnostique dans les antécédents du malade.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

M. *Flourens* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses associés étrangers M. *F. Tiedemann*, décédé à Munich le 22 janvier, dans sa quatre-vingtième année. La mort de l'illustre anatomiste est annoncée par son gendre M *Bischoff*, professeur d'anatomie et de physiologie.

CHIRURGIE. — *Note sur les résultats cliniques obtenus par la lithotritie pendant l'année 1860*, par M. *Civiale*. — M. Civiale a traité, en 1860, cinquante-quatre calculeux, tant à l'hôpital qu'en ville.

Trente-sept ont été traités par la lithotritie. Dans deux cas il a fallu renoncer au traitement : l'un de ces malades a succombé, l'autre garde la pierre.

Deux des opérés n'ont pas obtenu une guérison complète, parce que la pierre ne formait pas, à elle seule, toute la maladie ; mais ils ont été très soulagés; les autres sont guéris.

Sept ont été soumis à la taille, qui en a sauvé quatre ; mais dans deux cas la guérison est incomplète.

Dix n'ont pas été opérés : trois sont morts par les progrès de la maladie, et un à la suite de l'*opération hernie*.

Trois sont en traitement et seront opérés, l'un par la lithotritie, et les deux autres par la taille. Dans deux cas, l'opération a été ajournée.

Ces faits prouvent de nouveau le danger de conserver longtemps la pierre, et l'utilité de la lithotritie, lorsqu'on l'applique au début de la maladie.

PHYSIOLOGIE. — *De l'accroissement en longueur des os des membres et de la part proportionnelle qu'y prennent leurs deux extrémités*, par M. *Ollier*. — Nous avons expérimenté sur tous les grands os des membres, en implantant des clous de plomb au milieu du diamètre longitudinal des os des jeunes animaux (lapins, poulets, agneaux, etc.), et voici les résultats généraux auxquels nous sommes arrivé.

Au membre supérieur l'humérus s'accroît plus par son extrémité supérieure que par son extrémité inférieure. — Le radius et le cubitus, au contraire, s'accroissent plus par leur extrémité inférieure que par leur extrémité supérieure.

Au membre inférieur les rapports sont inverses. Pour le fémur, qui est l'analogue de l'humérus, l'accroissement par l'extrémité inférieure l'emporte sur l'accroissement par l'extrémité supérieure. — Pour le tibia, qui, joint au péroné (le plus souvent rudimentaire), est l'analogue du radius et du cubitus, l'accroissement par l'extrémité supérieure l'emporte sur l'accroissement par l'extrémité inférieure.

Pour exprimer brièvement ces résultats, nous dirons qu'au membre supérieur pour les os du bras et de l'avant-bras, c'est l'extrémité opposée à l'articulation du coude qui s'accroît le plus. Au membre inférieur au contraire pour les os de la cuisse et de la jambe, c'est l'extrémité opposée à l'articulation du genou qui s'accroît le moins.

L'accroissement se trouve ainsi plus actif vers l'extrémité de l'os dont l'épiphyse se soude le plus tardivement : mais cette

---

A petite courbure,
Je mettrai seulement
Près de mon assiette
— Pardonnez à mes goûts, —
Une bonne fourchette
Qui pique à tous les coups.

MORALITÉ.

De prêcher la concorde
C'est l'usage banal.
« Qu'aucun de vous ne morde,
» Nous dit-on, son rival ! »
J'admire ce langage.
S'entre-mordre ! Et pourquoi?
Personne n'a la rage,
Les verres en font foi !

Dr ALIQUIS.

---

— La Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance publique, qui a eu lieu le 23 janvier, a décerné, pour le concours ayant pour objet la *prophylaxie de la tuberculose :*

1° Une mention honorable à chacun des mémoires nos 4, 6, 8 et 2, dont les auteurs sont MM. Edwin Lee (de Londres), Desayvre (de Châtellerault), Beg (d'Édimbourg), F. César Castiglioni (de Milan); 2° une médaille d'or de 100 francs au mémoire n° 1, dont l'auteur est M. J.-R. Ullersperger (de Munich). Cette récompense, accordée en considération de savantes et longues recherches, n'est point détachée du prix, qui reste intact, et qui, sous tous les rapports, a été donné intégralement ; 3° une médaille d'or de 300 francs (le prix de 1860) au mémoire portant le n° 3, dont l'auteur est M. Louis Perroud (de Lyon).

La Société accorde en outre, pour des mémoires manuscrits qui lui ont été envoyés en 1860 :

A M. Puech, de Nîmes (*De l'occlusion des conduits vulvo-utérins, et de la rétention du sang menstruel*), une médaille d'argent grand module, et le titre de membre correspondant; des mentions honorables à MM. Bonnet (de Poitiers), Gouet (de Brest), Fleury (de Toulon).

---

activité plus grande dans un sens ne tient pas à la précocité de la soudure de l'épiphyse opposée ; en d'autres termes, ce n'est pas parce qu'une des deux épiphyses terminales s'est soudée plus tôt que l'os prend un développement plus considérable du côté opposé. Ce qui prouve qu'il n'en est pas ainsi, c'est que cet accroissement se prononce dans tel ou tel sens dès les premiers jours de la naissance, et par conséquent bien avant que la soudure d'une des deux épiphyses terminales se soit effectuée.

Cet accroissement n'est pas non plus influencé par la direction du trou nourricier de l'os, comme pourrait le faire croire la similitude du rapport que nous avons signalé avec celui qu'Auguste Bérard avait indiqué entre la direction du trou nourricier (chez l'homme) et l'ordre de soudure des épiphyses. La direction du trou nourricier des divers os varie d'une espèce à une autre chez les Mammifères. Chez le lapin, par exemple (c'est à cet animal qu'appartiennent les pièces que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie), les trous nourriciers se dirigent au membre supérieur du côté où l'accroissement est le plus faible, et au membre inférieur du côté où l'accroissement est le plus actif.

Des résultats que nous venons de signaler ressortent quelques conséquences importantes pour les résections. L'ablation des diverses extrémités articulaires n'expose pas également à l'arrêt de développement du membre.

Au coude, l'ablation des extrémités articulaires n'exposera pas à un arrêt de développement très considérable, puisque c'est par leur extrémité opposée que s'accroissent principalement les os qui constituent l'articulation. Pour le genou, au contraire, l'arrêt de développement sera beaucoup plus à craindre, puisque le fémur et le tibia s'accroissent plus vers cette articulation que vers l'extrémité opposée. Pour la même raison, et toute proportion gardée. la résection de l'épaule exposera plus au raccourcissement que celle de la hanche, celle du poignet plus que celle du cou-de-pied, (Comm. : MM. Velpeau, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — M. *Costello*, à l'occasion de quelques communications récentes sur la lithotritie, rappelle que dès l'année 1832 il a soumis au jugement de l'Académie un instrument lithotriteur, l'instrument à coulisse, mécanisme qui, dit l'auteur, unissant la solidité à une grande simplicité, a été, depuis, l'objet d'imitations nombreuses et rarement avouées. (Comm. : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

ANATOMIE. — M. *Pappenheim* adresse de Berlin trois Notes : l'une sur les lymphatiques du cœur chez les individus de sexe différent ; la seconde sur une vessie urinaire bicorne ; la dernière, sur un moyen auxiliaire pour l'exploration du larynx et des cavités nasales. (*Commission des prix de médecine.*)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de Maine-et-Loire, des Vosges, de l'Aube et du Loiret. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le rapport de M. le docteur *Pénissat* sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. *Béclard, Sappey* et *Béraud*, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — *b.* Une observation de congestion cérébrale recueillie par un médecin sur lui-même, communiquée par M. *A. Mercier.* (*Renvoyé à M. Trousseau.*) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Caussé* (d'Alby), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *d.* La description et le modèle d'un appareil à dextrine, fabriqué par M. *Mathieu*, sur les indications de M. *Félix Chedin*, élève des hôpitaux.

M. *Larrey* dépose sur le bureau une *Notice sur le laryngoscope*, par MM. *Richard* et *Garcia*.

M. *Depaul* présente un travail manuscrit de MM. les docteurs *Landry* et *Samazeuilh*, ayant pour titre : *D'un état nerveux complexe attribué à tort à la congestion cérébrale.* (*Renvoyé à l'examen de M. Trousseau.*)

M. *Velpeau* fait hommage, au nom des auteurs :

1° D'une *Monographie sur les affections pseudo-membraneuses*, par M. le docteur *Laboulbène*;

2° D'un travail sur l'*emploi du linge et de la charpie coaltés*, par M. le docteur *Demeaux*.

M. *le Président* annonce que la section d'anatomie et de physiologie présentera son rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section, le mardi 19 courant.

M. *le Président* fait part ensuite de la mort de M. le docteur *Maunoir* (de Genève), membre correspondant.

*Lectures.*

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'eau de Thieux (Seine-et-Marne).

Cette eau appartient à la classe des eaux sulfureuses calcaires, froides, et vient prendre rang à côté de celles d'Enghien, de Pierrefonds, etc.

La source de Thieux réunissant toutes les conditions convenables de captage et d'aménagement, la commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source pour l'usage médical. (*Adopté.*)

MÉDECINE LÉGALE. — M. *Devergie* donne lecture d'un *Supplément à son rapport sur un mémoire* de M. Hatin, relatif à l'*opération césarienne post mortem*, à l'occasion des communications récentes que l'Académie a reçues sur le même sujet.

M. Devergie soumet à l'Académie une nouvelle rédaction des conclusions, conçue en ces termes :

1° La législation actuelle suffit à sauvegarder les droits professionnels du médecin et ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder.

2° Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine peut et doit même, *médicalement parlant*, pratiquer l'opération césarienne, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie.

Cependant, il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition.

3° Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience, éclairée par les préceptes de l'art.

*Discussion sur la congestion cérébrale.*

M. *Beau* entre d'abord dans la définition de l'apoplexie et de l'épilepsie, puis il ajoute : « Entre ces deux types de chute ou d'attaque apoplectique et épileptique, il y a un type intermédiaire : c'est une attaque dans laquelle l'individu tombe ou fléchit, privé complétement ou incomplétement d'intelligence, de mouvement et de sensibilité. Cette attaque peut se répéter souvent, sans entraîner la paralysie comme la chute apoplectique, et sans présenter les phénomènes caractéristiques de la chute épileptique. On l'appelle généralement *congestion cérébrale apoplectiforme*, parce qu'on trouve qu'elle ressemble plus à l'apoplexie qu'à l'épilepsie.

» La congestion sanguine est, dans le cerveau, comme dans les autres organes, le point de départ et la cause d'une foule de lésions et de symptômes graves; mais elle peut aussi, quand l'hypérémie est modérée ou limitée, ne donner lieu qu'à des troubles légers et passagers : telle est, par exemple, la congestion cérébrale apoplectiforme. Willis l'appelait *apoplexie habituelle, apoplexia habitualis*. Sauvages admet aussi ces attaques légères et répétées, accompagnées de vertiges et de céphalalgie, qui sont, dit-il, moins rarement qu'on ne croit, plutôt épileptiques qu'apoplectiques. »

M. Beau, tout en tenant le plus grand compte des faits commu-

niqués par M. Baillarger, se plaint seulement du champ trop spécial et trop circonscrit de son observation. L'orateur pense que, pour connaître la vérité tout entière, il faut sortir du cercle restreint de la médecine mentale et chercher en dehors de cette voie des faits d'attaques de congestion cérébrale apoplectiforme qui n'ont rien d'épileptique.

Ces faits ne sont pas tellement rares, que M. Beau ne puisse en citer un certain nombre, tous empruntés à sa pratique personnelle.

A propos de ces citations, M. Beau résume les principaux caractères qui distinguent l'apoplexie épileptique et la congestion apoplectiforme non liée à l'épilepsie : « On devra, dit-il, prononcer que la congestion cérébrale dite apoplectiforme est épileptique si elle existe chez une personne affectée en sus d'attaques ou de grand mal. On dira également qu'elle est de la même nature si peu à peu des symptômes épileptiques non douteux finissent par s'ajouter aux phénomènes ordinaires de la congestion apoplectiforme. Mais, en dehors de ces manifestations irréfragables du mal épileptique, je ne vois pas qu'on soit fondé à déclarer que la congestion apoplectiforme est épileptique. »

L'orateur déclare que, dans l'opinion si exclusive formulée par M. Trousseau, il ne voit « qu'une affaire de sentiment et de volonté, et nullement une thèse rigoureusement démontrée. »

M. Trousseau est tombé cette fois dans la même erreur que celle consacrée par lui en 1853, quand il voulut annexer à l'épilepsie le tic douloureux de la face et l'angine de poitrine.

M. Beau termine par cette conclusion générale : « Le nombre des épileptiques étant déjà malheureusement assez considérable, il ne faut pas l'augmenter indûment de tous ceux qui ont une simple congestion cérébrale apoplectiforme, ni surtout de ceux qui sont affectés de tic douloureux de la face et d'angine de poitrine. »

M. *Durand-Fardel*. J'avais l'intention de parler de la congestion cérébrale; mais j'y renonce après avoir entendu M. Beau, qui vient de développer des idées conformes à celles que je voulais faire prévaloir moi-même.

Je me bornerai à faire une courte observation à propos du mot *apoplexie*.

Ce mot a une signification déterminée, qu'il doit à son étymologie et à l'usage des siècles. Lorsque Laennec l'a appliqué à une altération anatomique, comme l'hémorrhagie pulmonaire, il a introduit dans le langage médical une confusion fâcheuse, et, en affectant le terme *apoplexie* aux hémorrhagies interstitielles, il a détourné sans objet une expression significative de sa véritable acception. Cette logomachie est à la fois inutile et nuisible : elle tend à faire croire, en ce qui concerne le cerveau, que les symptômes apoplectiques ne peuvent appartenir qu'à l'hémorrhagie cérébrale, ce qui est parfaitement inexact, puisqu'ils appartiennent aussi bien au ramollissement, à la congestion, à la méningite, etc.

M. *Girard* (de Cailleux). J'ai pensé que peut-être vingt années d'études dans un grand hôpital d'aliénés me permettraient d'apporter aussi dans ce débat quelques faits et quelques considérations utiles.

Est-il vrai, ainsi que le proclame M. Trousseau, que la congestion cérébrale apoplectiforme ne soit le plus souvent autre chose qu'une attaque d'épilepsie, et que cette affection, presque toujours méconnue, ait causé autant d'erreurs de diagnostic que le croit le savant professeur?

Est-il vrai que la congestion cérébrale soit aussi rare que l'avance notre honorable collègue, et que le vertige lié aux affections de l'estomac et aux maladies de l'oreille, ou que les syncopes soient, avec l'épilepsie, les affections réelles désignées faussement sous le nom de congestions apoplectiformes?

Avant de s'engager dans le débat qui est ouvert, il faudrait d'abord s'entendre sur ce qu'on appelle congestion cérébrale.

Ne reste-t-on pas dans une fausse voie en continuant d'appeler des états morbides différents du nom de l'un des phénomènes qui les caractérisent, et ne serait-il pas convenable, comme l'a dit M. Piorry, d'apporter plus de sévérité dans le langage médical et un esprit plus philosophique?

Semblable à la fièvre qui n'est qu'un symptôme, un élément de la maladie, la congestion cérébrale en effet n'accompagne-t-elle pas plusieurs états morbides différents; et si pour classer les maladies, on ne tenait compte que d'un certain nombre de phénomènes, ne s'exposerait-on pas à de graves confusions et à de tristes mécomptes?

Qu'est-ce donc que la congestion cérébrale dont nous parle M. Trousseau?

(M. Girard rappelle la description faite par M. Trousseau de l'attaque congestive de nature épileptique, puis il ajoute:)

J'avoue, tout en admettant certaines réserves, celle entre autres qu'un accès épileptique n'est point aussi innocent pour l'intelligence que le croit M. Trousseau, que notre honorable collègue, en signalant une confusion trop souvent réelle, a fait ressortir un fait signalé entre autres par MM. Delasiauve et Herpin dans leurs ouvrages sur l'épilepsie, et que nous avons nous-même plus d'une fois constaté. Mais s'ensuit-il que cette erreur de diagnostic soit aussi fréquente qu'il le suppose? Telle n'est point ma conviction. Je pourrais citer à l'appui de mon opinion de nombreux exemples; je me bornerai à rappeler que dans l'examen de 4,056 aliénés de la Seine, auquel je viens de me livrer de concert avec les médecins qui les traitent, épars dans vingt-deux asiles différents, près d'un dixième d'entre eux avait eu des congestions cérébrales ayant amené un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés mentales et motrices, sans qu'on eût constaté chez eux, dans leurs attaques congestives, aucun des caractères propres à l'épilepsie: perte subite de connaissance au début de l'attaque, convulsions toniques et cloniques, horreur de la face, etc.

Le fait de la congestion cérébrale apoplectiforme ou légère, sans épilepsie, n'est donc point aussi rare que le croit M. Trousseau.

Maintenant, il est incontestable que l'état congestif accompagne des affections bien différentes de l'épilepsie.

On l'observe dans l'hystérie, dans la catalepsie, dans l'extase, dans le ramollissement cérébral, dans la folie paralytique, dans une forme particulière de la démence dite sénile, etc., etc.

Un fait pathologique qui nous a vivement frappé, et qui montre que la congestion n'est qu'un symptôme, un simple élément morbide, c'est qu'à l'exemple de la fièvre, des paralysies, etc., elle emprunte essentiellement sa gravité de la nature de l'affection qu'elle accompagne: ainsi, la congestion hystérique ne ressemble en rien par son caractère à la congestion épileptique; il en est de même des attaques congestives de la folie paralytique, de celles de la démence qui diffèrent si profondément des congestions qui accompagnent la fièvre typhoïde, les maladies du cœur, etc.

Il y a donc, comme on en peut juger, une étude très intéressante à faire sur les affections cérébrales qui appellent la congestion ou qui s'accompagnent de cet élément morbide, et notre savant collègue en fixant l'attention de l'Académie sur ce sujet important, en l'invitant ainsi à déterminer ces affections, rend, à mon sens, un véritable service à la science.

M. *Falret* pense que M. Trousseau a eu raison de soulever la discussion actuelle. Il aura rendu service à la science « en attirant l'attention sur le diagnostic différentiel, si difficile dans quelques cas, entre l'épilepsie, la congestion apoplectiforme et les autres affections cérébrales; — en provoquant la réflexion sur la nature congestive ou nerveuse de l'épilepsie, il aura contribué à rappeler qu'en dehors du fait anatomique de la congestion cérébrale et du fait symptomatique de la convulsion générale, l'épilepsie est une maladie spéciale, se présentant sous des formes diverses, évidentes ou larvées, se perpétuant chez l'individu qui en est atteint, à l'état latent, pendant tout le cours de son existence, et se transmettant trop souvent par l'hérédité à ses descendants, soit sous la même forme, soit transformée en d'autres névroses.

» M. Trousseau a rendu un autre service à la science en provoquant l'attention sur les limites flottantes qui existent entre certains faits d'épilepsie vraie et d'autres faits analogues appartenant à d'autres affections cérébrales. Si l'on commet, en effet, d'assez fréquentes erreurs dans le diagnostic différentiel de l'épilepsie,

cela ne tient pas seulement aux difficultés que l'on rencontre dans l'application, mais à l'état d'imperfection de la science.

» M. Trousseau aura été utile à la pratique de la médecine en rendant plus circonspect dans l'usage des évacuations sanguines pour les cas de congestion cérébrale d'origine épileptique, qui se dissipent d'eux-mêmes au bout de peu de temps, et dont la nature, en apparence congestive, doit être subordonnée à la nature spéciale de la maladie épileptique. »

Toutefois, M. Falret croit qu'il importe de se tenir en garde contre toute exagération, et qu'il y aurait des inconvénients graves à voir toujours de l'épilepsie dans de simples congestions sanguines cérébrales. Ce serait introduire dans l'histoire de l'épilepsie des éléments étrangers; on étendrait à des accidents cérébraux de nature curable le pronostic grave attaché à l'épilepsie, et l'on empêcherait ainsi le médecin de les traiter. On ferait bénéficier, au contraire, l'épilepsie d'un degré de curabilité qu'elle n'a pas.

*Présentation.*

M. *Bouillaud* présente les poumons d'un fondeur affectés de mélanose, et mort à la Charité. Le tissu pulmonaire est converti en une masse noire, compacte et dure, due, non pas à une altération réellement mélanique, mais à une infiltration de particules de charbon introduites par l'air inspiré.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

AMPUTATION DE LISFRANC. — LUXATION DU COUDE. — DÉPRESSION ET FRACTURE DU CORONAL CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ; RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN DE LA MÈRE. — TUMEUR DES GLANDES SÉBACÉES DE LA PEAU. — KYSTE CONGÉNITAL DU COU.

M. *Guersant* présente un malade à qui il a pratiqué, il y a quatorze ans, l'amputation de Lisfranc : ce jeune homme avait reçu une solive sur le pied; les parties molles avaient été broyées et enlevées, les métatarsiens étaient dénudés. Le malade peut marcher très bien aujourd'hui, et il a pu en deux jours aller à pied jusqu'à Orléans, sans être trop fatigué.

Cette présentation donne lieu à une courte discussion entre MM. Richard, Verneuil, Legouest et Huguier, sur les indications des amputations partielles du pied.

— M. *Morel-Lavallée* présente un malade qui était venu dans son service avec une luxation du coude datant de trois mois; l'avant-bras était alors dans l'extension et ne pouvait être fléchi sur le bras. Des manœuvres furent faites pour la réduction; le cubitus s'abaissa, et l'articulation recouvra le mouvement de flexion; aujourd'hui son état est très satisfaisant.

MM. Richard, Huguier, Gosselin, Legouest, Richet, pensent que la luxation n'est pas entièrement réduite; ils se fondent sur les signes suivants : 1° le sommet de l'olécrâne dépasse la ligne qui réunirait l'épitrochlée à l'épicondyle de près de 2 centimètres; 2° on peut faire exécuter au cubitus sur l'humérus des mouvements de latéralité; 3° le tendon du triceps fait saillie en arrière, à peu près comme le tendon d'Achille; par la pression, on peut le déprimer jusqu'à la face postérieure de l'humérus, dont il est séparé; 4° on sent en avant, au contraire, une saillie prononcée formée par l'extrémité inférieure de l'humérus.

— M. *Depaul* présente une pièce anatomique : un enfoncement du coronal sur un enfant nouveau-né.

Le 28 décembre, une femme âgée de trente ans, accoucha à la Clinique; déjà elle avait eu deux enfants nés spontanément, après un travail très long. Cette fois-ci, on ne sentait aucune partie même au détroit supérieur; le palper abdominal permettait de constater que la tête était à gauche de la fosse iliaque et l'extrémité pelvienne à droite. Par des pressions extérieures, on put ramener la tête sur la ligne médiane, en même temps que l'on perforait les membranes par le vagin. La tête s'engagea, et en même temps une anse du cordon ombilical qui faisait procidence, et que l'on réduisit à plusieurs reprises, mais elle retombait toujours. Cette complication compromettait la vie du fœtus, et M. Blot appliqua le forceps; il dut faire des tractions assez fortes. A un moment donné, un craquement se fit entendre, et la tête descendit dans l'excavation pelvienne. L'enfant fut bientôt amené au dehors; il était bien vivant, mais souillé par du méconium. La mère mourut le 31 décembre d'une fièvre puerpérale très grave.

L'enfant fut envoyé à l'hospice des Enfants trouvés, où M. Depaul le vit le 1er janvier suivant; il était alors bien portant; il existait sur son coronal gauche une dépression très prononcée; aucune ecchymose du côté de l'œil; mais trois ou quatre jours après on constata l'existence d'une ecchymose sous la conjonctive en haut et en dehors. M. Depaul diagnostiqua une fracture à l'endroit de la dépression. Cet enfant succomba environ quinze jours après à une entérite.

A l'autopsie, on trouva une dépression du frontal, et à la partie inférieure existe une fracture au niveau de la saillie orbitaire; mais il n'y a pas fracture à l'endroit où la dépression est le plus profonde; cette dépression se trouve aussi sur le lobe cérébral correspondant, mais sans autre lésion du tissu du cerveau.

A l'autopsie de la mère, on trouva une saillie de l'angle sacro-vertébral, et en même temps une exostose de la face postérieure des pubis, qui réduisent le diamètre antéro-postérieur à 8 centimètres.

La dépression du coronal a été produite par le passage de la tête sur l'angle sacro-vertébral, ce qui peut se produire sans qu'il y ait application de forceps, ainsi que M. Depaul en a observé des exemples.

— M. *Morel-Lavallée* soumet à l'examen de la Société une tumeur qui paraît s'être développée dans les glandes sébacées de la peau; cette tumeur sera examinée au microscope.

— M. *Béraud* présente un fœtus de cinq mois qui porte un kyste congénital à la région antérieure du cou; une dissection doit être faite, et les pièces anatomiques seront de nouveau présentées à la Société.

JULES ROUYER.

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1861 (FIN). — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

M. *Marcé* lit un travail intitulé : *Recherches cliniques sur les symptômes, le diagnostic et le traitement de la stupeur.* — Après avoir défini la stupeur et donné en quelques mots l'historique de la question, l'auteur commence par déclarer qu'il ne discutera pas le sujet au point de vue psychologique : son but est principalement de se livrer à l'examen clinique des sujets atteints de stupeur, et de rechercher, à l'aide d'une analyse symptomatique rigoureuse, les principaux caractères de cet état morbide dont on a à peine esquissé quelques traits. Il réservera un chapitre pour le diagnostic et un autre pour le traitement.

M. Marcé regarde la stupeur comme un élément pathologique distinct, lié probablement à l'existence d'un état organique, et étudie successivement l'influence qu'elle exerce sur le facies, l'attitude, la motilité, la sensibilité générale et spéciale, la respiration, la circulation, les sécrétions, et enfin les fonctions intellectuelles. Le *facies* est caractéristique : les traits flasques, pendants, pâles, sans expression, conservent une immobilité parfaite, comme si un masque était placé sur le visage. L'*attitude* indique un profond affaissement : la tête est inclinée sur la poitrine, les bras tombent inertes le long du corps, et les malades ont de la tendance à conserver indéfiniment la même position. Tantôt les muscles sont dans un état de résolution complète, tantôt on les trouve roides, contractés, et la résistance qu'ils opposent exige de grands efforts pour être surmontée.

Les *mouvements* perdent de leur force et de leur régularité : M. Marcé le prouve par des exemples positifs. Il signale aussi le tremblement des muscles, des lèvres et de la langue, et l'embarras de la parole qui peut en résulter, fait important au point de vue du diagnostic de la paralysie générale. L'altération de la voix, l'excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales, s'expliquent par l'affaiblissement de la contractilité musculaire et par la diminution de la sensibilité. Cette dernière est, en effet, abolie ou diminuée d'une manière presque constante ; la sensibilité spéciale elle-même présente de curieuses altérations étudiées avec détail.

La *respiration* est caractérisée par des inspirations courtes, irrégulières, saccadées, sans bruit vésiculaire normal. Le nombre des mouvements respiratoires diminue relativement au nombre des pulsations. Dans un travail publié en 1855 dans les *Archives de médecine*, l'auteur avait tracé des tableaux indiquant en moyenne le nombre des respirations qui, à l'état normal, correspond à un nombre donné de pulsations. En comparant à ces tableaux les résultats obtenus chez des malades en stupeur, M. Marcé a constaté chez ces derniers un nombre proportionnel de respirations inférieur à la moyenne physiologique. « Ce n'est pas impunément, dit-il, qu'il y a par minute huit, dix et même quinze inspirations de moins ; l'oxygénation du sang est plus lente et plus incomplète, le sang veineux stagne dans les capillaires, d'où la cyanose des mains, du nez, des lèvres, le refroidissement des extrémités, et cette asphyxie incomplète formant, avec le ralentissement de la respiration et l'oxygénation incomplète du sang veineux, un cercle vicieux dont les divers éléments se corroborent l'un l'autre. » Raisonnant par analogie avec ce qu'on observe dans d'autres états cérébraux, M. Marcé n'est pas éloigné de croire, chez les malades en stupeur, à une lésion qui agit par compression, à un œdème, et il rappelle à ce sujet les recherches qu'il a publiées dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour 1858.

Les *fonctions digestives* s'exercent avec lenteur : les lèvres et les gencives sont fuligineuses, les narines pulvérulentes ; les malades ont peu d'appétit et digèrent lentement ; la constipation est constante. Les sécrétions sont rares, la salive est visqueuse ; l'urine, peu abondante, chargée de sels, n'offre ni sucre ni albumine ; la peau est froide et sèche, les cheveux secs et cassants. En un mot, l'examen des malades indique une diminution d'énergie dans toutes les fonctions organiques, un véritable état d'hibernation. L'auteur rapproche de cette description plusieurs passages de Lorry et de Boerhaave, et il fait voir comment ces médecins avaient pressenti ces diverses lésions fonctionnelles ; il démontre aussi comment elles varient selon les individus, comment elles deviennent manifestes, surtout dans les cas aigus, pour s'effacer à la longue quand le malade tombe en démence.

Passant enfin à l'examen des fonctions intellectuelles, M. Marcé fait voir que la tristesse, la dépression, la stupeur, ne sont que les trois degrés d'un même état, et il explique ainsi comment le délire de nature triste accompagne si souvent la stupeur : il ne les regarde pas, toutefois, comme nécessairement liés l'un à l'autre. La dépression, la stupeur, peuvent exister seules, sans délire ; dans d'autres cas, elles se présentent avec un tel degré d'intensité, qu'il y a véritablement suspension des facultés intellectuelles. La stupeur enfin peut être liée à des états morbides autres que la mélancolie, ainsi qu'à la paralysie générale, soit d'une manière continue, soit d'une manière régulièrement intermittente. A l'appui de toutes ces propositions, qui tendent à démontrer l'existence de la stupeur comme élément pathologique distinct, l'auteur cite plusieurs observations.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Marcé aborde la question du diagnostic. Il montre comment la stupeur mélancolique a été parfois confondue avec la *fièvre typhoïde*, surtout avec la forme latente, dans laquelle les symptômes abdominaux sont peu tranchés, et avec cette forme désignée en Allemagne sous le nom de *typhus ambulatorius;* il fait voir que le diagnostic peut offrir certaines difficultés chez les nouvelles accouchées, en raison de la douleur abdominale, de la sécheresse des muqueuses et de la fièvre.

Le diagnostic de la stupeur et de la *paralysie générale* est entouré parfois d'obscurités sur lesquelles l'auteur s'est longuement étendu. La stupeur légère peut simuler la démence, et lorsque le mutisme du malade est complet, comme cela s'observe au début des paralysies générales à forme mélancolique, on est privé de tout renseignement, et sur la nature du délire, et sur l'état de la parole au point de vue de l'articulation des sons ; dans ces cas, il faut tenir compte des antécédents du sujet, de l'affaiblissement de la mémoire, des congestions cérébrales, des mots même incohérents qui échappent au malade, et qui peuvent mettre sur la trace du délire Dans quelques cas, la stupeur se joint à la paralysie générale, et il faut, pour porter son pronostic, savoir isoler ces deux éléments morbides et en tenir compte dans son appréciation. La marche de la maladie a pu seule, dans plusieurs faits décrits avec détail, lever tous les doutes.

La stupeur peut être confondue avec la *démence simple* chez ces malades atteints de stupeur chronique, chez lesquels l'intelligence se désorganise en silence, sans que rien soit changé à leur mutisme et à leur immobilité : ce n'est qu'à la longue qu'ils parlent, s'agitent, et manifestent d'une manière non douteuse l'incohérence de leurs idées.

Le traitement comprend l'emploi de moyens généraux et de moyens spéciaux.

Les moyens généraux s'adressent soit à l'état de pléthore, qui se traduit par une grande tendance aux congestions partielles, soit à l'état d'anémie qu'il est si commun de rencontrer, et qui rend inutiles les révulsifs et les stimulants, tant qu'il n'a pas été modifié : le fer, les toniques, les laxatifs, une bonne nourriture et l'emploi raisonné de l'hydrothérapie forment alors la base de la médication.

Les moyens *spéciaux* sont particulièrement destinés à réveiller la sensibilité ; ils sont aussi nombreux que variés. M. Marcé étudie successivement l'action des révulsifs cutanés, comme le séton et le vésicatoire ; de l'urtication, qui lui a donné un succès incontestable ; de l'électricité employée avec des résultats variables, de certaines pratiques hydrothérapiques qui stimulent vivement l'enveloppe cutanée, mais qui peuvent déterminer de graves *accidents congestifs* quand la réaction se fait d'une manière insuffisante, ainsi que l'auteur en cite un exemple remarquable. Il conclut en insistant sur l'emploi des moyens généraux, sans lesquels les excitants locaux, quelle que soit leur nature, restent bien souvent inefficaces.

D[r] E. Isambert,

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Sur un nouveau signe du détachement du placenta après l'accouchement,** par John Clay, M. R. C. S., chirurgien-accoucheur à l'hôpital de la reine à Birmingham.

Les règles posées d'ordinaire dans les manuels d'obstétrique pour la manière d'agir relativement au placenta, après la naissance de l'enfant, sont : d'attendre les douleurs, ou de suivre avec les doigts le cordon jusqu'à l'orifice utérin, et, dans ce cas, si l'on peut sentir la racine du cordon, on peut se tenir pour assuré que le placenta est détaché et qu'il pourra être facilement extrait par des tractions modérées du cordon, combinées avec la manipulation externe. Mais peut-on considérer ces indices comme sûrs ? Les douleurs peuvent tromper, car elles peuvent provenir d'autres causes ; d'autre part, si surtout l'utérus est flasque, on peut, à l'aide d'une légère traction, arriver à sentir les racines du cordon, bien que le placenta ne soit pas détaché. M. Clay a cherché s'il n'existait pas quelque autre signe propre à indiquer la séparation du placenta, et il en a trouvé un qui est très simple et qu'il croit très sûr, car il a pu étudier sa valeur dans plus de neuf cents cas.

Avant de diviser le cordon ombilical, il applique toujours deux

ligatures qu'il serre suffisamment pour empêcher toute hémorrhagie. Si la partie maternelle du cordon est alors examinée, on la trouve flasque et presque exsangue ; mais si on l'examine de nouveau au bout d'un intervalle, de trois minutes par exemple, on constate qu'elle est devenue plus pesante, et que les vaisseaux sont plus ou moins remplis de sang. On peut reconnaître le premier fait en pesant le cordon avec les doigts, et le second en saisissant légèrement le cordon près du vagin avec le pouce et l'index de la main gauche, et en le comprimant soudainement avec les doigts de la main droite : on sent une fluctuation bien marquée sous les doigts de la main gauche, une espèce de ressaut semblable à la sensation que produirait la compression brusque d'un tube élastique plein de liquide.

Quand le placenta est détaché ou qu'il est suffisamment séparé pour donner lieu à une hémorrhagie modérée, le cordon perd et son poids spécifique et cette propriété hydrostatique qui vient d'être mentionnée. Ces phénomènes se montrent si invariablement que *la perte de cette propriété du cordon après la naissance est le signe du détachement placentaire.*

On voit qu'il y a trois stades : 1° un état de flaccidité ; 2° un état de réplétion ; 3° un état de flaccidité.

Si le cordon se trouve comprimé par une contraction spasmodique de l'orifice utérin, la disparition des propriétés hydrostatiques spéciales sera retardée de quelques moments ; mais on pourra la constater dès que cessera la contraction. Ce signe sera plus ou moins marqué suivant diverses circonstances, et il est surtout facile à percevoir dans les cas où l'utérus se contracte avec quelque énergie sur le placenta. Dans les cas d'adhérence partielle du placenta, la disparition des propriétés hydrostatiques après qu'elles se seront bien développées et l'impossibilité d'extraire le placenta par les manipulations ordinaires, sont pour M. Clay une indication de la nécessité d'une prompte délivrance par le détachement artificiel à l'aide de la main introduite dans l'utérus. Dans les cas de grossesse gémellaire, lorsque le cordon était bien lié, l'auteur a vu que les signes persistaient invariablement jusqu'à la naissance du *second enfant*.

Il arrive quelquefois que le placenta se sépare au moment même de la naissance de l'enfant. Dans ce cas, la première série de phénomènes peut manquer, et il est prudent d'attendre quelque temps avant d'extraire le placenta, bien que l'on puisse en général opérer cette extraction avec sécurité.

Ce signe a une certaine importance, car il peut empêcher d'exécuter prématurément des manœuvres d'extraction, et d'autre part, il permet d'opérer la délivrance dès que le placenta est détaché, et de mettre ainsi l'utérus à même de revenir promptement sur lui-même, ce qui peut prévenir certaines hémorrhagies et abréger la convalescence puerpérale. (*The Dublin Quarterly Journal of Med. Science*, n° 49, novembre 1860.)

**Trachéotomie dans le croup, expérimentée dans quatre cas,** par le docteur FENNER de Memphis, Tennessee.

L'auteur a pratiqué quatre fois la trachéotomie à la période ultime du croup, et, on peut le dire, dans des cas presque désespérés, puisque, dans l'un, il y avait déjà mort apparente, et, dans un autre, complication d'œdème si considérable du cou, qu'il fallut chercher la trachée à une profondeur de 3 pouces. Sur ces quatre cas, l'auteur a obtenu un succès qu'on peut regarder comme complet, bien que l'enfant, déjà guéri du croup, soit mort vingt jours après d'un épanchement cérébral, mais dans un autre cas, on eut, pendant quarante-deux heures, les plus vives espérances de guérison. A coup sûr, obtenir un succès sur quatre cas aussi graves, nous paraît un résultat qui n'a rien que de très encourageant. Nous sommes donc étonné de voir après cela l'auteur relever les vieux arguments des adversaires de la trachéotomie, arguments dont nous pensions qu'il avait été fait bonne justice dans les grandes discussions soulevées en 1858 devant l'Académie de médecine et la Société médicale des hôpitaux. On sait qu'on vit à cette époque la trachéotomie défendue par tous les médecins, moins un, des deux hôpitaux des Enfants de Paris, et contestée par les chirurgiens purs, qui avaient eu peu d'occasion de pratiquer l'opération, à une époque où l'on n'avait pas reconnu toute l'importance des soins consécutifs, et les indications précises du moment d'agir n'avaient pas été nettement formulées. L'auteur américain reproduit cette assertion bizarre que la trachéotomie aurait augmenté la mortalité du croup en France, alors qu'il a été si bien démontré, par le mémoire si précis de M. Barthez et l'éloquente argumentation de M. Trousseau, que c'était la fréquence de la diphthérie qui avait singulièrement augmenté, fait devenu encore plus évident depuis cette époque par les relations des médecins des épidémies. Nous regrettons surtout de lui voir contester les succès obtenus en France, en prétendant que les malades ont été opérés à la *seconde période* du croup, c'est-à-dire au moment où la lymphe plastique commence à apparaître sur les muqueuses, en supposant en un mot que les opérations aient eu lieu trop tôt lorsque la maladie était à peine confirmée. On sait quelles protestations ont été opposées à l'Académie de médecine à cette insinuation qui ne repose que sur une confusion de mots. Ce que les cliniciens des hôpitaux des enfants avaient appelé la seconde période du croup, ce n'était pas la période ainsi désignée dans les traités théoriques de pathologie, où l'on divise les périodes d'une manière plus ou moins arbitraire, c'était le moment où le croup entrait dans la période d'asphyxie confirmée. C'est bien à ce moment, en effet, que les ressources de la thérapeutique ordinaire ont été épuisées, et qu'il convient d'agir sans retard. On peut dire qu'à ce moment se trouve déjà réalisé le précepte du chirurgien américain, « de n'opérer qu'en dernier ressort, et lorsque tout autre remède a échoué, et que la mort semble inévitable. » Il n'est pas besoin d'attendre davantage que les progrès de l'asphyxie aient amené le malade jusqu'à l'anesthésie ou la mort apparente, et détruit à l'avance cette force de réaction indispensable pour le rétablissement de la fonction respiratoire après l'opération.

Qu'au lieu d'accuser les statistiques de l'hôpital des Enfants, qui, depuis dix ans, donnent un résultat presque constant de 1 succès sur 4 à 5 cas, notre confrère de Memphis modifie légèrement sa pratique, qu'il avance un peu l'instant de l'opération, qu'il renonce à ces écouvillonnements de la trachée, qui ont été reconnus plus nuisibles qu'utiles, qu'il veille attentivement à ces *soins consécutifs*, dont M. Trousseau a si bien fait ressortir l'importance, et qui expliquent seuls les insuccès qui ont marqué l'établissement de l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant qu'à l'hôpital de la rue de Sèvres, on obtenait des guérisons pour une constitution médicale identique, alors il comptera sans doute des succès plus nombreux ! Nous sommes heureux d'apprendre par son témoignage, que le docteur West (de Londres) persiste à recommander l'emploi de la trachéotomie, bien qu'il n'ait encore obtenu aucun succès. Des résultats aussi constamment malheureux s'expliquent d'ailleurs par cette déclaration du docteur West, que dans l'immense majorité des cas observés par lui, l'affection du larynx était compliquée de pneumonie ou de bronchite, et que les cas exempts de cette complication n'étaient que de rares exceptions. C'est le traitement médical, ce sont les soins hygiéniques qui devront combattre ces circonstances fâcheuses, dont la responsabilité ne peut nullement retomber sur le traitement chirurgical. (*North American Medico-Chirurgical Review*, septembre 1860.)

**Traitement du delirium tremens par la digitale à haute dose,** par le docteur Edmond P. SCHARKEY, de Bullinasloe.

Ce travail, dans lequel le docteur Scharkey confirme les expériences du docteur Jones, rapportées dans notre numéro du 30 novembre (p. 781), ne contient qu'un cas nouveau de *delirium tremens* traité par cette méthode, mais on y trouve quinze cas d'épilepsie avec manie, ou de manie aiguë, dans laquelle la digitale a paru utile sans jamais entraîner d'accidents. L'auteur rappelle que son père, en 1831, et lui-même en 1840, ont publié les premiers faits relatifs à l'emploi de la digitale à haute dose dans l'épilepsie. Il conclut de ses observations :

1° Que la digitale peut être administrée à doses plus hautes qu'on ne pourrait le croire quand il existe un haut degré d'excita-

tion nerveuse; 2° qu'on peut l'administrer dans ces cas, non-seulement avec impunité, mais avec un véritable avantage; 3° que le bénéfice en est généralement indépendant de l'action spéciale de cette substance sur la circulation, et échappe par conséquent aux objections qu'on pourrait lui adresser à cet égard. Les doses ont été portées à 10 drachmes et à une once de teinture de digitale en vingt-quatre heures, sans que le médicament ait eu d'autres effets sédatifs que de procurer le repos et le sommeil, et pourtant, dans plusieurs de ces cas, à côté de la surexcitation nerveuse, il existait une faiblesse notable de la circulation. La digitale n'a jamais produit une dépression alarmante du pouls. Il semble que la surexcitation nerveuse amène une tolérance de ce médicament énergique. En terminant, M. le docteur Scharkey annonce une prochaine communication relative à l'action comparée de la digitaline. (*Dublin Medical Press*, 28 novembre 1860.)

**Le premier symptôme de la famine,** par le docteur Warren-Crooke.

La population pauvre de l'Irlande se trouvant menacée d'une nouvelle famine par la maladie des pommes de terre, l'auteur rappelle l'attention des praticiens sur l'accident le plus remarquable que l'on ait observé pendant les famines antérieures, c'est-à-dire sur l'obstruction du rectum et sa réplétion par la pulpe de pommes de terre noires et le son du maïs. Pour être toute mécanique, cette obstruction n'en constitue pas moins un accident grave, souvent méconnu et malaisé à combattre. Dans un cas de ce genre, l'auteur n'a pu débarrasser l'intestin qu'en introduisant une branche d'un forceps étroit. Cette oblitération paraît se produire presque exclusivement chez les hommes; l'auteur n'en a connu qu'un cas chez la femme. Souvent la mort en est la conséquence, soit par la gangrène du rectum, soit par l'épuisement général auquel concourt d'ailleurs l'inanition en temps de famine. Le sphincter est ordinairement paralysé pour un temps plus ou moins long, selon que l'obstruction a duré plus ou moins longtemps. L'anus et les parties adjacentes sont parfois le siége d'une inflammation violente, et deviennent si douloureux, que le contact même du doigt est intolérable. Dans ces cas, il faudrait recourir au chloroforme pour délivrer les malades. La nature de la masse obturatrice a toujours été la même, c'est-à-dire une masse dure et cohérente de pulpe de pommes de terre noires et de son de maïs. Ces deux substances s'étant trouvées constamment réunies, il paraît que c'est leur mélange qui donne lieu à l'obstruction. La cassure présente l'apparence de ce que les maçons appellent « hair'd mortar » (du mortier chevelu?), mais la couleur en est plus foncée. La rétention d'urine est souvent produite par la compression du col de la vessie; c'est quelquefois alors le seul phénomène sur lequel est attirée l'attention du médecin, mais cette complication n'est pas constante. L'obstruction même de l'intestin n'est pas toujours complète; il laisse souvent échapper des matières liquides et infectes, que l'on prend à tort pour des produits de dysenterie. (*Dublin Medical Press*, 28 novembre 1860.)

**Cas de tumeur pilifère de la sclérotique et de la cornée** par M. le docteur H. Edwards.

Les faits analogues à celui de M. Edwards, désignés par M. de Græfe par le nom de *trichosis bulbi*, sont fort rares. MM. de Græfe, Wharton Jones, Wardrop et Mackenzie en ont cité quelques exemples Dans le cas de M. Edwards, il s'agit d'une jeune femme qui présentait plusieurs vices de conformation (imperforation des conduits auditifs externes, développement incomplet des pavillons de l'oreille et de la mâchoire inférieure). Les deux yeux étaient le siége, à leur angle externe, de dépôts graisseux sous-conjonctivaux, disposés sous forme de lobules, assez volumineux pour gêner, jusqu'à un certain point, l'occlusion des paupières. Ces petites tumeurs envahissaient la circonférence de la cornée, où elles prenaient, à la place de la couleur jaunâtre de la graisse, un aspect blanc mat; cette partie portait, implantée dans divers sens, un certain nombre de poils. Les yeux étaient le siége d'un larmoiement abondant, mais ils ne présentaient pas d'autres signes d'irritation.

M. Edwards enleva les tumeurs des deux yeux à quinze jours d'intervalle; l'opération fut facile, quoique la production anormale fît corps avec la cornée et la sclérotique par sa face profonde. L'examen anatomique des parties enlevées fit voir qu'au niveau du point où la tumeur avait un aspect blanchâtre elle avait la structure et tous les caractères extérieurs de la peau; des poils assez nombreux y étaient implantés, les uns analogues aux poils follets, les autres tout à fait semblables à des cils. (*Edinburgh Veterinary Review*, octobre 1860.)

**Mémoire sur l'influence du plomb sur le développement de la colique des pays chauds** (lu à l'Académie des sciences), par M. A. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine au port de Brest.

Nous avons déjà donné précédemment (*Compte rendu* de la séance de l'Académie des sciences du 26 novembre 1860), un court extrait de ce mémoire. Nous reviendrons ici sur quelques-uns des faits à l'aide desquels M. Lefèvre confirme son opinion, bien connue des lecteurs de ce journal, sur le rôle du plomb dans la production de la colique sèche.

On doutait que les appareils distillatoires pussent abandonner à l'eau qu'ils produisent des quantités de plomb suffisantes pour la rendre toxique. Ce doute doit cesser devant les faits recueillis dans les ports par les officiers de santé préposés à l'examen des cuisines distillatoires et de leurs produits, ou à bord des navires en cours de campagne. La présence de fortes proportions de plomb a été démontrée d'abord dans les étamages, puis dans les eaux distillées qui avaient subi leur contact, puis, enfin, dans les manches en toile, dans les contours des joints que ces eaux avaient traversés. Des composés emplastiques se forment parfois par la combinaison des matières grasses qui transsudent à travers les joints des chaudières à soupe et le plomb d'étamage. Un examen des vases en étain destinés au service des malades, *a été fait presque* simultanément dans plusieurs de nos ports. Partout on a reconnu que l'alliage de fabrication contenait des proportions de plomb supérieures à celle des 18 pour 100, tolérées par les anciens règlements, et reconnues trop élevées depuis.

Les eaux qui produisent des empoisonnements saturnins à terre, dans les colonies, sont encore assez nombreuses. On y fait fréquemment usage des eaux pluviales, recueillies généralement avec peu de soin et dans une ignorance presque complète des causes qui peuvent en altérer la pureté. Un chirurgien de marine a fait connaître qu'à Cayenne, l'eau des pluies, recueillie sur les toitures de la caserne, est amenée dans une immense citerne de savane par des dalles en pierre à soudure plombifère, et par des tuyaux de plomb.

On a attribué à l'usage des poteries communes vernissées au plomb le développement de la colique de Madrid et de la colique du Poitou. M. Lefèvre s'est enquis, pour cette cause, de la part d'action que les poteries dont on se sert aux Antilles pouvaient avoir dans la production de la colique des pays chauds. D'après les renseignements qui lui sont parvenus des Antilles, il a acquis la certitude que les poteries dites *canaris*, quoique d'une terre plus dure et mieux préparée que celles de Bretagne, sont couvertes d'un enduit plombifère qui s'altère aussi rapidement en le traitant à chaud par l'acide azotique, et donne aussi une grande quantité de plomb dissous. Des fruits ou des légumes acides cuits dans des *canaris* se sont chargés de quantités appréciables de plomb.

Les jarres dites de Provence, dont le vernis est également plombifère, peuvent altérer les liquides qu'on y conserve, lorsque ces liquides sont acides, et lorsqu'on y fait la préparation connue à Cayenne sous le nom d'*aciduluge pour la troupe*.

La plupart des industries relatives à la préparation des substances alimentaires et des boissons, ou à leur conservation, ne sont, dans nos possessions équatoriales, l'objet d'aucune surveillance hygiénique. Aux Antilles, les appareils à eaux gazeuses contiennent souvent des tubes de plomb, et, par suite, les eaux qu'ils

fournissent sont souvent chargées de plomb. Du vin acheté à la Guayra par le capitaine d'un aviso français contenait du plomb. La santé de cet officier s'était rapidement altérée depuis qu'il faisait usage de ce vin, et il portait le liséré bleu aux gencives. La présence de quantités sensibles de cuivre dans les tafias fabriqués à la Martinique témoigne du peu de surveillance exercée sur les vases distillatoires, et de la facilité avec laquelle ils pourraient également se charger de plomb. Presque tous les échantillons de vinaigre examinés aux Antilles contenaient du plomb, qu'ils avaient enlevé aux appareils de fabrication. Si à ces causes évidentes d'intoxication par le plomb, on ajoute celles si nombreuses consignées dans toutes les monographies qui ont été publiées sur l'action de ce métal, on comprendra combien il faut apporter de réserve avant d'affirmer qu'il est étranger à la production de ces coliques sèches si complétement identiques avec la colique saturnine. (*Gazette médicale de Paris*, 1861, n° 3.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'UTILITÉ DE LA MÉDICATION HYDROMINÉRALE EN TOUTES SAISONS, par M. le docteur PIGLOWSKI, médecin-inspecteur des eaux de Vernet (Pyrénées-Orientales). — Rapport de M. le docteur DUPARCQUE, imprimé par décision de la Société de médecine de Paris (séance du 16 novembre).

Le mémoire de M. le docteur Piglowski consacre par de nouvelles remarques et considérations, l'utilité de la médication hydrominérale en toutes saisons.

Cette utilité avait déjà été proclamée, ainsi que le rappelle l'auteur, et admise en pratique, mais dans des conditions qui en limitaient singulièrement l'application, et en amoindrissaient considérablement les avantages.

D'abord, on n'a eu pendant longtemps que la ressource des eaux *artificielles, imitations chimiques plus ou moins exactes*, mais incomplètes et insuffisantes, pour suppléer aux eaux que les malades ne pouvaient aller prendre aux sources, et afin aussi d'en prolonger l'usage en dehors des saisons thermales.

Mais, par suite d'exploitations mieux ordonnées, de découvertes de nouvelles et nombreuses sources, de la facilité des transports, les eaux naturelles ont complétement ou à peu près détrôné celles artificielles. Sans aucun doute, cette précieuse ressource rend d'éminents services à la médecine, mais ils ne sauraient être comparés à ceux que cette médication produit aux sources mêmes. D'une part, modification et altérations par le transport, et la plus ou moins longue station dans les dépôts; ensuite et surtout, leur usage sans ces conditions de climatologie, de météorologie, de changement de lieu, de manière de vivre, en un mot, de toutes les influences hygiéniques si favorables qu'on trouve aux sources et qui entrent pour beaucoup, nous dirons même pour la plus grande part, dans les résultats qu'on obtient de la médication hydrominérale.

Malheureusement, cette médication n'est praticable, pour la plupart de nos sources, que pendant une très courte période de l'année, appelée saison des bains. Sa durée moyenne ne dépasse pas, on le sait, trois mois et demi; mettons quatre mois. Qu'arrive-t-il particulièrement, et surtout pour les maladies de nature constitutionnelle à caractère chronique? Ainsi que nous l'avons déjà dit (1) : « Après une saison de bains, les accidents sont enrayés, la santé semble complétement rétablie, comme renouvelée, mais les prédispositions morbides préalables persistent; elles n'attendent, pour ainsi dire, que le retour des malades dans leur foyer, au milieu des circonstances et conditions hygiéniques sous l'influence desquelles leur maladie s'était développée, pour qu'elle récidive le plus souvent avec plus d'intensité, et marche plus rapidement vers le terme fatal, nonobstant la continuité de l'usage des mêmes eaux à domicile, et dès lors impuissantes. »

(1) Rapport et discussion sur le climat de l'Algérie (*Gazette hebdomadaire*, 1858).

Comment parer à ces graves et déplorables inconvénients de la trop étroite limitation de la saison des bains?

Dans mon rapport, accueilli par la Société de médecine, sur le climat de l'Algérie, nous faisions ressortir les avantages que cette contrée offrait notamment pour suppléer à l'insuffisance de nos courtes saisons de bains. Nous observions que c'est justement pendant les huit et neuf mois de chômage plus ou moins forcé de nos sources, comme de toutes celles des contrées septentrionales de l'Europe, que celles de l'Algérie, si riches en nombre et en minéralisation, étaient praticables, et dans la possession entière de tous leurs avantages climatologiques et météorologiques, ce qui permettrait de pouvoir continuer, prolonger presque sans interruption la médication hydrominérale... Mais cette précieuse ressource ne peut être considérée jusqu'à présent que comme une mine féconde à mettre en exploitation ; elle aura toujours contre elle, moins encore l'éloignement de la mère patrie que les difficultés maritimes de la séparation.

Mais ce que nous pensions alors ne pouvoir trouver qu'en des contrées étrangères, l'Italie, en pays lointains, l'Algérie, M. le docteur Piglowski vient prouver que nous le possédons à nos portes. Et nous avons pu nous convaincre dans notre récente excursion dans les Pyrénées-Orientales, que là aussi les sources thermales pouvaient, jusqu'à un certain point, lutter d'avantages avec celles des climats réputés les plus et mieux favorisés. Déjà, ainsi que le rappelle M. Piglowski, d'autres établissements balnéaires, bien moins favorablement privilégiés sous le rapport météorologique et climatologique, avaient, avec grand succès, maintenu l'usage des eaux pendant l'hiver, par exemple à Aix-la-Chapelle (Prusse), et, à ce sujet, l'auteur demande si l'on ne pourrait, au moyen de mesures convenables, généraliser cette heureuse innovation. « Un malade, dit-il, a besoin des eaux de Vichy, faut-il le condamner à attendre la saison pour en faire usage à l'établissement ; un autre est dans le même cas relativement aux eaux de Balaruc, faut-il qu'il attende tout perclus, les mois de mai à septembre pour commencer son traitement? Nous ne le pensons pas. »

Les établissements thermaux des Pyrénées-Orientales ont plus particulièrement sur tous les autres les avantages climatologiques et météorologiques qui permettent d'y continuer l'usage des eaux, lorsqu'il est devenu plus ou moins impraticable ailleurs. Aussi sont-ils fréquentés, mais pas autant qu'ils devraient l'être, pendant la saison rigoureuse : nous citerons les bains d'Arles, d'Amélie, de Moulitz, du Vernet. Là, l'hiver se fait à peine sentir. Dans ce dernier établissement, que dirige avec autant de zèle que de savoir l'inspecteur, M. le docteur Piglowski, qui y reste à demeure, la température descend rarement à 2 degrés au-dessous de zéro, pendant la nuit : aussi les lauriers, par exemple, y sont-ils de la plus belle venue en plein champ, sans qu'il y soit besoin de les protéger contre le froid.

Nous laissons à l'auteur de la brochure, l'exposé du tableau séduisant mais vrai, des charmes du séjour au Vernet-les-Bains, du pittoresque varié des sites pyrénéens qui l'environnent, du commode, agréable et confortable emménagement de l'établissement, nous pourrions y ajouter l'extrême modération des prix qui le mettent à la portée de la modeste aisance, comme des fortunes privilégiées; toutes choses que nous avons constatées par un séjour de plusieurs semaines, comme l'avait fait avant nous M. le docteur Patissier dans sa tournée d'inspection.

M. Piglowski fait, avec raison, ressortir le nombre, l'abondance des sources de Vernet, la nature minérale, la thermométrie de leurs eaux qui peuvent prétendre au premier rang parmi les eaux minérales les plus et mieux favorisées sous ces rapports.

A l'appui de toutes ces considérations dont nous n'avons pu donner qu'une faible esquisse, M. Piglowski cite quelques faits prouvant l'action thérapeutique des eaux thermales du Vernet et témoignant particulièrement des succès obtenus de leur fréquentation pendant l'hiver. Il se propose de publier prochainement les résultats des expérimentations et des observations nombreuses qu'il a recueillies depuis qu'il inspecte et dirige l'établissement.

Nous ne saurions trop recommander aux praticiens la prise en considération de la thèse discutée par notre honorable confrère,

sur l'utilité de la médication hydrominérale en toute saison et sur la possibilité d'en généraliser l'application aux principales sources minérales, par des aménagements et dispositions convenables et faciles, que les malades trouveront, en attendant, déjà établis au Vernet dans les conditions les mieux entendues, et qui ajoutent à ses autres avantages climatériques et météorologiques.

---

## VII

## VARIÉTÉS.

— Par divers arrêtés, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Jobert (de Lamballe), Longet, Gosselin et Jarjavay, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; M. Valenciennes, professeur à l'École supérieure de pharmacie ; M. Leroy, professeur à l'École de médecine de Caen ; M. Husson, directeur de l'Assistance publique.

Officiers d'Académie : M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; MM. les professeurs aux Écoles de médecine dont les noms suivent : Thomas (Reims), Michaud (Grenoble), Granier (Lyon), Guérineau (Poitiers), Ecorchard (Nantes), Noguès (Toulouse), M. Bourbon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, M. Hébert, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques; M. Laurens, secrétaire agent comptable à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le conseil d'État vient de statuer sur une question qui ne manque pas d'intérêt :

M. le comte de Larnage, maire de la ville de Tain (Drôme), a fondé en 1857 un établissement où l'on soigne spécialement l'épilepsie.

Cette fondation est dirigée par des sœurs de la Charité ou sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. La supérieure de l'asile de Saint-Vincent-de-Paul a été imposée au rôle des patentes comme dirigeant une maison de santé particulière; elle a réclamé d'abord devant le conseil de préfecture de la Drôme, mais sa réclamation a été rejetée. Alors elle a réclamé de nouveau, et a invoqué, à l'appui de sa demande en dégrèvement, la destination de l'établissement, qui renferme aujourd'hui 120 malades, dont 14 sont reçus gratuitement et 36 à prix réduit du tarif.

M. le ministre des finances reconnaît que l'asile de Saint-Vincent-de-Paul ne conserve pas pour lui les économies faites par l'établissement, qu'il les emploie à des œuvres charitables, et principalement à l'admission des épileptiques indigents; mais, d'après la loi, il ne saurait être exempt de la patente pour ce fait, pas plus que ne le serait un contribuable qui viendrait alléguer qu'il emploie en œuvres charitables les bénéfices provenant de son industrie.

Conformément à ces conclusions, est intervenu un décret qui rejette la requête de la supérieure. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Poiseuille, membre de l'Académie de médecine, a été nommé inspecteur de l'instruction primaire du département de la Seine (place créée.)

— Par arrêté en date du 29 janvier, M. le docteur Tarnier a été nommé chef de clinique de M. le professeur Paul Dubois.

— M. Guignard, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé provisoirement du cours de clinique interne à ladite École (Emploi vacant.)

M. Chenevier, professeur-adjoint à l'École préparatoire de médecine de Besançon, est nommé professeur de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Corbet, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le bureau de la Société des sciences médicales se trouve composé comme il suit pour l'année 1861 : M. Simonnot, président ; M. Lagneau, vice-président ; M. Morpain, secrétaire général ; M. Mallez, secrétaire annuel ; M. Fournié (de l'Aude), vice-secrétaire ; M. Boutin de Beauregard, trésorier-archiviste.

— M. le docteur Henri Touchon, accoucheur distingué, vient de mourir à Neufchâtel (Suisse.)

— M. le docteur Maunoir vient de mourir à Genève, à l'âge de quatre-vingt-treize ans. Il avait pris part, avec Delpech, au concours établi à la Faculté de Montpellier pour une chaire de clinique médicale.

— M. le docteur Laures, directeur du dépôt central des pharmacies militaires à Alger, vient de succomber.

*Pour toutes les variétés :* A. DECHAMBRE.

---

## VIII

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

ANNALES DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — Nos 3 à 5. (Manquent.) — 6. Revues.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Juillet. De la pellagre sporadique, par *Landouzy*. — Transmission de la syphilis par vaccination (2e article). — De l'osmose pulmonaire, par *Mandl*. — Recherches expérimentales sur la mort par submersion, par *Beau*. — Août. De la nutrition chez l'homme et les animaux, par *Bischoff*. — Des fractures du calcanéum, par *Legouest*. — De l'osmose pulmonaire, par *Mandl*. — Paralysies (suite). — Septembre. Des pertes séminales et de leur influence sur la production de la folie, par *Lisle*. — Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, par *Duchenne*. — Transmission de la syphilis par la vaccination (fin). — Pellagre sporadique (suite).

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — N° 4. De l'augmentation subite des globules blancs du sang dans la période ultime des cachexies, par *Gubler*. — Notes sur l'inoculabilité de la diphthérie, par *Bergeron* et *Roger*; discussion. — Paralysie diphthérique, par *Maingault*; rapport.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 juin. Des vomitifs, du tartre stibié en particulier, par *Forget*. — De la guérison des loupes et de quelques autres kystes sans opérations sanglantes, par *Courty*. — Emploi de la santonine dans les maladies internes de l'œil, par *Guépin*. — Action comparée du tartre stibié à haute dose et du perchlorure de fer dans le croup et l'angine couenneuse, par *Ronzier-Joly*. — 30 juin. Note sur la leucorrhée utérine des vieilles femmes et sur son traitement, par *Duncan*. — Nouveau procédé de réduction de la luxation du pouce à l'aide des appareils polydactyle et à compression, par *Roux*. — Note sur l'ectropion sarcomateux, par *Sichel*. — Tartre stibié et perchlorure de fer (fin). — 15 juillet. Du traitement de la phthisie pulmonaire à marche fébrile par le tartre stibié à doses rasoriennes longtemps continuées, par *Fonssagrives*.— Du pied creux valgus accidentel et de son traitement par l'électrisation localisée, par *Debout*. — Extraction d'une épingle à cheveux introduite dans le canal de l'urèthre, par *Launay*. — 30 juillet. Traitement de la phthisie pulmonaire à marche fébrile par le tartre stibié, par *Fonssagrives*. — Traitement du goître par les applications topiques de deuto-iodure de mercure, par *Frodsham*. — Procédé facile de remédier à une espèce fréquente d'entropion, par *Sichel*. — Nouveau procédé pour la préparation de la poudre de Vienne, par *Dannecy*. — Traitement de la pleurésie, par *Dauvergne*. — Note sur un accident peu commun dans la fièvre typhoïde, par *Souceroth*. — 15 août. De l'aménorrhée et de la dysménorrhée, et de la diversité des indications thérapeutiques qu'elles réclament, par *Joret*. — De l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies, par *Foucher*. — Différentes espèces de fer métallique employées en médecine, par *Deschamps*. — Traitement de la pleurésie, par *Dauvergne*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.— Nos 24 et 25. Étude physiologique des phénomènes observés chez une femme atteinte de paralysie hystérique, par *Liégeois*. — *Amputations secondaires* (suite). — 26. Étude sur l'ictère déterminé par l'abus des boissons alcooliques, par *Leudet*. — Amputations secondaires (suite). — 27. Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux, par *Philipeaux* et *Vulpian*. — Ictère alcoolique (suite). — 28. Ictère alcoolique (fin). — Note sur l'absence congéniale du testicule, par *Godart*. — 29. Régénération des nerfs (suite). — Note sur les tumeurs du corps thyroïde, par *Demarquay*. — 30. (Manque.) — 31. Régénération des nerfs (suite). — Amputations secondaires (suite). — 32. Régénération des nerfs (suite). — Note sur l'absence congéniale du canal excréteur et du réservoir du sperme, le testicule existant, par *Godard*. — 33. Sur la fièvre et l'inflammation, par *Addison*. — Du gaz acide carbonique comme analgésique et cicatrisant des plaies, par *Salva*.

JOURNAL DE LA PHYSIOLOGIE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. — Tome III. — N° 10. Recherches sur l'état de la circulation, d'après les caractères du pouls fournis par le *sphygmographe*, par *Marey*. — Théorie des effets physiologiques de l'électricité, par *Chauveau*. — Genèse des follicules dentaires (suite). — Action comparée de l'extrait de noix vomique et du curare (suite). — Du non-cosmopolitisme des races humaines, par *Boudin*. — Hybridité dans le genre humain (fin). — Remarques sur l'action du courant galvanique continu, par *Remak*. — Recherches sur l'influence de certains agents sur la rapidité de l'absorption cutanée, par *Waller*. — 11. Cataracte artificielle, par *Richardson*. — Effets physiologiques de l'électricité (fin). — Fonctions du pancréas, par *Corvisart*. — Des différences individuelles de la réfraction de l'œil, par *Dor*. — Recherches expérimentales sur la respiration dans ses rapports avec l'alimentation et diverses autres circonstances, par *Smith*. — Noix vomique et curare (suite). — Observations sur diverses questions d'anatomie et de physiologie, par *Rouget*. — Principes fondamentaux de l'histoire du système nerveux nutritif, par *Samuel*.

### Livres.

DE L'ÉTAT PRÉSENT DES DOCTRINES MÉDICALES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PHILOSOPHIE ET LES SCIENCES, par le docteur *Eugène Dally*. Brochure grand in-8. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 25

L'ANNÉE PHARMACEUTIQUE, OU REVUE DES TRAVAUX LES PLUS IMPORTANTS EN PHARMACIE, CHIMIE, HISTOIRE NATURELLE, MÉDICALE, QUI ONT PARU EN 1860, CONTENANT, EN OUTRE, DIVERSES QUESTIONS D'INTÉRÊTS PROFESSIONNELS, JURISPRUDENCE, BIBLIOGRAPHIE, NOUVELLES, etc., par *L.-V. Parisel*. 1re année. In-8 de 368 pages. Paris, Victor Masson et fils. 4 fr.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

---

PARIS.— IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII. — PARIS, 15 FÉVRIER 1861. — N° 7.**

## TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêtés ministériels. — Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Suite de la discussion sur la congestion cérébrale et l'épilepsie. — II. **Travaux originaux.** Des végétations des parties génitales pendant la grossesse. — III. **Histoire et critique.** Notes pour servir à l'histoire de la diphthérie en Portugal. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** Calculs biliaires rendus par le vomissement. — Nouveau cas de purpura hæmorrhagica guéri promptement par le perchlorure de fer. — La maladie vénérienne des solipèdes. — Sur les moyens à opposer aux premiers accidents occasionnés par le *Trichina spiralis*. — Nouveau traitement de la gale. — Histoire de deux corps étrangers introduits dans le rectum. — Du traitement de la galactorrhée par les douches utérines. — VI. **Bibliographie.** Le non-restraint, ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie, suivi de considérations sur les causes de la progression dans le nombre des aliénés admis dans les asiles. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles** Journaux. — Livres. — IX. **Feuilleton.** Date historique de la syphilis.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 5 février 1861, le paragraphe 4 de l'article 2 de l'arrêté du 15 juillet 1858 est rapporté.

La clôture du registre d'inscription des Facultés, pour le premier trimestre de l'année classique, est de nouveau fixée au 15 novembre, époque de l'ouverture du cours.

Les jeunes gens qui n'auraient obtenu le diplôme de bachelier que dans la session de novembre seront exceptionnellement admis à prendre leur première inscription jusqu'au 20 novembre inclusivement.

— Par arrêté, en date du 5 février 1861, M. Sappey, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, agrégé hors cadre près la même Faculté, est rappelé à l'activité comme agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. Rouget, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté, en date du 8 février 1861, M. Delacalle, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du cours de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— Par arrêté, en date du 8 février 1861, M. Lemaistre, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur suppléant près ladite École, en remplacement de M. Boulland, nommé professeur adjoint.

M. Thouvenet, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Montanceix, démissionnaire.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 1er au 18 janvier 1861.*

1. PÉPIN, Eugène-Charles, né à Cloyes (Eure-et-Loir). [*Du traitement du prolapsus utérin et de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus par l'opération de l'épisioraphie.*]

2. ROCHÉ, E.-H.-Louis, né à Aillant-sur-Tholon (Yonne). [*Des accidents nerveux traumatiques.*]

3. DELPECH, Édouard M., né à Tarascon (Bouches-du-Rhône). [*Essai sur l'hygiène de la première enfance.*]

4. SALVY, Antoine-Clément, né à la Martinique. [*Du diabète sucré.*]

5. ARIBAUD, J.-J.-Philippe, né à Paris. [*Recherches sur les abcès péri-uréthraux.*]

## FEUILLETON.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

### Date historique de la syphilis.

Monsieur le Rédacteur,

Au n° 3 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, dans un article de critique sur les travaux allemands relatifs à l'histoire de la syphilis, vous vous rattachez à l'opinion des docteurs Lindwurm et Hœser, qui soutiennent l'antiquité de la vérole. « Une chose vous avait » souvent frappé, c'est l'insistance des poëtes romains qui ont le » plus énergiquement peint la débauche de leur temps, à faire de » la bouche le réceptacle des impuretés contagieuses. » Permettez-moi, monsieur, d'avoir recours à l'obligeante hospitalité de votre propre journal pour exposer quelques idées contraires à l'interprétation que vous pensez devoir donner aux divers passages de la littérature ancienne.

J'ai *commis*, il y a quelque temps, une thèse pour prouver la pluralité des affections vénériennes et l'origine moderne de la syphilis; en cela j'ai suivi les inspirations du beau travail de M. Bassereau sur les syphilides, auquel j'ai essayé d'apporter un léger complément de preuves tirées de l'étude de la prostitution des mœurs et de la littérature dans l'antiquité. J'ai réuni tous les passages que j'ai cru trouver dans les divers auteurs semblant se rattacher à une affection contagieuse quelconque, développée sous l'influence du culte de Vénus. L'épigramme 6 du livre XI de Martial « *arrigere linguam*..... » ne m'a point échappé; je l'ai citée tout au long, et c'est en effet la seule offrant quelques particularités de maladies réellement vénériennes; je crois pourtant qu'il serait un peu aventureux d'affirmer que l'on a sûrement sous la main une observation de chancre; à plus forte raison serait-il plus aventureux encore d'y reconnaître un chancre syphilitique; rien ne l'indique, d'autant plus que l'étude de Martial démontre tout le contraire. Comment supposer qu'un poëte qui exerce sa verve satirique sans honte et sans frein, sur tous les

6. **Loiseau**, J.-B.-Gustave, né à Bourges (Cher). [*Quelques mots sur l'épilepsie.*]

7. **Boutin**, Louis, né à Lohéac (Ille-et-Vilaine). [*De la maladie kystique du testicule.*]

8. **Goupil**, Edmond-Alfred, né à Mayenne (Mayenne). [*Étude comparative des effets des agents anesthésiques secondaires.*]

9. **Duval**, F.-Joseph, né à Grasse (Alpes-Maritimes). [*Du mamelon et de son auréole* (*Anatomie et pathologie*).]

10. **Legrand**, Antoine, né à Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire). [*De la dysenterie à Lyon, pendant les années 1859-60. Recherches sur les indications et la valeur des purgatifs dans le traitement de cette affection.*]

11. **Delbosc**, Antoine-Hippolyte, né à Mas-Gressier (Tarn-et-Garonne). [*De la sciatique* (*sciatinévralgie*, Piorry).]

12. **Ohannès**, Marcar-Kiatit, né à Andrinople (Turquie). [*De la rupture prématurée des membranes.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

**Bourbon.**

---

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 14 février 1861.

*Académie de médecine :* SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CONGESTION CÉRÉBRALE ET L'ÉPILEPSIE.

M. Trousseau, dans son habile et vive réplique de mardi, a un peu dérouté les faiseurs de pronostic. Il a bien, comme nous l'avions présumé nous-même, pris le soin de circonscrire de nouveau le terrain où il avait tout d'abord placé la question, et de montrer comment ce terrain avait reçu, dans le cours du débat, des annexions avec lesquelles sa thèse pouvait ne pas cadrer sans en être moins soutenable. Il avait parlé congestion et on lui avait répondu hémorrhagie cérébrale; il avait demandé aux aliénistes si, à leurs yeux, les attaques *apoplectiformes* n'étaient pas, dans l'immense majorité des cas, de véritables accès d'épilepsie, et on lui avait opposé le coup de sang des aliénés paralytiques. Il y avait là de quoi légitimer, de la part de l'orateur, une fin de non-recevoir, et l'on a pu croire un instant, au ton dont il s'en est expliqué, qu'il allait en user librement. Mais point; après ce temps d'arrêt, M. Trousseau a pris résolûment sa course du côté où on le défiait, et pour quoi faire? Non pas pour se couvrir des conditions spéciales que la paralysie des aliénés peut créer à l'étiologie de la congestion encéphalique, mais bien pour substituer le drapeau de l'épilepsie à celui de la congestion jusque dans le domaine de la paralysie elle-même.

Les aliénés paralytiques qui tombent si souvent en *apoplexie* (M. Trousseau a repris le mot, acceptant, a-t-il dit, un conseil de la presse) sont donc des épileptiques? Oui, au mot près; car ils sont éclamptiques à la manière des femmes grosses ou des enfants travaillés par la dentition, et l'éclampsie n'est pas autre chose qu'une épilepsie symptomatique. Aussi, au début de ces attaques qui les jettent subitement à terre, ne manque-t-on presque jamais d'observer quelques phénomènes convulsifs. Telle est la doctrine de M. Trousseau. Voyons si elle le défend bien contre les contradictions qu'avait rencontrées sa première communication.

On pourrait demander d'abord s'il y a, entre l'éclampsie et l'épilepsie, identité de « modalité moléculaire. » Laissant pour le moment cette question assez délicate, nous nous bornerons à faire observer que l'éclampsie, celle des enfants au moins, n'est pas toujours accompagnée de perte de connaissance, tandis que ce symptôme constitue quelquefois à lui seul certaines atteintes d'épilepsie, c'est-à-dire l'*absence* et le vertige. Or, cette remarque n'est pas sans importance dans l'espèce, puisque ce dont il s'agit, c'est de distinguer deux affections, la congestion encéphalique apoplectiforme et l'épilepsie, à travers la ressemblance fallacieuse que leur donne précisément la suspension momentanée de la conscience. Quoi qu'il en soit, cette ressource un peu imprévue de l'éclampsie profitera-t-elle beaucoup à M. Trousseau? On peut en douter. Quand on lui accorderait que les attaques dites *congestives* des aliénés paralytiques *débutent toujours* par quelques phénomènes de convulsion, combien ne resterait-il pas à faire pour les enlever à la congestion et les attribuer à l'éclampsie pure? S'il ne faut que cela pour établir le diagnostic, autant vaut dire tout de suite qu'un individu qui tombe subitement avec quelque mouvement involontaire de la face ou des membres est nécessairement éclamptique ou épileptique. Et que fera-t-on de la syncope provoquée par un bruit subit, par la vue du sang ou d'un pansement, par l'hémorrhagie? Que fera-t-on de l'*attaque de nerfs* produite par une émotion morale? A quoi serviront les données anatomiques et physiologiques apprenant qu'il est certains points de l'encéphale d'où peuvent partir les manifestations convulsives sous l'action des causes les plus diverses d'excitation?

---

défauts moraux et physiques qu'il va chercher dans les bouges de Summenium et dans les bains publics; pour qui, pas la plus petite hernie ou hydrocèle, pas un mentagreux ne passent inaperçus, comment supposer que cet homme n'eût jamais fait allusion à une maladie générale vénérienne, qui ne pouvait passer inconnue avec les mœurs romaines où régnait la plus grande promiscuité, et où, à certaines heures du jour, Rome était sans voile? Vous appuyez votre opinion, dites-vous, sur deux autres épigrammes à Calliodore et à Pontia. Je ne crois pas inutile de la citer tout au long, pour mettre à même le lecteur d'apprécier lui-même :

Épigramme 75, livre VI, à Pontia :

« Quand tu m'envoies une grive, ou une part de gâteau, ou une cuisse de lièvre, ou quelque chose de semblable, tu dis, Pontia, que tu t'es ôté pour moi les morceaux de la bouche. Je n'enverrai ces morceaux à personne, Pontia, ni ne les mangerai. »

Épigramme 44, livre VI, à Calliodore :

« Tu crois plaisanter agréablement, Calliodore, et avoir le privilége des traits piquants; tu ris au nez de tout le monde, à tout le monde tu lances des brocards, et tu te crois aimable convive. Je te dirai donc, sinon avec sel, du moins avec vérité : nul ne t'invitera, Calliodore, à boire dans sa coupe. »

Là, monsieur, où vous croyez voir une allusion à la syphilis, je n'y vois qu'une épigramme lancée contre un mode érotique dont il est souvent question dans Martial, et ce n'est qu'en étudiant l'œuvre entière d'un auteur qu'on arrive à connaître son mode d'esprit, à s'identifier dans sa propre pensée, et à pouvoir alors interpréter des passages isolés par l'allure de son œuvre complète. Voici une autre épigramme qui résume toutes celles où Martial a pu faire allusion à des rapports buccaux :

Épigramme 59, livre XII, sur les baisers importuns :

« Rome vous baise, après quinze ans d'absence, plus de fois que Lesbie ne baisait Catulle. Tous les voisins vous baisent : votre fermier velu vous applique un baiser qui sent le bouc; viennent après le tisserand, le foulon, le cordonnier, dont les lèvres puent le cuir; puis un autre au menton peuplé de vermine, un louche, un chassieux, puis un suceur et un cunnilingré. »

Avec des convulsions comme sans convulsions, la question pathogénique reste entière, et c'est ce que M. Calmeil pourrait dire à M. Trousseau en le remerciant d'avoir porté sa statistique à la tribune ; car, chose assez curieuse, tandis que M. Trousseau fait parler en faveur de l'éclampsie les observations de M. Calmeil touchant la fréquence des convulsions dans les attaques apoplectiformes des aliénés paralytiques, celui-ci considère ces attaques comme des effets de congestion, en ayant soin d'ajouter que les attaques sont tantôt *apoplectiformes* et tantôt *épileptiformes*. Mais dans les deux cas, encore un coup, « l'explosion de ces phénomènes doit être attribuée à des *recrudescences congestives et inflammatoires subites*. (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 114.)

De quelle manière s'y prend M. Trousseau pour démontrer qu'il en est autrement? Il décrit, avec une vigueur remarquable, une attaque d'éclampsie chez une femme en parturition ; il en rapproche l'éclampsie qui survient parfois chez les enfants dans le cours de la méningite, celle qui résulte d'une trop grande perte de sang, celle que produit une tumeur dans le crâne, etc., et il en déduit par analogie que l'éclampsie est une complication toute naturelle des lésions propres à la paralysie générale des aliénés. Mais, dans ces termes, combien la discussion menace de s'embarrasser ! Admettez-vous que, dans quelques-uns au moins de ces exemples si divers, l'attaque convulsive a pour point de départ une congestion ? Vous ne le pouvez guère, car vous reconnaîtriez implicitement que l'épilepsie et l'éclampsie peuvent être le produit d'une congestion encéphalique, et la question que vous avez posée est de savoir, non si la congestion peut déterminer l'épilepsie, mais si congestion et épilepsie *ne sont pas deux affections essentiellement différentes*, et dont la confusion amène les plus graves mécomptes en thérapeutique. Vous soutenez donc d'abord que l'éclampsie de la femme en couches débute par quelque autre chose qu'une congestion cérébrale, et vous en donnez pour preuve la pâleur de la face avant la période tonique ; puis, que les choses se passent absolument de même dans les attaques liées à la cérébro-méningite, aux tumeurs encéphaliques et aux grandes hémorrhagies. Eh bien ! voilà ce qu'il sera difficile d'admettre. Il paraîtra singulier qu'une inflammation des méninges et de la surface du cerveau donne lieu, dans l'encéphale, aux mêmes troubles physiques qu'une saignée trop abondante. Dites, si vous voulez, que ce n'est pas précisément la mesure du sang, en plus ou en moins, qui constitue toute la maladie, ni qui gouverne tous les phénomènes convulsifs. Vous avez dit une grande vérité, il faut le coup, *ictus*. Et il ne le faut pas seulement pour l'épilepsie ou l'éclampsie : *ictus epilepticus aut eclampticus*, il le faut aussi pour la fluxion congestive, il le faut pour certaines phlegmasies aiguës, comme il faut, dans tant d'affections, des conditions pathologiques antérieures aux lésions appréciables. Mais de quelle conséquence cela est-il dans le débat ? Un grand effort congestionne le cerveau et ne produit pas l'apoplexie, ni l'éclampsie ; mais l'hémorrhagie, allât-elle jusqu'à l'exsanguinité, ne produit pas toujours des convulsions, et vous n'en rattachez pas moins, comme tout le monde, plus d'une forme morbide convulsive à l'anémie chlorotique. C'est que la congestion et l'anémie sont subordonnées à l'état des vaisseaux, l'état des vaisseaux à celui des nerfs, et que nous ne pouvons jamais remonter la chaîne du mal jusqu'à son premier anneau. Mais quand on voit, comme le montrent les autopsies, la congestion se limiter à une portion des méninges ou de la substance cérébrale, on comprend bien qu'il s'est passé là un phénomène différent du phénomène purement hydraulique qui résulte de l'effort, et l'on ne s'étonne pas que les effets en soient différents. Seulement, en élevant le débat à cette hauteur, on le met un peu dans le brouillard, puisqu'on arrive à supposer une identité de *modification moléculaire* impossible à démontrer ; et il reste toujours, dans la région primitive et plus accessible du débat, la question du diagnostic différentiel de deux maladies : l'une caractérisée par une congestion au moins *contemporaine* des premiers symptômes, et qu'on appelle la congestion *apoplectiforme ;* l'autre dans laquelle la congestion est *consécutive* à un état asphyxique, et qu'on appelle l'*épilepsie*.

Ces remarques s'appliquent tout particulièrement à l'observation de congestion encéphalique que nous avons publiée dans notre avant-dernier numéro, et qui a été, de la part de l'orateur, l'objet de quelques commentaires. M. Trousseau soupçonne qu'il s'est encore agi là de quelque attaque méconnue d'épilepsie. Pourquoi? Parce que, au moment où la malade a été frappée, on a remarqué sur la figure quelques *grimaces*. Ce qu'on a remarqué, c'est une déviation de la bouche, à *gauche ;* mais quoi de plus simple, puisqu'il venait de se produire une hémiplégie des membres *droits?* Toutes les hémiplégiques font cette grimace-là. Et puis, quand, dans l'attaque d'épilepsie, la contraction permanente des muscles de la poitrine et du cou amène la congestion *passive* du cerveau, le sang s'accumule dans les deux côtés du crâne, dans les méninges comme dans le centre nerveux.

---

Martial fait-il allusion à la syphilis? Nullement ; l'endroit autant que la région étaient propices pourtant, et sa muse licencieuse ne se laissait pas facilement intimider ; mais il n'oublie pas de lancer un trait, comme dans l'épigramme à Pontia et à Calliodore, à ce mode érotique, qui revient si souvent sur ses tablettes :

Incideris quoties in basio fellatorum
In solio puto te mergere, Flacce, caput.

Les partisans de l'ancienneté de la syphilis peuvent se réfugier, comme dernier argument, au sein des maladies de peau ; mais on aura beau torturer toute la littérature antique, je ne crois pas être trop présomptueux en affirmant que jamais on ne pourra en extraire une seule goutte bien constatée de virus syphilitique.

Quant aux indications du mal français qui se trouvent, dites-vous, dans Hippocrate et dans Celse, j'y répondrai par les propres paroles d'un illustre partisan de l'ancienneté du virus vénérien, de M. Littré, parlant des œuvres d'Hippocrate : « Aucune trace » d'affection syphilitique ne se fait voir dans l'antiquité, mais une » foule d'affections des organes génitaux y sont notés, ne se rapportant à aucune spécificité syphilitique. » C'est aussi la conclusion du docteur Hœser lui-même, qui avoue n'avoir trouvé que des traces d'accidents primitifs, et l'on ne peut expliquer sa croyance à l'existence de la syphilis dans l'ancien monde, que par ignorance ou négation de la dualité des deux chancres. Ce sujet est vaste et intéressant à étudier, mais je crois devoir m'arrêter ici dans la crainte d'abuser de votre hospitalité.

Veuillez recevoir, monsieur, les respectueux hommages de votre dévoué serviteur et confrère.

CHARLES CHABALIER, D. M. P.

— Nous avons vu avec le plus vif intérêt la thèse de notre correspondant. C'est un travail bien fait, disposé avec art, largement compris, où l'origine de la syphilis est envisagée par toutes ses faces. Sommes-nous converti ? Non. Plus nous y regardons et plus il nous paraît qu'on agit, à l'égard de l'origine historique de la sy-

Or, chez le sujet de notre observation, la pie-mère est énormément injectée à gauche, saine à droite, et, quant au cerveau, il est *pâle* dans les deux hémisphères. Ajoutez que le sujet, vivant en compagnie des autres habitantes de l'hospice, n'avait jamais présenté le moindre signe d'épilepsie.

M. Trousseau en terminant a combattu en peu de mots, mais avec beaucoup de raison, une opinion indiquée dans les débats et reprise par un organe de la presse : l'opinion qui attribue à la congestion du cerveau les effets de certaines plantes vireuses. On se trompe en effet beaucoup quand on croit savoir *pourquoi l'opium fait dormir*; on n'a pas à cet égard la moindre notion un peu satisfaisante. M. Trousseau aurait pu ajouter que, d'après une théorie qui compte plus d'un partisan, le sommeil serait la conséquence de l'anémie cérébrale ; et ce serait la fonction du corps thyroïde de recevoir momentanément le sang repoussé de l'encéphale, à telle enseigne qu'on aurait constaté par des mesures mathématiques sa tuméfaction pendant toute la durée du sommeil.

A. Dechambre.

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Des végétations des parties génitales pendant la grossesse, par le docteur Thibierge, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro 6.)

Si, comme cela arrive chez un certain nombre de femmes, les végétations persistent après la cessation de l'écoulement lochial, on instituera un traitement local. Un traitement général est complétement inutile ; l'observation suivante, recueillie chez une femme enceinte, atteinte de syphilis et de végétations, traitée par les mercuriaux, nous en fournit une preuve certaine.

Obs. V. — *Végétation. — Grossesse. — Syphilis. — Effets nuls du traitement mercuriel général.* — La nommée Reine M..., couturière, âgée de dix-sept ans, est entrée à l'hôpital Lourcine, salle Saint-Clément, n° 23, dans les derniers jours de septembre 1851. A son arrivée, elle était enceinte de six mois, et avait eu successivement un chancre, une roséole, des plaques muqueuses, une syphilide tuberculeuse du cuir chevelu. En même temps que des symptômes syphilitiques s'étaient manifestés, il était survenu un écoulement vaginal, et, deux mois après, quelque temps après l'entrée à l'hôpital, des végétations au niveau de la fourchette. L'accouchement eut lieu au milieu de décembre 1851, après trois mois de séjour à l'hôpital : quelques jours auparavant, on avait cessé l'administration des préparations mercurielles ; les symptômes syphilitiques avaient disparu, les végétations persistaient.

21 *janvier* 1851. — Col et vagin rouges ; écoulement utérin très léger ; végétations sessiles au niveau de la fourchette et à la face interne des grandes lèvres. — Poudre de calomel et d'alun sur les végétations.

22 *janvier.* — On touche les végétations avec l'azotate acide de mercure.

26 *janvier.* — Plusieurs végétations tombent.

2 *février.* — Vagin rouge, col sain ; écoulement vaginal d'aspect laiteux ; un grand nombre de végétations au niveau de l'anus, à la face interne des grandes lèvres persistent encore. — Tisane de quassia amara, pommade au calomel sur les végétations.

6 *février.* — Vagin rouge ; écoulement muco-purulent ; les végétations du vagin diminuent ; celles de l'anus ne se modifient pas. — Excision des végétations.

9, 13 *février.* — Excision.

16 *février.* — Écoulement blanc laiteux ; végétations des grandes lèvres affaissées ; celles de l'anus persistent. — Pommade au calomel sur les végétations.

23 *février.* — Même état. — Même traitement.

1er *mars.* — Vagin pâle ; écoulement laiteux ; plus de végétations sur les grandes lèvres ; persistance des végétations de l'anus.

3, 5, 6, 10, 15, 19 *mars.* — Cautérisation des végétations de l'anus avec l'huile de cade.

22 *mars.* — La malade sort guérie.

L'alun pulvérisé, l'huile de cade, la sabine, le calomel, détruiront les végétations sessiles.

Parmi les nombreux moyens de traitement préconisés contre les végétations pédiculées, nous accordons, dans l'immense majorité des cas, la préférence aux applications d'azotate acide de mercure. Cet agent est appliqué à l'aide d'un petit bout de bois ; il blanchit, durcit, corrode les végétations, et, les pénétrant jusqu'à leur racine, en provoque la chute dans l'espace de quatre jours environ. Quoique ce moyen de traitement soit généralement inoffensif, il est important de savoir que dans *quelques circonstances* il peut déterminer des accidents.

Nous avons été témoin d'un fait de végétations survenues par une cause autre que la grossesse, mais dans lequel les cautérisations avec l'azotate acide de mercure ont produit de la stomatite mercurielle. Ce fait rare a été observé par nous en 1852 dans le service de Legendre, notre regretté maître.

Obs. VI. — *Catarrhe utérin. — Végétations sur les grandes lèvres, dans le vagin et sur le col utérin. — Cautérisation des végétations avec l'azotate acide de mercure. — Stomatite mercurielle.* — La nommée Chouri (Marguerite), couchée au n° 37 de la salle Saint-Clément, service de Legendre, est entrée à l'hôpital de Lourcine pour un catarrhe utérin, le 14 octobre 1851.

15 *janvier* 1852. — Elle présente encore, le 15 janvier 1852, une rougeur considérable avec hypertrophie du col et écoulement muco-puru-

---

philis, comme on a trop fait à l'égard de son histoire pathologique. On regarde les faits à la lueur de la théorie. Pour prendre un exemple au cœur du sujet : personne ne peut contester l'existence du *chancre phagédénique* de la verge dans l'antiquité ; Celse en parle en son livre VI. On ne prétendra pas, sans doute, que cette lésion ait été le privilége du genre masculin, et le pénis plus maltraité que le vagin. Martial et d'autres connaissaient l'ulcère honteux *ulcus turpis*. D'un autre côté, on l'a vu, ou plutôt Martial l'a vu, des langues lascives allaient prendre parfois dans les parties honteuses de la femme d'horribles inflammations que, de nos jours encore, on voit parfois dériver d'un contagium chancreux, et peut-être jamais d'une simple blennorhagie. D'ailleurs, puisqu'il existait des chancres des parties génitales et que la débauche mettait ces parties en contact avec la bouche, il n'est pas niable que les inflammations consécutives de la langue ou des lèvres n'aient été plus ou moins souvent chancreuses. Si c'étaient des chancres, dit M. Chabalier, ce n'étaient pas des chancres infectants. Pourquoi ? Parce que la littérature antique ne possède pas de description de la syphilis constitutionnelle. Nous espérons démontrer que la syphilis constitutionnelle a exercé de grands ravages dans des temps et des lieux où la science ne la soupçonne pas encore aujourd'hui.

Pour le moment, nous ferons seulement remarquer que la description de la vérole suppose la connaissance de l'infection et de ses suites, et que plus d'une syphilide, plus d'un ulcère ou d'une carie syphilitiques ont pu être observés et décrits, sans pouvoir être rapportés à leur origine, et sans que la pauvre littérature médicale du temps nous permette d'en reconnaître les caractères spécifiques. Encore faisons-nous ici une concession peut-être excessive. Nous ne signerions pas sans scrupule que les rhagades, les marisques, dont il est si souvent question dans Martial et que décrit Celse, ne procèdent jamais de la syphilis, bien que ce soit l'opinion arrêtée de la doctrine moderne. Et, pour le dire d'une manière générale, la question de l'antiquité de la syphilis est liée, quoi qu'on en ait, à l'avenir des théories actuelles. Si l'expérience démontre contre ces théories, que la vérole peut naître, même

lent par l'orifice utérin. En outre, elle porte à la face interne de la grande lèvre droite quelques végétations pédiculées. — Traitement : tisane de quassia amara, lotions d'eau blanche, injections d'alun ; tous les huit jours les végétations sont touchées avec une solution d'azotate d'argent ; le col est touché avec la pierre infernale.

1er *mars*. — Les végétations vulvaires ne sont pas modifiées ; le vagin est tapissé par quelques végétations. — Même traitement : tous les quatre jours on touche, du 1er au 30 mars, les végétations de la vulve avec l'azotate acide de mercure sans déterminer d'accident.

30 *mars*. — Les végétations du vagin ont acquis le volume d'un pois ; elles sont au nombre d'une douzaine ; une énorme végétation siége sur la face antérieure du col. Les végétations du vagin et celles du col sont cautérisées avec l'azotate acide de mercure.

31 *mars*. — A la suite de la cautérisation, la malade a eu quelques douleurs vives dans le vagin ; elles se plaint d'une sensation de chaleur et de sécheresse dans la bouche ; les gencives sont tuméfiées, rouges, douloureuses ; il y a du ptyalisme ; les ganglions sous-maxillaires sont légèrement tuméfiés. L'haleine de la malade exhale une odeur désagréable *sui generis* ; la langue est recouverte d'un enduit saburral ; la malade a de l'inappétence, le pouls fréquent, la peau chaude, de la céphalalgie. — Injections émollientes, diète, gargarisme émollient, frictions sur les dents avec une poudre composée de quinquina et charbon ; tisane d'orge additionnée de miel.

1er *avril*. — La malade est dans le même état ; la langue présente un enduit saburral ; le pouls reste fréquent, la peau chaude. — Même régime ; huile de ricin 15 grammes dans du bouillon ; le soir un petit bouillon.

2 *avril*. — L'enduit saburral est moins abondant ; le pouls est normal, la peau a repris la température normale ; la bouche est toujours le siége d'une sensation de chaleur et de sécheresse ; il y a du ptyalisme continuel ; l'odeur de l'haleine est fétide ; il y a quelques petites ulcérations superficielles sur le bord de la langue et sur quelques points des gencives ; les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés. — Même prescription, deux potages légers.

3, 5 *avril*. — La maladie va en décroissant. La salivation persiste, mais la sensation de chaleur et de sécheresse diminue ; la tuméfaction des ganglions et des gencives décroît ; les ulcérations commencent à se cicatriser. — Orge miellée ; frictions de quinquina et charbon ; gargarisme d'alun ; potages.

6 *avril*. — *L'amélioration continue* ; *la malade peut manger de la viande hachée*. — *Même prescription*.

8 *avril*. — La malade est tout à fait guérie ; la végétation du col est moins saillante ; les végétations vaginales ont considérablement diminué.

10 *avril*. — La malade sort ; elle a toujours le col gros, et donnant par ses lèvres issue à une matière muco-purulente. Il ne reste plus dans le vagin que quelques vestiges de végétations ; celle qui siégeait sur le col est guérie.

En résumé, les végétations que portait cette femme sont survenues par une cause étrangère à celle qui nous occupe ; mais, comme les végétations de la grossesse, elles ont résisté à divers agents thérapeutiques, et elles n'ont cédé qu'aux cautérisations avec l'azotate acide de mercure. Jamais nous n'avions vu ce médicament produire de stomatite mercurielle. Chez cette femme, tant que le sel hydrargyrique a été appliqué sur la vulve, il n'a pas déterminé d'accidents. La stomatite s'est-elle déclarée parce que l'azotate acide de mercure avait été appliqué dans une grande étendue ? Est-elle survenue parce que la muqueuse vaginale est douée d'une activité d'absorption qui était inconnue ? C'est une question qu'il nous semble impossible de juger sur un fait isolé.

Notre honorable confrère, le docteur Louis Pénard, vient de publier très récemment un travail fort intéressant sur l'*Intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs*. Médecin expert près le tribunal de 1re instance de Versailles, il s'attache à prémunir le médecin légiste contre les causes d'erreur qu'il rencontre si fréquemment lorsqu'il remplit sa mission. « Pour M. Pénard, les végétations des femmes enceintes ne doivent pas, quand même et toujours, être considérées comme d'origine syphilitique, et cela est d'une extrême importance à établir pour et par le médecin légiste ; car toutes les fois qu'en cour d'assises, il prononcera le mot si connu de végétation, il aura grand'peine à leur enlever aux yeux de ceux qui n'ont pas de connaissances spéciales le caractère syphilitique qui est loin de leur appartenir toujours (*loc. cit.*, p. 85). »

Délégué près de la fille Al. R..., en qualité d'expert, au mois de janvier 1860, M. Louis Pénard constate qu'elle est enceinte de six à sept mois, qu'elle est atteinte d'un écoulement muco-purulent, qu'elle porte sur l'orifice vulvaire et à l'entrée de la cavité vaginale des végétations à divers degrés d'évolution, et il rédige les conclusions suivantes :

La fille Al. R... est grosse, au terme approximatif, de six à sept mois ; elle est atteinte d'un écoulement mucoso-purulent qui réclame des soins hygiéniques et de ces productions parasites dites végétations qui se remarquent surtout à droite de l'orifice vaginal, et tendent à encombrer la cavité du vagin. La fille R... est-elle sous le coup d'une affection syphilitique ? Rien ne saurait le démontrer : elle ne présente aucun des symptômes qui se rattachent à des manifestations de la syphilis : ni affections spéciales de la peau, ni ulcérations, ni engorgements spécifiques. Est-elle atteinte de blennorrhagie simple qu'on lui aurait communiquée ? Ce serait à la rigueur possible, mais elle est grosse, et grosse de six à sept mois, ce qui explique parfaitement la production de cette leucorrhée abondante de couleur lactescente, jaune et verdâtre ; elle a des granulations végétales qu'on ne saurait en ces circonstances rattacher à une affection syphilitique ou blennorrhagique, mais qui s'expliquent parfaitement par l'état de grossesse d'une part, et de l'autre par la constitution de la jeune fille et sa malpropreté incontestable.

Nous terminerons en recommandant de ne recourir à un traitement chirurgical contre les végétations de la grossesse que si les végétations sont très volumineuses et persistent, non-seulement après l'accouchement, mais encore après le retour des règles.

---

exceptionnellement, de la blennorrhagie ou du chancre mou, comme ce genre de chancre et la blennorrhagie existaient indubitablement dans l'antiquité (et notre contradicteur le reconnaît), on aura beau arguer du silence des auteurs, il sera de nécessité que la vérole constitutionnelle ait existé chez les anciens. Actuellement la théorie du double chancre est en faveur ; elle est d'ailleurs, il faut le dire, basée sur des expériences sérieuses ; mais les évolutions de doctrine en matière de syphilologie ont été assez nombreuses pour qu'on ne doive pas désespérer d'en voir de nouvelles, et si jamais, soit en raison de la constitution individuelle, soit par suite de migrations multipliées du virus, la transformation des deux espèces de chancre l'un dans l'autre venait à être obtenue, tout l'échafaudage d'arguments élevés contre l'origine antique de la syphilis glisserait par la base.

Mais il y a un genre de réponse plus direct à faire à la lettre de M. Chabalier ; c'est de produire quelque description d'accidents syphilitiques constitutionnels, antérieure au xve siècle ; c'est ce que nous espérons pouvoir faire dès que nos occupations nous permettront quelques recherches.

A. Dechambre.

---

— Un concours pour la place d'aide de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg s'ouvrira au mois d'avril prochain.

— Le corps médical de l'Alsace vient de perdre successivement, dans l'espace d'un mois trois de ses membres : M. le docteur Hartung a succombé à Strasbourg ; M. Macker père, à Colmar ; Enfin M. Henri Lauth, à Barr.

— M. le docteur Gély, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de Nantes, est mort le 14 janvier dernier, après une maladie qui l'avait tenu, pendant plusieurs années, éloigné de son service et de sa clientèle.

## III

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### Notes pour servir a l'histoire de la diphthérie en Portugal.

Des cas sporadiques d'angine simple, d'angine diphthérique ou d'angine vraiment gangréneuse, ont été observés à toutes les époques, par les praticiens, en Portugal, mais les faits épidémiques paraissent l'avoir été rarement; de notre temps, on peut affirmer qu'ils n'ont existé que dans les quatre ou cinq dernières années. (En 1859, à Lisbonne et dans ses environs, on a compté 260 décès par affections diphthériques, la plupart chez des enfants ayant moins de douze ans.)

Ces notes ont pour but d'appeler l'attention sur les travaux des médecins portugais et espagnols qui traitent de ce sujet; attendu que les écrivains étrangers qui se sont le plus occupés de diphthérie, et dont les écrits font autorité, paraissent méconnaître ou au moins oublient en partie ce qui a été observé par les médecins de la Péninsule, sur la nature et les particularités de la maladie; ce qui est d'autant plus injuste et inconvenant, que les observations et les écrits de ces médecins précédèrent de beaucoup les leurs, et leur servirent souvent de modèle. Plus d'une fois ce qu'ils ont annoncé comme nouveau appartenait aux médecins péninsulaires et devait leur être restitué.

L'auteur de l'épidémiologie espagnole, D.-J. de Vilhena, rapporte que la première épidémie de *garrotillo*, en Espagne, dont on ait connaissance, date de 1583; que la même épidémie se répéta tous les ans de 1587 à 1591, et qu'elle reparut de nouveau en 1596 et de 1603 à 1606, devenant alors générale et attaquant un grand nombre de personnes. Elle régna aussi en 1610, s'étendit de l'Espagne à Malte, à Naples, à la Sicile, faisant ensuite plus ou moins de ravages pendant vingt ans. L'année 1613 fut appelée année de *garrotillo*, à cause du grand nombre qu'il y en eut en Espagne. La maladie sévit, là encore, au commencement du siècle passé et de 1750 à 1762, d'après ce que rapporte Escobar dans son *Histoire de toutes les contagions*. Elle est désignée dans les auteurs espagnols tantôt sous le nom de *garrotillo*, tantôt sous ceux d'angine charbonneuse, d'angine maligne, de *tabardillo*.

Ceux qui ont observé ces épidémies et les ont fait connaître sont: Herréra, Léréna, Soto, Sepulvéda, Pedro Vasquez, Mercado, Figueiroo, Milan, La Parra, Hérédia, Villa-Réal, Aguiar, Pina et Cascalles, qui écrivirent pendant le XVII^e siècle. Trois de ces auteurs méritent surtout d'être cités.

Herréra commence par noter avec beaucoup de soin, comme on l'a toujours fait depuis, ce qui, dans Hippocrate, Arétée, Aétius et Gallien, paraît avoir rapport à la maladie, et il insiste surtout sur la description d'Arétée, réputée la plus exacte et la plus expressive de celles que nous a transmises l'antiquité. Il cite des vers de Martial dans lesquels il est parlé d'une maladie de la gorge infectueuse et épidémique, qui ne peut être autre chose que l'angine diphthérique ou gangréneuse, qui, à cette époque, aurait régné dans la localité qu'habitait le poëte. La diphthérie cutanée siégeant à la face y serait même mentionnée. Quand Herréra écrivit, le mal existait depuis trente ans en Espagne. Dans la description qu'il en donne, il parle de produits membraneux, tirant quelquefois au livide, produits qui se retrouvent sur le cadavre; ils envahissent la peau et, sous forme de croûtes noires, tapissent la gorge et causent la suffocation.

Parmi les auteurs modernes, F. Hume passe pour être le premier qui ait donné la notion positive de l'existence des fausses membranes dans le croup. Hume écrivait en 1760 et reconnaît qu'avant lui il existait des indications non douteuses de ces fausses membranes, mais ses autorités sont toutes prises parmi les auteurs anglais. M. Bretonneau, qui, sans conteste, est l'auteur qui a le plus concouru à tirer de l'oubli ce qui devait être connu sur le croup et autres maladies appelées par lui, le premier, diphthériques, citant les écrivains espagnols et les épidémies d'Espagne, en dit cependant très peu de chose; il mentionne à peine Mercado et Hérédia, et dit qu'il n'y a pas lieu de consulter les autres, par conséquent il récuse ce qu'a dit Herréra. Et pourtant, ce que ce dernier médecin expose très clairement sur l'existence, dans l'angine, de fausses membranes, tantôt blanches, tantôt livides, tantôt noires, est vérifié par l'autopsie et est on ne peut plus positif et explicite. Il regarde la maladie comme de nature maligne, contagieuse et pestilentielle, se terminant par la mort au bout de sept jours, souvent avant quatre, enlevant même subitement des individus qui paraissaient en voie de guérison. Il note comme pronostic grave la décroissance rapide des forces, l'anxiété, la fréquence et la petitesse du pouls, les hémorrhagies nasales, les selles répétées, la couleur noire des fausses membranes. Quant au traitement, il conseille les émissions sanguines modérées, les scarifications, les astringents et les caustiques, ces derniers limités cependant à quelques cas.

Luiz Mercado, médecin de Philippe III, écrivain et praticien très distingué de son époque, est plus connu qu'Herréra. Il traite particulièrement de l'angine (*garrotillo*), et ce qu'il en dit est conforme à ce qu'a déjà fait connaître Herréra, ou se retrouve dans Hérédia, ce qui dispense de le citer longuement. Il mentionne pourtant un fait curieux de contagion par inoculation d'un enfant malade à son père: celui-ci, en arrachant avec ses doigts, de la gorge de son fils, une partie des matières qui l'obstruaient, fut mordu par lui, et la matière virulente s'étant inoculée par la morsure, on vit apparaître peu de temps après, sur le père, les symptômes de la maladie du fils.

Hérédia, médecin de Philippe IV, écrivit soixante-treize ans après Herréra et fut estimé à l'égal de Mercado. Hérédia et Mercado sont pour l'Espagne ce qu'Amato et Luzitano sont pour le Portugal. Ce que dit cet auteur de la maladie qui nous occupe contient tout ce qui était su de son temps; il la désigne sous le nom de *garrotillo* et la définit: angine maligne avec exulcération. Il parle d'ulcères visibles, de croûtes (couennes) et d'enduits sordides dans la gorge; il fait une distinction importante entre deux formes de la maladie: une active, inflammatoire; une autre asthénique, amenant la mort sans suffocation, distinction qui se constate dans les épidémies actuelles. On paraît avoir *oublié ce point* de pratique. Celui qui a le plus contribué à cet oubli en France et partout où la littérature française exerce son influence est M. Bretonneau lui-même, qui a tiré, avons-nous dit, tant d'autres choses de l'oubli. Néanmoins, cette influence n'a pas été tellement générale, qu'en Angleterre, par exemple, on n'ait maintenu cette distinction, et que M. Bretonneau, malgré les services signalés qu'il a rendus à l'étude de la diphthérie, n'ait été accusé d'avoir confondu ces deux états morbides, en accordant trop d'importance à la lésion locale qu'ils présentent tous les deux, et qu'il a considérée, jusqu'à une certaine époque au moins, comme le point de départ principal de la maladie, au lieu de voir dans ces affections des maladies *totius substantiæ*, comme on le faisait autrefois et comme on le fait encore aujourd'hui pour toutes les maladies infectieuses. Cette opinion a été soutenue par F. Hume et, après lui, par la généralité des médecins anglais et américains. C'est que le diagnostic des maladies diphthériques a passé par différentes phases: dans la première, qui remonte à l'antiquité, figure l'ulcère syriac, la gangrène, l'exsudation ichoreuse, couenneuse et même membraneuse de la gorge, le garrotillo; la forme inflammatoire, la forme asthénique, et le caractère plus ou moins infectieux et malin de ces maladies. Dans la seconde, la forme ulcérative et gangréneuse des angines malignes disparaissant presque complétement, la fausse membrane devient l'élément anatomique par excellence de ces mêmes maladies; l'inflammation exsudative qui la produit et lui donne un caractère spécifique, le point de départ de tout le mal, reconnu ainsi entièrement local dans son principe; cette phase part des travaux du célèbre médecin de Tours, appuyé avec talent par son ami plus célèbre encore, M. Trousseau. La troisième période est une période de réaction et date des épidémies de diphthérie qui ont régné en Europe pendant ces vingt dernières années: la prédominance exclusive des fausses membranes comme élément anatomique des angines en question cesse d'exister; on est forcé de reconnaître de nouveau, dans quelques cas au moins, l'élément gangréneux de ces affections comme fai

non-seulement accessoire et accidentel, mais même fondamental ; la nature primitivement locale de la maladie cesse d'être un dogme pour tous, et la nature générale et infectieuse, existant même dès le principe, est admise par le grand nombre ; les formes inflammatoire et asthénique sont reconnues ; et ainsi est réhabilitée l'opinion des anciens dans ce qu'elle avait de plus légitime. Enfin la fausse membrane, au lieu d'être un caractère constant de nature pathologique, n'est plus qu'un élément anatomique servant à distinguer un groupe de maladies.

Hérédia parle de la difficulté de déglutition et du rejet des liquides par les narines, ce qu'il attribue à l'obstacle mécanique de la gorge ; mais c'est un phénomène où on peut voir déjà signalée la paralysie du voile du palais et des muscles du pharynx. Ailleurs il note le défaut de mouvements des extrémités déterminé par la maladie, ce qui indique encore qu'il a observé la paralysie diphthérique, bien qu'il n'en ait pas reconnu la nature. Il suppose que la difficulté de la respiration ou de la déglutition dépend en partie de la coarctation consensuelle de la trachée et du pharynx, résultant de l'inflammation. La malignité de la maladie, ajoute-t-il, se prouve par la propriété contagieuse qu'elle possède, par la forme épidémique qu'elle affecte, par la rapidité de la mort, qui arrive quelquefois en vingt-quatre heures par syncope, par subit abaissement des forces et autres signes de dépression nerveuse. Il parle des exhalations ichoreuses et putrilagineuses de la gorge, de la couenne qui la revêt, tantôt blanche, tantôt grise et obscure, avec ou sans gonflement des tissus subjacents, mais reposant sur un fond ulcéré, comme on suppose que c'est la règle. Il note les engorgements extérieurs du cou, l'altération de la voix et de la respiration, l'anxiété, la marche insidieuse du mal, la rapide dépression des forces, le danger qui naît des hémorrhagies, etc. Une remarque très importante que fait le même auteur est celle qui a rapport à la résorption des sécrétions accumulées dans la gorge et à l'infection consécutive ou secondaire qui vient ajouter ses effets à l'infection primitive ; c'est le danger de cette seconde infection qui le porte à insister beaucoup sur la cautérisation locale, qu'il n'hésite pas à opérer avec le fer chaud employé dès le principe de la maladie.

Si l'on passe à ce qui a existé en Portugal à des époques antérieures à la nôtre, la première mention d'épidémie d'angine qu'on rencontre date de 1620, et se trouve dans un recueil manuscrit intitulé : *Provimento de saude*. et déposé dans les cartons de la municipalité de Lisbonne. Il y est dit qu'il régna alors dans le district d'Olivença une épidémie d'angine qui tua beaucoup d'enfants et ne frappa de mort que deux grandes personnes. A cette époque, il régnait une semblable épidémie en Espagne dans le voisinage d'Olivença, et il est probable que celle de ce district n'en fut que l'extension. Dans les écrits du XVII^e^ et du XVIII^e^ siècle, on ne trouve que peu de chose : Fonseca Henriquez, Curvo Semedo, la traduction de Buchan, par Paiva, méritent à peine d'être cités. C'est dans le mémoire de Soares Barbosa, sur l'épidémie de Leira en 1786-1787, que se rencontrent le plus de détails ; il y est parlé de taches blanches sur les tonsilles, simulant des abcès et ne donnant pas de pus quand on les piquait, mais seulement un liquide glutineux ; on y voit noté l'engorgement des glandes du cou, l'altération de la voix, l'anxiété de la respiration, les hémorrhagies et la diarrhée intercurrente ; la rémission trompeuse de symptômes, suivis souvent de phénomènes graves et promptement mortels ; le développement consécutif du coryza avec excrétion d'humeur âcre. En même temps que l'angine, régnaient à Leira la scarlatine et la variole, comme cela arrive souvent dans les épidémies de diphthérie ; et, dans beaucoup de cas rapportés par cet auteur, la première de ces maladies ne paraissait être que la complication de la seconde ; ce qui le porte à penser que ce sont là deux manifestations différentes d'une même entité morbide, et permet de conclure que la maladie épidémique observée par lui était l'angine diphthérique scarlatineuse, forme généralement peu grave, et qui explique comment Barbosa a pu en observer 200 cas et les voir presque tous guérir par un traitement assez simple.

Reste à faire l'histoire du présent, dit en terminant l'auteur de ces notes, afin que nos successeurs ne nous accusent pas de leur laisser ignorer les événements épidémiques par lesquels nous avons passé. Dans cette histoire contemporaine seront consignés les résultats brillants obtenus en Portugal, plus qu'en beaucoup d'autres parties de l'Europe, dans le traitement du croup, grâce à l'habileté opératoire de collègues parmi lesquels nous pouvons citer les docteurs Da Sylva, Simas et Ant. Barbosa (1).

DUTROULAU.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

M. *le Ministre d'État* transmet une ampliation du décret impérial qui confirme la nomination de M. *Duchartre* à la place laissée vacante dans la section de botanique par le décès de M. *Payer*.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Duchartre* prend place parmi ses confrères.

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce la perte que vient de faire l'Académie dans la personne d'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie, M. *Maunoir*, décédé à Genève le 16 janvier.

M. Maunoir fils, dans une lettre adressée à cette occasion à M. le président de l'Académie, rappelle que son père, décédé à l'âge de quatre-vingt-douze ans et trois mois, avait été nommé correspondant le 3 septembre 1821.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur le développement des os en longueur*, par M. *Flourens*. — Dans ce travail, l'auteur rappelle ce qu'il a écrit dans un *Mémoire sur le développement des os en longueur*, lu à l'Académie le 7 novembre 1842. M. Flourens fait ressortir l'analogie de quelques-unes de ses expériences avec celles de M. Ollier ; puis il ajoute :

Chaque os, chaque extrémité d'os a son époque marquée de soudure et de fin de crue. On conçoit dès lors très facilement les faits d'ailleurs si bien observés par M. Ollier. Le tibia a dû croître plus par en haut que par en bas, puisque son extrémité inférieure est la première qui se soude, c'est-à-dire qui cesse de croître. Le fémur a dû croître, au contraire, plus par en bas que par en haut, puisque c'est son extrémité supérieure qui se soude la première, et ainsi de tous les autres os : chacun a moins crû par celle de ses extrémités qui se soude la première, et plus par celle qui se soude la dernière.

PHYSIOLOGIE. — *De l'influence de la sensibilité sur la circulation pendant l'anesthésie chirurgicale*, par M. *Vigouroux*. — Quelques auteurs ont pensé que, dans l'éthérisme, la syncope recevait une gravité spéciale de l'impossibilité où l'on se trouvait d'employer la douleur pour réveiller le cœur. Cette supposition n'est pas vérifiée, puisque, comme je cherche à le démontrer dans ce travail, l'action de la sensibilité sur le cœur est augmentée dans ce cas. Les moyens de prévenir cet accident, pour le cas qui nous occupe, résultent de son mécanisme, et peuvent se résumer en deux indications :

1° Atténuer l'impression douloureuse ; 2° en intercepter la transmission.

Pour obéir à ces deux indications, on opérera autant que possible sans attendre la résolution complète. Celle-ci n'est pas nécessaire pour que le malade n'ait pas conscience de la souffrance qu'il témoigne, et, d'un autre côté, les mouvements réflexes des membres sont une dérivation à la douleur. Le chirurgien devra donc compter avec la douleur, et éviter les manœuvres qui peuvent la déterminer soudaine et intense.

L'anesthésie locale nous offre des moyens variés de remplir la première indication : froid, électricité, application d'éther et chloroforme ou de leurs vapeurs, compression des nerfs peut-être

(1) Analyse d'un article de la *Gazeta medica de Lisboa*, 1^er^ novembre 1860.

négligée à tort, et aussi leur narcotisation au moyen des injections hypodermiques. Pourquoi ne pas associer les deux méthodes d'anesthésie locale et générale? Leurs effets se surajouteraient ainsi, et elles n'auraient pas besoin d'être portées chacune à un point extrême. Il est à peine nécessaire de dire que les précautions d'usage contre la syncope ne seront pas négligées pour cela...

Nous croyons pouvoir résumer ainsi notre travail :

1° L'influence des nerfs de sensibilité sur le cœur existe pendant le sommeil anesthésique.

2° Cette influence paraît même augmentée dans l'anesthésie.

3° Elle peut être portée au point d'arrêter les mouvements du cœur.

4° Cet arrêt du cœur doit être considéré comme la cause de la plupart des cas de mort observés pendant l'anesthésie chirurgicale.

5° L'anesthésie locale doit être employée en même temps que l'autre.

6° On doit opérer autant que possible avant la résolution complète. (*Comm. :* MM. Flourens, Cl. Bernard.)

Chirurgie. — *Du champ d'action des instruments lithotriptiques et de ses variations*, par M. *Heurteloup*. — L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° L'instrument *recto-curviligne coudé* (le percuteur) ne peut, en raison de sa forme, avoir d'autre champ d'action que la partie inférieure et postérieure de la vessie, en la déprimant.

2° Il vaut mieux, pour bien exécuter la lithotripsie, et surtout pour soulager le malade, que les pierres viennent trouver l'instrument, que l'instrument n'aille chercher les pierres.

3° Il vaut mieux que le bassin puisse s'élever ou s'abaisser à volonté, ce qui s'obtient facilement avec le *lit statique*, que de laisser toujours le bassin dans la même position.

4° La quantité d'eau à injecter est, pour obtenir les meilleurs résultats lithotriptiques, de 150 à 250 grammes.

5° Le champ d'action pour *prendre* les pierres n'est pas le même que le champ d'action pour les *briser*. Le premier acte se passe *sur* la membrane, et le second se passe *près* de la membrane, ou au milieu de l'eau dont la vessie est emplie. On obtient invariablement cet important résultat au moyen du *point fixe*. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

M. *Guillon* adresse un supplément à sa réclamation de priorité à l'égard de M. *Heurteloup*. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Physiologie. — *Sur les convulsions des muscles de la vie animale et sur les signes de sensibilité produits chez le cheval par l'excitation mécanique localisée de la* surface *de la moelle épinière*, par M. *A. Chauveau*. — Des excitations superficielles ont été pratiquées, à l'aide d'une aiguille, sur deux séries d'animaux. Ceux de la première série avaient la moelle séparée de l'encéphale, soit par une section dans la région du dos, soit par une section occipito-atloïdienne; dans les deux cas, la moelle était découverte et excitée vers l'origine de la région lombaire. Chez les animaux de la seconde catégorie, la moelle avait conservé ses connexions avec l'encéphale, et elle était découverte et excitée tantôt dans la région dorso-lombaire, tantôt à l'origine de la région cervicale, au niveau de l'espace occipito-atloïdien.

Voici les résultats des expériences de la première catégorie :

1° Si l'on gratte la *face antérieure du cordon médullaire*, on ne provoque jamais le moindre effet, ni contractions, ni signes de douleur. Cependant, pour peu qu'on touche les racines antérieures, on détermine de belles contractions locales dans les muscles animés par les racines excitées.

2° Quand l'aiguille est promenée sur les *faces latérales* de l'organe, les résultats de l'excitation sont encore absolument négatifs.

3° Lorsque l'instrument touche la *face postérieure* de la moelle, même avec la plus grande légèreté, il survient aussitôt dans les muscles de l'animal des contractions involontaires tout à fait semblables à celles qui se manifestent quand on excite les racines postérieures, c'est-à-dire des contractions réflexes. L'excitation sur un des côtés de la ligne médiane détermine le plus souvent des mouvements exclusivement de ce côté; les mouvements peuvent se montrer cependant des deux côtés du corps, tout en restant plus énergiques du côté excité.

4° En excitant la face postérieure de la moelle par une série de piqûres superficielles pratiquées de dedans en dehors à partir du sillon médian, on voit généralement les convulsions devenir d'autant plus vives qu'on s'éloigne davantage de ce sillon. Mais quand l'aiguille arrive en dehors de la ligne d'émergence des racines sensitives, sur le cordon latéral, ces signes d'excitabilité cessent tout à coup de se montrer.

5° L'excitabilité de la face postérieure de la moelle est toujours exquise, même aux environs du sillon médian, au moment où l'organe vient d'être découvert. Le plus souvent cette grande excitabilité diminue beaucoup quand la moelle reste longtemps exposée à l'air; et le bord interne des cordons postérieurs peut devenir alors complétement inexcitable.

Quant aux expériences de la seconde catégorie, celles qui ont eu pour but d'observer les effets de l'excitation de la moelle, l'organe étant en communication avec l'encéphale, elles ont permis de constater :

1° La même impossibilité absolue de provoquer la moindre contraction des muscles volontaires en excitant les colonnes antéro-latérales de la moelle.

2° La même excitabilité exquise des colonnes postérieures; seulement la mise en jeu de cette excitabilité provoquait à la fois des convulsions réflexes involontaires et des signes de douleur violente : celles-là faciles à démêler parmi ceux-ci, surtout lorsqu'on excitait près de la ligne médiane, et qu'on agissait dans la région occipito-atloïdienne; elles apparaissent, dans ce dernier cas, avec une extrême vivacité dans les muscles animés par le facial et le spinal.

Physiologie. — M. *Tigri*, dans une lettre adressée à M. Flourens à l'occasion de ses communications sur la *coloration en rouge des os d'un fœtus par l'effet de la garance mêlée aux aliments de la mère pendant la gestation*, discute la question des voies qu'a dû suivre la matière colorante pour passer de la mère au petit qu'elle portait. Suivant lui, la coloration aurait lieu par l'intermédiaire des eaux de l'amnios, qui pénétreraient, à une certaine époque, dans le canal digestif du fœtus. Ce fait d'une déglutition des eaux de l'amnios aurait lieu régulièrement, pour le fœtus humain, entre le septième et le huitième mois.

M. *Coinde* présente des renseignements sur un cas singulier de production d'albinisme dans l'espèce humaine. Il s'agit d'un homme qui a eu successivement de deux femmes différentes trois enfants albinos. L'auteur de la note a vu un de ces enfants, et il a vu également le père, qui n'avait rien d'un albinos, mais qui était abruti, et, dit M. Coinde, en quelque sorte crétinisé par l'usage immodéré de l'eau-de-vie.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

### Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements du Finistère, de l'Allier et du Jura. — *b*. Les rapports de MM. les docteurs *Bolut* (d'Antorpe), *Gevrey* (de Vesoul) et *Ragaine* (de Mortagne), sur diverses épidémies. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les rapports de MM. les docteurs *Lhéritier* et *Delacroix*, médecins-inspecteurs des eaux de Plombières, et de M. *Dimbarre*, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets pour l'année 1859. (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. L'ampliation d'un arrêté ministériel qui accorde l'application du décret du 3 mai 1850 à la formule de la poudre au sulfure de calcium pour eau sulfureuse artificielle, de M. *Marcellin Pouillet*.

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Jules Cloquet*, qui fait hommage à la bibliothèque : 1° de l'ouvrage de *Tiedemann* sur les artères; 2° du *Sepulchretum anatomicum* de *Bonnet*. — *b*. Une note sur la vaccine, par M. le docteur *Ricou* (de Valréas). (*Commission de vaccine.*) — *c*. Un travail intitulé : *Du mode de transmission des courants voltaïques et des courants d'induction à travers l'eau, et de leur*

*action physiologique sur le poisson et la grenouille*, par M. le docteur *Nivelet* (de Commercy). (*Comm.*: M. Gavarret.) — *d*. Une note sur les moyens de conserver longtemps le vaccin, par M. le docteur *Hullin* (de Mortagne). (*Commission de vaccine.*) — *e*. Une note sur les applications chimiques du pessaire dit *élytroïde*, par M. le docteur *Cliet*. (*Comm.*: MM. Depaul et Huguier.) — *f*. Un pli cacheté relatif à la pathogénie et à la thérapeutique de certaines affections du foie, par M. le docteur *Nérat*. (*Accepté*.)

### *Discussion sur la congestion cérébrale.*

*M. Trousseau*. Le terrain que j'ai choisi est assez glissant et mes adversaires assez redoutables pour que je doive tenir à ne pas me laisser placer dans une position moins favorable encore. Les uns m'ont attiré sur le terrain de la philologie, et j'avoue que pour moi les mots nouveaux ont si peu d'attrait, que sans peine j'ai abandonné ceux que j'avais eu le malheur de commettre. D'autres ont voulu me pousser dans les hautes régions de la philosophie médicale, et je confesserai, sans rougir, mon peu d'aptitude à ces luttes si brillantes. J'aime le terre à terre de la médecine pratique, et je demande grâce pour la vulgarité de ma défense.

Je veux ramener la question au point où je l'avais placée, et c'est dans cette position que je veux confiner l'attaque et la défense. Que suis-je venu lire à l'Académie? J'ai parlé des phénomènes apoplectiques *transitoires*, prenant un homme au milieu de la plus florissante santé et le laissant, peu après, où ils l'avaient surpris. Je pouvais rester sur ce terrain, et je n'y aurais plus été attaqué; en effet, sur ce point, tout le monde, au dedans et en dehors de cette enceinte, a été de mon avis. Si j'ai trouvé des contradicteurs, c'est que, dans le cours de mon travail, j'ai attribué aussi à l'éclampsie quelques cas de congestion dite *apoplectiforme*.

Qu'est-ce donc, avant tout, que l'apoplexie? Comment faut-il la définir? J'ouvre Boerhaave et je lis: « *Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum tum internorum omnesque motus voluntarii abolentur, superstite pulsu, plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique somni.* »

Le savant commentateur de Boerhaave a soin de distinguer cet accident des cas où le malade est frappé subitement de syncope, de rupture du cœur et de l'aorte, et où il tombe sans pouls, sans respiration forte, etc. C'est donc dans le sens de la définition de Boerhaave que j'ai parlé de phénomènes apoplectiques, abstraction faite de la cause.

M. Bouillaud, M. Durand-Fardel et M. Beau m'ont parlé d'hémorrhagies et de phlegmasies du cerveau, dans lesquelles on observe aussi des phénomènes apoplectiques; mais ces affections-là ne cessent pas, que je sache, comme elles viennent, et elles ne laissent pas le malade en bon état quelques minutes ou quelques heures après l'attaque. J'aurais pu refuser la lutte sur ce terrain. M. Tardieu est venu à la rescousse, en introduisant un nouvel élément qui a singulièrement agrandi le débat. J'avais pourtant offert à M. Tardieu, à M. Devergie et aux médecins légistes de cette compagnie, une excellente occasion de nous éclairer sur une des plus graves questions qui puissent occuper la médecine légale, je veux parler des déterminations subites, irrésistibles, qui, si souvent, sont du fait de l'épilepsie, et sont, dans un trop grand nombre de cas, imputés à des motifs criminels.

Messieurs, dans ma pensée, l'épilepsie et l'éclampsie sont deux névroses identiques dans leur expression phénoménale et dans leur cause prochaine, J'ai déjà établi que l'éclampsie ne différait en rien de l'attaque épileptique, et jamais un médecin ne distinguera la convulsion d'une femme enceinte épileptique depuis longtemps, de la convulsion d'une femme qui est prise d'éclampsie au début du travail. Voilà pour l'expression phénoménale.

Quant à la cause prochaine, je la crois encore identique dans les deux cas. Lorsque l'épilepsie se manifeste par accès mensuels chez un individu qui a un tubercule cérébral, il n'y a pas du côté du cerveau et de la moelle épinière, d'autres lésions appréciables que celles qui existent dans le mal caduc, indépendant de toute lésion. Si l'autopsie est faite et si nous trouvons un tubercule, un cancer, une tumeur osseuse, le reste de l'encéphale pourra ne présenter rien autre chose que l'état de turgescence vasculaire que l'on trouve dans le cadavre d'un véritable épileptique mort en *état de mal*, pour me servir de l'expression généralement adoptée.

Que devons-nous en conclure? C'est que, si la tumeur cérébrale est la cause des phénomènes convulsifs, elle n'en est pas la cause prochaine et immédiate; cette cause prochaine nous échappe, et nous échappera probablement toujours.

L'éclampsie survenant chez un enfant qui fait des dents ou qui a des vers, l'éclampsie éclatant chez un enfant atteint d'anasarque scarlatineuse, ne diffère en rien, quant à la forme convulsive, de l'attaque épileptique, ce qui n'empêche pas que ces maladies ne soient profondément différentes par leur nature. Ce que je veux dire, c'est que la modalité moléculaire de l'encéphale et de la moelle est peut-être la même dans les deux cas.

Quand nous voyons un individu rester pendant vingt ans avec des attaques presque périodiques, sans avoir, d'ailleurs, de phénomènes d'aliénation mentale ou de paralysie générale, nous disons qu'il y a une *épilepsie franche, essentielle*.

Si, entre ces attaques, il y a de l'hémiplégie, des douleurs de tête violentes ou des douleurs exclusivement nocturnes, nous supposons qu'il y a une *épilepsie symptomatique* d'une tumeur cérébrale ou d'une vérole à accidents tertiaires.

S'il s'agit d'une femme enceinte albuminurique, ou d'un individu ayant une anasarque scarlatineuse, ou d'un homme empoisonné par le plomb, nous disons qu'il y a *éclampsie*.

S'il s'agit d'un enfant au début d'une pyrexie exanthémateuse, de la variole par exemple, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

Mais si cet enfant prend des convulsions à la fin d'une encéphalo-méningite (ce que l'on appelle une fièvre cérébrale), nous disons qu'il y a une *éclampsie*.

Si la convulsion éclamptique ou épileptiforme a lieu chez un individu dont nous ouvrons la veine, chez un animal que nous faisons mourir d'hémorrhagie, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

Si, comme dans l'expérience si curieuse de M. Brown-Séquard, un animal prend une attaque convulsive épileptiforme, sous l'influence de certaines excitations extérieures, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

Qu'est-ce donc que l'éclampsie relativement à l'épilepsie, et réciproquement? En ne tenant compte que de la *forme convulsive*, l'épilepsie *symptomatique* ou *essentielle* n'est que de l'*éclampsie à retours*, et l'éclampsie n'est que l'épilepsie accidentelle et transitoire.

Pour être conséquent, il faut donc accepter que toutes les convulsions épileptiformes, bien que tenant à des causes éloignées très diverses, sont, suivant toute apparence, l'expression de la même modalité intime.

Si nous nous plaçons à ce point de vue, nous comprendrons mieux les relations de l'éclampsie et de l'épilepsie avec ce que l'on est convenu d'appeler la congestion cérébrale apoplectiforme.

Suivant M. Calmeil, qui a écrit sur l'épilepsie une thèse qui est un vrai diamant, et que je vous engage tous à lire, l'attaque débute par une pâleur considérable; mais au moment de la période tonique, la glotte se ferme et il se fait un effort suprême, pendant lequel le visage, les vaisseaux du cou, et nécessairement les vaisseaux de l'encéphale deviennent turgescents. On peut donc considérer ici la congestion comme passive et secondaire.

Mais la profonde hébétude qui succède à une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie, n'est-elle que l'effet de cette congestion passive? J'avoue que je ne le crois pas; car la perte de connaissance subite qui signale le début de l'épilepsie, perte de connaissance accompagnée, dès l'abord, d'une pâleur mortelle, est le signe d'une modification si profonde dans les fonctions du cerveau, et probablement dans sa structure intime, que la stupeur consécutive à l'attaque est plus probablement la suite de cette modification que celle de la congestion passive secondaire.

D'où résulte que ce que nous appelons la congestion cérébrale apoplectiforme pourrait bien n'être rien autre chose qu'un état analogue à la *stupeur apoplectique*, qui succède à une grande commotion du cerveau, stupeur apoplectique certainement étrangère à la congestion.

L'éclampsie des femmes enceintes n'éclate pas au moment où la

mère se livre à de violents efforts, capables de congestionner le cerveau ; elle se manifeste avant tout travail quelquefois ; le plus souvent quand à peine l'utérus a éprouvé ces légères contractions qui n'éveillent l'attention de personne et qu'on appelle *mouches*.

Les enfants, au milieu d'accès répétés de coqueluche, arrivent à un tel état de congestion que le sang jaillit de leur nez, que le visage reste bouffi, et que, dans quelques cas, il se forme des ecchymoses dans les paupières. Nous ne doutons pas que le cerveau participe à cette congestion ; après l'accès, il reste un instant comme hébété. Mais comparez-vous cela au coup de tonnerre d'une attaque épileptique et aux phénomènes apoplectiques qui la suivent?

Il y a donc autre chose que de la congestion ; il y a le *coup épileptique*, l'*ictus* des anciens auteurs, une modalité de la substance cérébrale, dont ni vous ni moi ne connaissons la nature. Boerhaave comparait justement la chute de l'épileptique à celle du bœuf qui tombe sous le coup de massue du boucher ; croit-on que ce soit la congestion qui terrasse le bœuf?

Il y a, dit-on, des congestions actives ; je ne le nie pas ; mais celles-ci ne jettent jamais les gens à terre.

Un enfant est atteint de fièvre cérébrale ; il a sans doute la stupeur ; mais cette stupeur existe dans des limites assez étroites. Qu'il survienne une attaque d'éclampsie et l'enfant tombe dans l'état apoplectique.

Ce que je viens de dire de l'encéphalo-méningite aiguë des enfants, je le dis de la paralysie générale des aliénés, que MM. Calmeil, Bayle, Parchappe, etc., rattachent à une méningo-encéphalite chronique. Ce paralytique, à cela près des idées délirantes qui l'occupent, à cela près d'une certaine incertitude dans le langage et dans la marche, serait d'une bonne santé apparente. Il prend une attaque épileptiforme, et à l'instant il est foudroyé ; il tombe dans l'état apoplectiforme. Pour ce malade, pas plus que pour l'enfant dont je viens de parler, la phlegmasie encéphalo-méningée n'est la cause prochaine de l'attaque convulsive et apoplectique; mais je suis en droit de dire que si cette phlegmasie est la cause éloignée de la convulsion éclamptique, la modalité cérébrale, la modification moléculaire intime qui produit l'attaque, est la cause des phénomènes apoplectiques.

Pour MM. Falret, Baillarger, Moreau et Girard, les convulsions précédant l'attaque apoplectique, chez les paralysés généraux, seraient fort rares.

D'après les renseignements qui m'ont été fournis par MM. Foville et Blanche, ces convulsions ne manquent, au contraire, jamais. Et M. Calmeil déclare les avoir constatées *de visu* dans les trois quarts des cas, sans rien affirmer à l'égard des autres cas, dont il n'avait pas été lui-même témoin.

Si d'autres médecins sont d'un avis contraire, c'est que la durée des phénomènes est extrêmement courte, et que ces phénomènes ont pu échapper, dès lors, très souvent à l'observation.

Dans le fait cité par M. Dechambre (je lui demande pardon si je le provoque ici ; il a en dehors de cette enceinte le moyen de se défendre), il y avait eu de *petites grimaces* dans le visage ; qu'est-ce donc que ces grimaces, si ce n'est des convulsions? Peut-être même y en a-t-il eu d'autres qui ont passé inaperçues.

Quant aux médecins de la ville, ils ont rarement l'occasion d'observer la paralysie générale.

Cela réduit donc beaucoup le nombre des cas d'accidents congestifs apoplectiformes qui peuvent se présenter dans la pratique habituelle.

Ne soyez donc pas surpris que depuis quinze ans je n'aie pas vu de malades atteints de phénomènes apoplectiques transitoires qui ne fussent épileptiques.

M. Trousseau termine en protestant contre l'assimilation faite par M. Girard (de Caillieux) entre les phénomènes qui suivent l'attaque d'épilepsie et ceux qui sont l'effet de l'ingestion des poisons ; il s'élève, à cette occasion, contre la théorie qui attribue le sommeil et le narcotisme à une congestion de l'encéphale.

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 15 FÉVRIER 1861.

Opération remarquable de lithotripsie, terminée avec succès, par M. *Leroy d'Etiolles*.

Discussion sur le mémoire de M. *Worms*, du Kyste de l'ovaire.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

TUMEURS KYSTIQUES DU SEIN. — TUMEURS DERMOÏDES DE L'ŒIL. — TUMEUR VEINEUSE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE. — MODIFICATION DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

M. *Ad. Richard* présente une malade âgée de soixante-dix-sept ans, chez laquelle on peut suivre la marche des tumeurs qui ont été désignées par les auteurs anglais sous le nom de *sarcome cystique*.

Cette femme a été opérée en 1851 par M. Jarjavay, dans le service de M. Velpeau ; ce dernier a vu également la malade et a fait dessiner sa tumeur dans son TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN (planche II). Depuis cette époque (août 1851), M. Richard a opéré onze fois cette malade, en lui enlevant chaque fois de trois à dix kystes ; depuis deux ans, il a renoncé à faire ces opérations à cause de l'âge avancé de cette femme ; il y a actuellement un certain nombre de kystes reproduits, quelques-uns ont un volume considérable. Maintenant cette malade est à l'hospice de la Salpêtrière.

— M. *Follin* communique à la Société une observation très intéressante, il s'agit de *tissus dermoïdes développés à l'intérieur de l'œil*. Les cas de ce genre sont rares. M. Follin en a trouvé cinq qui ont été observés par MM. Pamard, Ruté, Florent Cunier, Græfe, Langenbeck.

Le plus souvent ces tissus dermoïdes naissaient sur la capsule cristalline ou sur l'iris ; ils présentaient des poils à leur surface. Dans tous les cas, il y avait eu une lésion traumatique de l'œil.

Dans les cas de M. Follin, il existait à la face choroïdienne de la rétine, une plaque de tissu analogue à la peau, adhérant à la rétine par un tissu cellulaire lâche. En étudiant la structure de cette production, on reconnaît qu'elle présente la plupart des éléments de la peau : une couche épidermique et une couche fibreuse qui contient dans son épaisseur les bulbes pilifères qui donnent naissance aux nombreux poils que l'on voit apparaître à la surface

M. Follin soumet à l'examen de la Société la pièce anatomique et des dessins qui montrent la disposition extérieure et la structure de la tumeur.

— MM. *Mazel* et *Boniface* (d'Anduze) adressent à la Société une observation de *tumeur veineuse de la paupière inférieure*. Cette tumeur s'est développée chez un jeune enfant, trois mois après une blessure insignifiante de la paupière ; elle occupe les deux tiers externes de la paupière inférieure droite. Elle est réductible par la pression. Lorsque l'enfant relève la tête, elle est peu considérable ; mais elle augmente de volume rapidement et se gonfle quand l'enfant penche la tête en avant, pour se réduire facilement lorsqu'il relève de nouveau la tête. Pendant le décubitus dorsal ou latéral gauche, elle est peu considérable, augmente au contraire de volume pendant le décubitus latéral droit. La peau est amincie et bleuâtre.

Les deux auteurs de cette observation ont diagnostiqué une tumeur contenant du sang veineux liquide, et prenant en considération l'accident peu grave qui a précédé son développement, la désignent sous le nom d'*anévrysme veineux traumatique faux consécutif*. MM. Mazel et Boniface ont commencé le traitement par la compression, méthode qui leur paraît plus simpl et moins dange-

reuse; ils appliquent une boulette de charpie sur la tumeur réduite et la maintiennent par un bandage.

— Nous avons mentionné, dans le compte rendu de la séance du 30 janvier, une lecture faite par M. *Henry* (de Nantes), sur une modification de l'*opération du bec-de-lièvre*. L'opération ainsi modifiée fut pratiquée avec succès sur deux enfants, dont l'un était âgé de quatre mois et demi. Au lieu de faire l'avivement directement d'avant en arrière, de manière à avoir une section perpendiculaire au plan, comme d'habitude, M. Henry fait une section oblique sous une angle de 45 degrés, de telle sorte que les deux bords avivés sont taillés en biseau : le droit aux dépens de la face externe, et le gauche aux dépens de la face interne. De cette manière, on obtient le triple avantage d'élargir notablement la surface saignante, d'appuyer la lèvre gauche sur la lèvre droite, et de ramener vers la ligne médiane la suture et le tubercule qui doit être ménagé pour reproduire le bouton médian de la lèvre supérieure.

Comme cet avivement est fait en laissant les petits lambeaux adhérents par leur extrémité inférieure (comme lorsqu'on emploie le procédé de M. Mirault, d'Angers), on peut les utiliser au moment de l'affrontement; on les renverse en bas de manière à rapprocher leurs surfaces saignantes en sens inverse des deux bords de la suture de la lèvre. Ainsi, tandis que la surface saignante de la lèvre droite regarde en avant et à gauche, la surface saignante du lambeau inférieur droit (après avoir été renversé) regarde en arrière et à gauche; au moment de l'affrontement, il y a une sorte d'engrènement réciproque des quatre surfaces saignantes.

Cette modification, qui a été employée avec succès dans deux cas de bec-de-lièvre bilatéral compliqué, peut aussi être utilisé pour les cas de bec-de-lièvre unilatéral simple ou compliqué.

Jules Rouyer.

---

### Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

M. *Hervieux* lit un mémoire sur l'*emphysème pulmonaire* chez les enfants nouveau-nés. Dans ce travail, basé sur 37 observations recueillies à l'hospice des Enfants assistés, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : l'emphysème pulmonaire est plus fréquent dans le premier mois de la vie extra-utérine (19 cas) que dans les onze mois suivants (13 seulement en tout). Il est plus fréquent dans la première année (32 cas) que dans les années suivantes (5 cas). Les lésions anatomiques de l'emphysème infantile présentent deux formes : la forme vésiculaire et la forme interlobulaire ou kystique, qui ne paraissent que deux degrés d'une même espèce de lésion. L'emphysème peut se généraliser, s'étendre au médiastin, et, par suite, à tout le tissu cellulaire sous-cutané, comme l'ont montré antérieurement M. Natalis Guillot et M. Roger. L'emphysème, chez les nouveau-nés, s'accompagne d'un grand nombre d'états pathologiques divers, au milieu desquels il est à peu près impossible de le reconnaître pendant la vie. Tous les signes classiques de cette lésion, chez l'adulte, cessent d'être constants, ou d'être perceptibles chez les nouveau-nés. La dyspnée ne s'est montrée que 10 fois sur 37, encore y avait-il complication d'une autre lésion pulmonaire. L'auscultation ne permet de rien préciser, parce qu'à travers le tissu, qui ne respire pas, l'oreille entend la respiration du poumon tout entier, et des râles ou autres phénomènes étrangers dont il est impossible de préciser le lieu.

La percussion, par des raisons analogues, n'en apprend pas davantage : la poitrine est sonore partout. Les causes qui paraissent produire l'emphysème à cet âge sont toutes les affections qui portent une atteinte grave à l'organisme et par ordre de fréquence : l'algidité progressive avec ou sans sclérème, la rougeole, la phthisie pulmonaire, l'ictère, le rachitisme, la syphilis, etc. Parmi les causes prochaines, l'engouement pulmonaire, l'apoplexie et la gangrène du poumon paraissent les plus influentes; les efforts de toux convulsive et la coqueluche, qui sont généralement regardés comme la cause la plus fréquente de l'emphysème infantile, ne jouent qu'un rôle très restreint dans les cas de M. Hervieux, et ne se sont présentés que trois fois sur trente-sept. Enfin, l'affection paraît curable, bien que les sujets doivent conserver une susceptibilité pulmonaire assez grande.

M. *Collin* lit un travail sur la valeur de la *respiration saccadée* comme signe de la tuberculisation pulmonaire au début. L'auteur n'a jamais rencontré ce symptôme au début, bien qu'observant sur une échelle assez vaste (les hôpitaux militaires, les conseils de révision). Ce signe, quand il existe, s'accompagne d'autres signes plus importants. C'est un épiphénomène d'une tuberculisation déjà avancée. Sa cause physique paraît être invariablement une adhérence pleurale. Il ne diffère du frottement pleurétique que par un moindre degré d'intensité, dont on peut facilement se rendre compte par les faibles déplacements dont le sommet du poumon est susceptible dans la cage thoracique, en comparaison du déplacement des parties moyennes ou inférieures.

Dr E. Isambert.

---

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

### Calculs biliaires rendus par le vomissement, observation par M. le docteur Edwin J. Miles.

Obs. — E.-L., âgée de cinquante-six ans, a éprouvé, il y a deux ans, de violentes crampes d'estomac, avec irradiations douloureuses dans l'hypochondre droit. A cette époque, le foie était volumineux, l'appétit médiocre; en même temps constipation, syncopes répétées, débilité générale, vomissements fréquents et copieux. La malade rendait en grande abondance un liquide brunâtre, à réaction acide, dans lequel le microscope révélait la présence d'une quantité considérable de sarcines et de torules. Elle se met en traitement dans un hôpital où elle séjourne trois mois. Quand elle se présenta de nouveau à l'observation de M. Miles, le foie était moins volumineux et les douleurs que la malade éprouvait dans l'hypochondre avaient diminué d'intensité ; mais les vomissements continuaient comme par devant, et les matières vomies n'avaient pas changé de caractère.

Huit jours plus tard, la malade fut prise de palpitations violentes, avec refroidissement de la peau et tremblement de tout le corps. Ces accidents cédèrent à une potion éthérée et opiacée, mais ils furent remplacés par une douleur violente occupant l'épigastre de l'hypochrondre droit. On applique un cataplasme chaud sur la région douloureuse et on répéta la potion. La malade vomit alors, après des nausées violentes, un calcul biliaire, de forme ovalaire, mesurant 7/10 de pouce sur 5/10. Elle se sentit soulagée, mais elle resta encore alitée pendant une quinzaine. Au bout de ce temps, elle éprouva les mêmes accidents, et vomit encore un calcul biliaire analogue au premier.

Sous l'influence d'une diète exclusivement liquide, les vomissements s'arrêtèrent aussitôt après le rejet du deuxième calcul. La malade alla ensuite prendre des bains de mer; sa santé se rétablit lentement, mais elle finit par être assez bonne. De temps en temps seulement, la région hépatique est encore le siége de douleurs modérées qui cèdent facilement aux préparations de jusquiame, associées à l'acide chlorhydrique. Les vomissements ne se sont pas reproduits.

M. Miles appelle principalement l'attention sur la suppression des vomissements contenant de la sarcine à la suite de l'expulsion des calculs biliaires Quant à la voie suivie par ces concrétions pour arriver dans l'estomac, elle reste douteuse, rien dans l'observation n'indiquant si elles ont cheminé par les conduits biliaires ou par un trajet accidentel. (*The Lancet*, 19 janvier 1861.)

### Nouveau cas de purpura hæmorrhagica guéri promptement par le perchlorure de fer, par M. le docteur Van Holsbeek.

Obs. — D..., âgée de dix-huit ans, fut prise subitement, et sans cause appréciable, dans la soirée du 15 juillet 1860, de malaise, de courbature, de nausées et de frissons erratiques. Le lendemain, elle s'aperçoit

que sa salive était sanguinolente et que la peau était couverte de taches bleues et rouges. M. Van Holsbeek la vit le même jour; elle se plaignait de faiblesse, de douleurs dans le dos et d'une lassitude générale. Le menton, le cou, le tronc et les membres étaient couverts de petites taches circulaires de grandeur et de couleur variées, ayant une demi-ligne à une ligne de diamètre, et d'une coloration variant entre le rouge vif du sang artériel et le pourpre noir. Il existait aussi, sur différentes parties du corps de larges plaques d'ecchymoses d'une couleur violacée et verdâtre; c'était surtout aux mamelles, aux coudes, aux reins et aux mollets que se remarquaient ces ecchymoses. Il y avait même çà et là des macules sur les lèvres, sur les bords de la langue, sur les gencives, sur la muqueuse buccale et sur le voile du palais. La malade rejetait continuellement, par l'expectoration, du mucus mousseux rougi par du sang; les gencives étaient un peu saignantes. Il n'y avait pas de mouvement fébrile. On prescrivit immédiatement une potion avec un gramme de perchlorure de fer, qui fut continué les jours suivants.

Dès le 23, la malade se sentait mieux; elle avait moins de lassitude. Les taches étaient plus noires et il en était paru quelques nouvelles, mais les crachats n'étaient plus sanguinolents. — Le 24, les larges ecchymoses se résorbaient et prenaient une couleur jaune verdâtre. Les petites taches disparaissaient surtout dans la cavité buccale. — Le 27, la malade se trouvait tout à fait bien; on n'apercevait plus de taches, et les ecchymoses avaient beaucoup perdu de leur étendue; il n'y avait plus eu d'expectoration sanguinolente depuis trois jours, et les gencives étaient tout à fait raffermies; comme il y avait de la constipation, on prescrivit une once d'huile de ricin.

Le 30 juillet, la malade était complétement guérie, et la peau ne présentait plus la moindre tache ni ecchymose. (*Journal de médecine de Bruxelles*, janvier 1861.)

**La maladie vénérienne des solipèdes**, par M. Lafosse (de Toulouse).

La maladie du coït des solipèdes se caractérise surtout, au début, chez la femelle comme chez le mâle, par les symptômes suivants : Un engorgement œdémateux d'abord, puis induré, des organes externes de la génération; des vésicules ou pustules miliaires, suivies d'ulcérations superficielles, se caractérisant spontanément, et affectant la muqueuse vaginale et la verge; un écoulement muco-purulent et corrosif, s'effectuant par la vulve; une couleur morbide jaune pâle, rouge ou bleuâtre du vagin et du pénis; un état catarrhal de la conjonctive, de la pituitaire, et un engorgement des ganglions inguinaux et sous-glossiens; une sensibilité marquée des reins et de la croupe, avec embarras dans les mouvements de l'arrière-train.

Après la période de début, on signale surtout des symptômes d'arthrite, des paralysies du mouvement, des atrophies partielles ou générales, des éruptions de boutons ecthymateux ou pseudo-farcineux. Enfin, comme phénomènes exceptionnels, on peut constater encore la luxation coxo-fémorale et des fractures spontanées.

Rarement les animaux guérissent. La plupart succombent dans un marasme hideux. Dans l'un et l'autre cas, la durée totale de la maladie peut varier entre deux mois et trois années.

Considérée dans son ensemble, la maladie offre comme caractère remarquable de ne sévir, dans une même localité, que pendant deux ou trois années; elle la quitte, après ce terme, pour se montrer le plus souvent dans une contrée voisine ou éloignée.

Au nombre des lésions les plus importantes se rangent : l'altération du sang, sa fluidité, la prédominance du plasma, la diminution et la déformation des globules colorés; la phlogose de la muqueuse génito-urinaire, la présence à sa surface d'une quantité plus ou moins considérable d'une humeur muqueuse ou purulente, associée à de nombreuses cellules épithéliales; enfin l'injection de la moelle, et même son ramollissement et celui de l'encéphale; l'injection de tissu spongieux des os, son ramollissement, celui du ligament rond, la rupture de ce lien, etc.

L'étiologie de la maladie du coït a donné lieu à une grande diversité d'opinions. On a tenté de rattacher l'invasion du mal à un concours de causes : d'abord à la faiblesse originelle qui, jointe à une irritabilité excessive, prolonge la durée de la copulation et en retarde la fin; de plus, à des perturbations atmosphériques, aux pluies, aux orages fréquents qui, dans quelques années irrégulières, règnent dans les localités montagneuses et qui feraient dominer une constitution catarrhale; enfin, à ces conditions se joindrait l'excitation locale provoquée et entretenue par l'action des organes sexuels.

M. Lafosse pense qu'il est impossible de répudier ou d'admettre absolument l'intervention de ces agents comme causes. Néanmoins, dit-il, si l'on considère que partout, dans toutes les circonstances où ils se présentent, on ne voit se manifester l'effet qu'on leur attribue; que cet effet se produit là où il est impossible d'invoquer leur intervention, on arrive forcément à conclure que leur influence pathogénique est, sinon nulle, au moins d'une importance secondaire. Il est démontré, d'autre part, que la maladie du coït ne se produit pas sous l'influence d'un génie épizootique. M. Lafosse penche plutôt à penser que la véritable cause est peut-être dans le croisement des races, l'émigration et l'acclimatation qu'il nécessite, influence qui produirait un affaiblissement constitutionnel tout spécial.

Quant à l'opinion qui fait dériver la maladie du coït de la syphilis de l'homme, M. Lafosse la repousse comme dénuée de tout fondement. Si la maladie du coït, dit-il, se rapproche de la syphilis par son siége, par quelques-uns de ses symptômes, une partie de ses lésions, par les conditions apparentes sous lesquelles on les voit se développer, elle paraît en différer aussi beaucoup sous les deux premiers de ces rapports. Personne n'a encore signalé les ulcères rongeants, les chancres indurés des parties sexuelles, leur invasion secondaire aux lèvres, à l'arrière-bouche, les bubons cervicaux et axillaires, les pustules humides de la marge de l'anus, des bourses, les périostoses, les exostoses, les tophus articulaires..., et une foule d'autres accidents secondaires ou tertiaires si communs dans la syphilis.

La maladie de l'accouplement est-elle contagieuse ? Cette question avait été résolue négativement par une commission instituée, à Tarbes, par M. le ministre de l'agriculture. M. Lafosse a répété, avec M. Prince, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse, les expériences de cette commission, et il est arrivé à des résultats diamétralement opposés. Les expériences *ont été faites à Toulouse*, où la maladie était inconnue, et où il était, par conséquent, impossible de supposer l'existence d'une influence épizootique.

Quinze juments, parfaitement saines, ont été livrées à des étalons atteints de la maladie du coït, et provenant du dépôt de Tarbes. Sur ce nombre, cinq ont offert, à un faible degré, les symptômes de la maladie, et en sont guéries spontanément; cinq ont été gravement affectées, une seule est guérie, les quatre autres ont succombé.

Pour rendre ces résultats plus concluants, deux étalons du dépôt de Villeneuve-d'Agen, qui n'a jamais été visité par la maladie du coït, ont été dirigés sur Toulouse, et ils ont sailli les juments infectées par les étalons de Tarbes. Un de ces animaux n'a pas tardé à présenter tous les symptômes de cette affection, et il en est mort; l'autre n'en a été affecté qu'à un faible degré; pendant quatre années, il a paru parfaitement guéri; mais, à l'automne de 1856, il est devenu morveux et a dû être sacrifié.

Ces faits se passent de commentaires. « Toutefois, ajoute M. Lafosse, il paraît que la contagion par inoculation se fait difficilement; beaucoup d'expérimentateurs, et nous sommes du nombre, n'ont point réussi à l'inoculer par piqûre, même par frictions sur les parties génitales. Hertwig avance pourtant qu'il est quelquefois parvenu à transmettre le mal au moyen de la friction faite dans le vagin avec la matière virulente. » (*Journal des vétérinaires du Midi*, novembre et décembre 1860.)

**Sur les moyens à opposer aux premiers accidents occasionnés par le *Trichina spinalis***; par M. le docteur Küchenmeister.

L'auteur ne s'occupe que des cas où la maladie occasionnée par le *trichina spinalis*, est dans ses premières périodes. Les malades sont alors dans un état subtyphoïde. Ils ne présentent ni diarrhée, ni exanthème typhoïde, ni tuméfaction notable de la rate. Ils éprouvent des douleurs musculaires violentes à l'occasion des

moindres mouvements; parfois on observe de la dysphagie, de l'enrouement, du strabisme ou une motilité très limitée du globe de l'œil. Ces symptômes doivent toujours faire penser à la possibilité de la présence du *trichina* dans l'économie, et il est probable que telle est la nature réelle de bien des cas pris à tort pour des affections typhoïdes ou pour des douleurs rhumatismales.

Pour reconnaître la maladie, on devra se guider d'après les données suivantes :

Lorsqu'on apprend que les malades mangeaient de la viande crue, et surtout du porc, on est en possession d'un premier indice. Les faits de ce genre ne sont pas très rares. On les rencontre surtout chez les personnes qui manient les viandes de porc crues, mais la plupart des autres animaux domestiques peuvent également être affectés du *trichina*. Pour assurer le diagnostic, il est alors indispensable d'examiner au microscope quelque portion de muscle du malade, ce qui peut se faire facilement sans avoir recours à aucun procédé très pénible. Dans les cas où il existe une plaie quelconque, rien n'est plus facile. On peut se servir des bourgeons charnus qui entourent un ongle incarné, ou un chicot, etc. Au reste, avec un trocart explorateur à crochet, on peut aisément obtenir une petite parcelle d'un muscle ; il faut seulement faire la ponction dans un endroit peu vasculaire.

Lorsqu'on s'est assuré de cette manière de la présence dans l'économie de *trichina*, entourés ou non de leur capsule, il est certain que l'intestin recèle des parasites adultes, qui constituent un genre d'infection incessante, et qu'il importe d'expulser au plus vite. M. Küchenmeister conseille de commencer le traitement par l'administration de deux ou trois purgatifs énergiques, à trois jours d'intervalle (calomel et jalap, auxquels on peut ajouter de la racine de fougère). Quant aux moyens parasiticides proprement dits, l'auteur pense qu'ils ont quelque chance d'atteindre et de détruire les *trichina* qui voyagent dans l'organisme. Il recommande surtout d'essayer l'essence de térébenthine, additionnée ou non de quelques gouttes de créosote ou de poudre de racine de fougère, à petites doses (une demi-cuillerée à café trois ou quatre fois par jour) souvent répétées, et de la donner même les jours où l'on administre les purgatifs. (*Deutsche Klinik*, 1861, n° 1.)

**Nouveau traitement de la gale**; par M. le docteur METZL (à Cracovie).

Le moyen employé par M. Metzl est l'huile phosphorée, déjà recommandée précédemment par M. le docteur Heinrich. On la prépare, en introduisant dans un flacon de l'huile d'olive ou de lin, et une petite quantité de phosphore (environ 8 grammes pour 500 grammes d'huile). On ferme le flacon avec une vessie et on l'expose à la température de 100 degrés au bain-marie. L'huile refroidie doit être conservée dans des vases bien bouchés.

On l'emploie en frictions quotidiennes. Pendant toute la durée du traitement, M. Metzl fait coucher ses malades tout nus dans des lits garnis de draps. Il a employé ce traitement chez 80 malades. Le nombre des frictions nécessaires, pour obtenir la guérison, fut de 3 chez 31 de ces sujets, de 4 chez 27, de 5 chez 10, de 2 chez 4, et de 6 chez 4. Dans tous ces cas, la guérison fut complète ; on donna ensuite trois bains aux malades avant de les renvoyer. Il n'y eut pas une seule récidive, ni d'eczéma consécutif; les frictions hâtèrent, au contraire, la guérison de l'eczéma déjà existant chez 24 malades, et des excoriations que présentaient 11 autres sujets.

M. Metzl ne donne pas cette méthode comme un traitement expéditif. Il convient, au contraire, qu'elle le cède, sous ce rapport, à plusieurs autres. Il préfère cependant l'huile phosphorée aux moyens classiques, parce qu'elle est beaucoup moins salissante, et parce que c'est une préparation très peu dispendieuse. Elle a surtout l'avantage de ne pas provoquer d'éruptions consécutives et de ne donner lieu, en général, à aucune espèce d'accidents. L'auteur recommande, au reste, de ne pas employer pour les frictions les dernières portions d'huile contenues dans le vase, parce qu'elles pourraient renfermer quelques parcelles de phosphore non dissous. Il ajoute qu'il s'est assuré, par des expériences comparatives, que l'huile ne possède pas par elle-même les propriétés de guérir la gale. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1860, n° 12.)

**Histoire de deux corps étrangers introduits dans le rectum**, par M. le docteur L. MONTANARI.

Nous mentionnons ce fait, à cause des dimensions monstrueuses des corps étrangers. Le premier était le pilon d'un mortier de cuisine : il avait 30 centimètres de long, 6 centimètres 1/2 de diamètre à sa grosse extrémité et 3 centimètres du côté opposé. Le patient, livré à des habitudes de pédérastie passive, avait réussi à s'introduire cet instrument tout entier dans le rectum, d'où M. Montanari eut beaucoup de peine à le retirer.

Plus tard, le même individu fit un usage analogue d'une espèce de matière recouverte de taffetas ciré, long de 55 centimètres et épais de 7 centimètres à son extrémité renflée. Cette fois, le corps étranger ne resta pas en place; le malade le retira lorsque, l'ayant enfoncé tant qu'il pouvait, il ressentit une douleur atroce dans la fosse iliaque gauche. Il prit alors des lavements qui, d'après ses sensations subjectives, semblaient se répandre dans toute la cavité abdominale. Une péritonite suraiguë survint, et, quoiqu'il y eût eu une amélioration apparente le quatrième jour, le malade succomba le cinquième.

A l'*autopsie*, on trouva la cavité péritonéale tout entière remplie par un liquide purulent, mêlé de matières stercorales et contenant plusieurs lombrics putréfiés. Le péritoine était vivement enflammé et gangrené dans toute son étendue. L'intestin ne présentait pas de perforation; mais, au niveau de l'S iliaque, il portait une cicatrice récente, intéressant toute l'épaisseur des parois; la perforation produite par le corps étranger s'était, par conséquent, cicatrisée rapidement. (*Giornale della Accademia di medicina di Torino*, n° 24, 1860.)

**Du traitement de la galactorrhée par les douches utérines**, par M. le docteur ABEGG, à Dantzig.

Les accoucheurs connaissent depuis longtemps la sympathie étroite qui relie les glandes mammaires à l'utérus, et qui se manifestait aussi bien à l'état physiologique qu'à l'occasion de diverses maladies. L'influence de l'allaitement sur le retrait de l'utérus est un fait banal, et c'est dans ce même ordre d'idées que M. Scanzoni a trouvé un nouveau moyen de provoquer l'accouchement prématuré à l'aide d'une excitation portée sur les mamelons.

Dans ces faits, il s'agit d'une excitation des nerfs des seins transmise à ceux de l'utérus. Il était permis de supposer qu'une action sympathique analogue pourrait bien s'exercer en sens inverse des nerfs utérins sur ceux de la mamelle. C'est cette pensée qui conduisit M. Abegg à employer, en 1855, des douches utérines dans un cas de galactorrhée rebelle. Quoique cette tentative eût été couronnée d'un plein succès, M. Abegg se tenait en garde contre un jugement prématuré. Tout récemment cependant, il a rencontré un cas entièrement analogue, et il n'hésite pas dès lors à recommander le moyen en question à l'attention des praticiens.

Voici, en résumé succinct, les deux faits observés par l'auteur :

OBS. I. — D..., âgée de trente et un ans, assez bien constituée, toujours bien réglée et bien portante, accoucha pour la première fois vers la fin de l'année 1852; elle allaita son enfant, qui mourut au bout de neuf semaines. Le 28 octobre 1854, elle accoucha d'une fille qui mourut le 1er décembre, à la suite d'une diarrhée; elle l'allaita jusqu'au 15 novembre ; des excavations aux mamelons la forcèrent ensuite à cesser l'allaitement. Il s'ensuivit une tuméfaction considérable, assez douloureuse, des seins, que l'on combattit par des frictions huileuses et des purgatifs. Grâce à ces moyens, la sécrétion du lait était, au bout de trois jours, presque complétement supprimée dans le sein droit, qui était à peu près revenu à son volume et à sa consistance normales. Du côté du sein gauche, on remarqua bien la disparition de toute tension douloureuse, mais la sécrétion lactée ne diminua nullement, et elle augmenta même lorsque, au bout de dix jours, la mamelle droite cessa entièrement de fonctionner. Les purgatifs, l'emploi à l'intérieur du fer et d'un grand nombre d'autres médicaments, la compression des seins, les applications

locales de teinture d'iode et de divers astringents échouèrent complétement. Le lait continuait à s'écouler sans cesse. Les règles n'avaient pas reparu ; il y avait un peu de leucorrhée.

Le 3 février 1855, on commença l'administration des douches utérines à 30 degrés Réaumur, prolongées pendant quinze minutes. On les continua tous les jours jusqu'au 14 février. Le 15, survint une légère métrorrhagie qui persista, très peu abondante, pendant quinze jours. En même temps, la sécrétion de lait s'arrêta complétement, et le sein reprit son volume naturel. Les forces ne tardèrent pas à revenir, la menstruation se rétablit régulièrement. Depuis ce temps, la santé de cette femme est excellente.

Obs. II. — G..., âgée de vingt-sept ans, fortement constituée, accoucha de son premier enfant le 5 mai 1860. L'allaitement fut rendu impossible par le développement insuffisant des mamelons et des abcès formés dans les deux seins. Sous l'influence des moyens usuels, la sécrétion lactée s'arrêta en peu de jours dans le sein gauche. Le sein droit, au contraire, fournissait encore, dix semaines après l'accouchement, une sécrétion abondante qui mouillait continuellement les vêtements. Santé excellente d'ailleurs. Les lochies avaient coulé pendant quatre semaines. La menstruation ne s'était pas encore rétablie le 14 juillet. Les douches utérines tièdes furent alors administrées une fois par jour pendant quatre jours, et deux fois quotidiennement les trois jours suivants. Immédiatement après la dernière douche, apparition des règles, qui durèrent cinq jours comme d'habitude. En même temps la galactorrhée diminua rapidement, pour s'arrêter ensuite définitivement. Retour de la menstruation au bout de quatre semaines. (*Monatschrift für Geburtskunde*, décembre 1860.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Le non-restraint, ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie, suivi de considérations sur les causes de la progression dans le nombre des aliénés admis dans les asiles,** par M. Morel, médecin en chef des aliénées de Saint-Yon (Seine-Inférieure). Paris, chez Victor Masson et fils.

Rien de tel que de voir les choses par soi même; c'est le moyen de rendre aux objets leurs vraies proportions, de déposer des préventions sans base, de se tenir à une égale distance d'un dénigrement aveugle ou d'un enthousiasme irréfléchi. Les fantômes dont on s'approche se dissipent, comme dans une galerie se révèle le chef-d'œuvre d'un maître parmi la foule des compositions secondaires.

Ces réflexions naissent d'elles-mêmes à la seule lecture du titre du nouvel opuscule de M. Morel. Le non-restraint est une sorte de mythe qui éveille la défiance des uns, suscite les aspirations des autres, et est pour beaucoup l'inconnu devant lequel on hésite. L'abstention n'est point un système qui tombe sous les sens. Par quel secret, abandonnant à lui-même un aliéné agité ou dangereux, conjurerez-vous les effets de sa violence ou de ses déterminations sinistres? Il y a des dompteurs dont le regard fascine les animaux les plus farouches; certains vétérinaires, quelque vicieux que soient les chevaux, les châtrent en toute liberté sans les immobiliser dans un *travail*. Nos voisins d'outre-Manche, chez qui le non-restraint compte ses principaux adeptes, possèdent-ils un prestige analogue?

Tout cela reste vague dans les esprits, et, malgré le bruit qui s'est fait autour de cette question, malgré les écrits auxquels elle a donné lieu, l'opinion, chez nous, reste flottante, et nous ne sachions pas que les médecins aliénistes aient sensiblement modifié leurs habitudes. Pourtant, chacun, *in petto*, se demande si cet état mitoyen d'indifférence n'est point une faute et s'il ne conviendrait pas d'approfondir et peut-être d'imiter la pratique anglaise.

M. Morel a senti ce besoin commun, et, plus heureux que la plupart de ses collègues auxquels *non contingit adire Corinthum*, il a pu franchir le détroit, examiner de près hommes et choses, et arriver à des impressions dont la présente communication renferme la confidence.

Son écrit, toutefois, traite d'autres points dont quelques-uns n'ont avec le non-restraint qu'une affinité éloignée. Cela s'explique par les conditions dans lesquelles s'est effectué son voyage. Dans le département de la Seine-Inférieure, au sein de la vieille cité normande, si riche, si industrieuse et si éclairée, on porte un vif intérêt aux aliénés. Les médecins qui se sont succédé dans les asiles : MM. Foville, Parchappe; leurs remplaçants actuels, MM. Deboutteville, Dumesnil, Morel, ont fortement contribué à féconder ces excellentes dispositions, grâce au soin persévérant avec lequel ils ont étudié les besoins et montré les moyens d'y satisfaire.

Dans ces derniers temps surtout, la commission de surveillance s'est préoccupée d'une manière toute spéciale des améliorations à introduire dans le traitement des malades. Les procédés nouvellement usités en Angleterre ayant, entre autres, attiré son attention, M. Morel fut, à cet égard, chargé de faire une enquête. Notre confrère s'adonna à cette tâche avec l'ardeur qui le caractérise et en consigna les résultats dans un rapport dont l'impression fut immédiatement votée. Or, ce travail, précisément, est celui que nous devons faire connaître.

Un fait a frappé tout d'abord M. Morel dans les établissements qu'il a visités au delà du détroit : le calme relatif des aliénés. Devait-on l'attribuer au tempérament et aux mœurs des insulaires britanniques? Qui ne sait que l'agitation de la folie n'épargne pas les natures les plus débonnaires? La bonne tenue et le confortable des asiles paraissent à M. Morel des causes plus efficaces. Le personnel médical, à la vérité, est insuffisant en nombre autant qu'il brille par le talent. Des asiles réunissant 1,000 et 1,200 insensés n'ont souvent qu'un ou deux chefs de service sans adjoints ni élèves. Sous ce rapport, les garanties offertes par la France au traitement et à l'observation clinique sont, sans contredit, préférables.

Néanmoins, cette infériorité serait rachetée par d'importantes compensations. Les travaux et les exercices ont reçu en Angleterre une extension tout à fait exceptionnelle. Les serviteurs sont en même temps moins mesquinement rétribués et infiniment plus capables. Tout ce qui tient au régime alimentaire, à la distribution des eaux, à la ventilation, au chauffage, semble mieux entendu que chez nous. Il y aurait enfin avantage pour l'action médicale et le maintien de la discipline dans le classement plus sévère des différentes catégories morbides, dans la séparation des déments paralytiques, des pervers, des épileptiques, des imbéciles et des idiots.

Mais, dans tout ceci, quelle est la part du non-restraint? M. Morel commence par tracer le sombre tableau de l'état déplorable où se trouvaient les asiles anglais lorsque, il y a vingt ans à peine, M. Conolly entreprit sa réforme. Pinel n'avait point passé par là. On en était encore aux cachots humides et infects, au coucher sur les dalles couvertes d'un peu de paille, aux chaînes rivées dans les murs. On conçoit l'émotion que dut causer l'initiative du célèbre aliéniste. Il n'est guère de changement sérieux qui ne se heurte aux préjugés et à la routine. M. Conolly eut à soutenir une lutte courageuse; mais l'exemple de la France et l'appui d'une discussion libre ne tardèrent pas à lui aplanir les obstacles. Aujourd'hui l'application de ses vues est presque générale dans les asiles du Royaume-Uni.

Diffère-t-elle essentiellement de la nôtre? Avons-nous été distancés ou s'est-on seulement élevé à notre niveau? Voilà la question que M. Morel résout en faveur de l'Angleterre et qui, à notre avis, pourrait, à l'égard de la France, être moins désavantageusement controversée. On proteste contre la camisole, le fauteuil et les entraves. Où sont donc les si grands abus qu'on en fait? En quel lieu ont-ils été érigés en système permanent de restriction? L'usage, au contraire, en est exceptionnel, transitoire et limité, dans les établissements bien organisés, à 10 ou 12 malades sur 1,000. Et quels sont ces malades? Hallucinés, épileptiques à mauvais instincts, individus à tendances homicides ou suicides, chiffonniers et déchireurs même, tout cela, à moins de démonstrations trop effectives, circule librement sous l'unique garantie d'une sur-

veillance plus ou moins attentive. A Bicêtre, au quartier de sûreté, où sont réunis les aliénés réputés les plus dangereux, au nombre de 37, des mois entiers se passent sans aucun encamisolement. Ceux que l'on contient de la sorte sont quelques maniaques incoercibles qu'on a hâte de délivrer aussitôt que leur agitation s'apaise, ou de pauvres paralytiques qui, sans cette précaution, tomberaient de leur lit ou des siéges sur lesquels ils sont assis.

Sans doute, cette proportion est trop forte encore. On pourrait la diminuer avec un personnel moins restreint de serviteurs et des appropriations depuis longtemps réclamées ; mais, de bonne foi, suffit-elle pour nous constituer en infériorité relative ? Nos confrères des asiles départementaux ne le pensent pas. M. Morel en fournit lui-même la preuve par les nombreuses citations qu'il emprunte à leur correspondance. Presque tous font leurs réserves en montrant d'ailleurs que l'impulsion imprimée partout aux services tend à réduire, jusqu'à les annihiler, les cas où la coercition est nécessaire.

Ajoutons que M. Conolly, trop éclairé pour être absolu, n'a point exclu les justes tempéraments et que les substitutions auxquelles il a recours ont été en partie conçues, sinon généralisées. Manchons, manches fermées, tuniques s'ouvrant par derrière, plastrons et revers de cuir, bottines lacées au-dessus des chevilles, etc., tout cela a été imaginé depuis longtemps. L'application a fait défaut. Le système des cellules sur lequel se fonde le non-restraint n'est-il pas lui-même d'origine française? N'a-t-on pas, dans le but de parer aux inconvénients signalés, proposé de les rembourrer et de les tendre de noir, soit pour amortir les chocs, prévenir la contagion et la propagation du bruit, ou pour modérer, par des impressions adoucies, l'intensité des causes excitatrices ?

Malheureusement, à Paris et dans beaucoup d'endroits, qui naturellement se sont inspirés de l'exemple de la capitale, les cellules ont été construites dans des conditions défectueuses qui les rendent impropres à leur destination. Non-seulement elles sont trop peu spacieuses, mais elles ont leur entrée dans des galeries étroites, à ciel ouvert où, rôtissant en été, gêlant en hiver et se *bousculant réciproquement*, *les malades*, *entravés dans leurs mouvements*, ne sauraient se livrer à un exercice salutaire. L'Angleterre, évidemment, l'emporte sur nous pour le confortable ; mais, nous le répétons, les indications étaient posées, et il n'a pas dépendu des médecins, obligés souvent de s'en tenir aux éléments à leur portée, qu'elles ne fussent remplies,

M. Morel met en relief les abus de la camisole. Nous nous associons volontiers à sa plainte. Qui les connaît mieux que nous? Le vice, toutefois, est moins inhérent au moyen, inoffensif en lui-même, qu'à l'imprudence de ceux qui l'appliquent. Les dangers sont peu à craindre là où l'autorité médicale prépondérante fait à chaque heure de la journée sentir son action, ordonne, suspend et surveille. L'équité exige qu'on ne se méprenne point sur les causes, et qu'on n'attribue point à telle ou telle circonstance ce qui provient de tout autre source.

A notre sens, le succès ne tient point à l'abstention plus ou moins absolue de certains procédés coercitifs, susceptibles, le cas échéant, d'un emploi opportun, mais à l'ensemble des influences qui s'exercent sur le physique et le moral des aliénés. Le non-restraint, en réalité, n'est que le perfectionnement de plus en plus rationnel du milieu dans lequel se meuvent ces infortunés. Il serait non avenu, dangereux, impossible sans ce corollaire indispensable, c'est-à-dire si l'on ne remplaçait les bâtiments exigus, par des constructions suffisamment vastes, les lits étriqués par des couchettes commodes, les serviteurs inertes ou brutaux par des aides intelligents et dévoués, l'oisiveté par le travail, l'immobilité par l'exercice, l'encombrement des malades par une dispersion tout à fait propice à l'essor des médecins et des employés, trop souvent assaillis dans leurs visites par des récriminations violentes ou des demandes intempestives.

Aussi ce que nous approuvons chez nos voisins, c'est le sentiment très vif de cette réforme, c'est le grandiose des conceptions auxquelles il les a conduits, et le zèle fructueux avec lequel ils continuent de marcher dans cette voie. Sous ce rapport, M. Conelly, par sa généreuse initiative, a rendu à la science et à l'humanité un service qu'on ne méconnaîtrait pas sans ingratitude, et M. Morel lui-même ne s'est pas acquis un moindre droit à notre hommage en se rendant l'interprête des idées du savant aliéniste anglais. Son écrit, plein d'aperçus féconds et de détails instructifs, se recommande spécialement à tous ceux qui, à un titre quelconque, médecins et administrateurs, s'intéressent au sort des aliénés et des asiles. En dissipant les nuages dont était environnée cette question importante du non restraint, il nous a d'ailleurs révélé nos situations respectives et montré, dans la presque unanimité des aspirations, l'heure voisine d'une conciliation inévitable.

Un mot, en terminant, sur un point qui mérite une sérieuse attention Lors de l'installation de Quatremares, en 1852, Saint-Yon conservait environ 500 femmes aliénées. Le nombre aujourd'hui dépasse 800, équivalant à une moyenne progressive de 33 par an. D'où provient un accroissement si rapide et bien propre à susciter de légitimes appréhensions? Serait-il dû à une augmentation effective des aliénés dans le département de la Seine-Inférieure ? Les dégénérescences s'y multiplient ; l'habitude des alcooliques s'y propage ; mais, en concédant la réalité au moins douteuse de ces influences, seraient-elles assez sensibles pour expliquer des changements aussi graves? Dans de judicieuses considérations, M. Morel insiste avec raison sur des causes beaucoup plus actives. Obéissant à l'appel du vide opéré à Saint-Yon par la distraction des hommes, la plupart des établissements hospitaliers y ont envoyé une foule de démentes paralytiques, d'imbéciles et d'idiotes qui les surchargeaient. La charité n'était que déplacée. D'un autre côté, par suite de l'élan philanthropique qui entraîne la société, les diverses autorités communales n'hésitent pas devant les sacrifices nécessaires pour exonérer les familles indigentes du fardeau de ces pauvres infirmes. Les départements circonvoisins, celui de l'Eure en particulier, fournissent enfin un contingent notable de pensionnaires.

Loin, toutefois, de s'alarmer de ces circonstances, M. Morel y trouve un motif puissant de proportionner les efforts aux nécessités, de pousser à la fondation des asiles départementaux, et surtout comme il le propose dans une lettre chaleureuse à M. le préfet, d'engager à étudier les questions relatives aux aliénés, non-seulement dans les établissements où on leur prodigue des soins, mais en dehors, et dans toutes les conditions hygiéniques et sociales où se fomente leur maladie. Ces vœux, auxquels nous nous associons pleinement, ne sauraient manquer d'avoir leur écho dans le cœur de nos collègues des maisons spéciales, et de toutes les personnes sympathiques aux progrès des institutions bienfaisantes.

DELASIAUVE.

---

## VII

## VARIÉTÉS.

M. le docteur Ch. Dufour, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, vient de succomber à l'âge de trente-cinq ans, après une courte maladie. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier, à l'église Notre-Dame-de-Lorette. Un grand nombre de médecins et d'amis assistaient à cette triste cérémonie. Le corps a été conduit ensuite au cimetière du Nord. M. le docteur Genouville, au nom de la Société anatomique, et M. le docteur Parmentier, au nom de la Société médicale du 9e arrondissement, ont rendu un dernier hommage à la mémoire de notre confrère.

Voici les quelques mots prononcés par M. Genouville :

Messieurs, sur la tombe de Ch. Dufour, permettez au secrétaire de la Société de prendre un instant la parole. C'est un honneur que j'aurais bien aimé laisser à d'autres plus autorisés, mais que les circonstances me font un douloureux devoir de ne pas décliner.

Le collègue, l'ami que nous venons de perdre d'une manière si cruelle

et si inopinée, nous était cher à tous, comme à tous ceux qui l'ont connu :

A ses camarades d'internat, qui n'oublieront jamais l'aménité et la noblesse de son caractère; — aux médecins qui, dans ce praticien encore jeune, se plaisaient à reconnaître une science déjà mûre, unie à tant de loyauté dans ses rapports confraternels, à tant de sollicitude envers les malades; — à ses collègues de la Société qui appréciaient son savoir étendu et réel, caché ou plutôt rehaussé par une rare modestie; — enfin, à ses compétiteurs dans le concours des médecins des hôpitaux, dans ces luttes où les plus heureux sont unanimes à dire que Dufour n'était inférieur à aucun comme clinicien et comme pathologiste.

Charles Dufour nous quitte au moment où il allait réaliser de légitimes espérances. Il part avant d'avoir recueilli les fruits d'un labeur consciencieux, mais non sans avoir, comme tant d'autres médecins, souffert et combattu. Il part, laissant dans sa famille un vide que le temps même sera bien impuissant à combler..... Mais respectons, messieurs, la douleur d'un frère qui nous écoute, et auquel nous ne pouvons qu'apporter notre tribut de larmes et de profonds regrets.

Au nom de tous ceux qui vous ont aimé, adieu, cher Dufour, adieu!.....

---

— Dans sa séance du 8 janvier 1861, la Société médico-chirurgicale de Bologne a inscrit, parmi ses membres correspondants étrangers, M. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Une nouvelle condamnation, pour exercice illégal de la médecine, vient d'être obtenu par la Société locale des médecins de l'arrondissement de Marseille, contre le sieur Lépine, se disant ophthalmologiste. Il a été condamné à 15 francs d'amende, aux dépens et à 200 francs de dommages-intérêts envers la Société.

— M. le docteur Rochard commencera son cours public sur les maladies de la peau, dimanche 17 février, à une heure, à son dispensaire, rue du Pont-de-Lodi, n° 6, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

— M. le docteur Reboul de Cavaléry, inspecteur général des prisons, chevalier de la Légion d'honneur, vient de succomber aux suites d'une très longue maladie, à l'âge de quarante et un ans.

*Pour toutes les variétés :* A. Dechambre.

---

## VIII

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris. — Tome I. — 1er fascicule. Comptes rendus des séances. — Recherches sur l'ethnologie de la France, par *Broca ;* discussion. — Observations sur la microcéphalie, par *Gratiolet.* — L'homme fossile, par *Pouchet.* — Coloration noirâtre des centres nerveux chez les individus de race blanche, par *Gubler.* — Crâne des Cromans rhétiques, par *de Baer.* — Discussion sur l'industrie primitive. — Le tatouage aux îles Marquises, par *Berchon.*

Journal de pharmacie et de chimie. — Juin. Action de la lumière polarisée sur la gomme arabique solide, par *Roussin.* — Sur la graine d'owala et l'huile qu'elle contient, par *Arnaudon.* — Dosage volumétrique de l'iode, par *Roger.* — Sur la manne des Hébreux, par *O'Rorke.* — Remarques sur la transformation de l'amidon en glucose et en dextrine, par *Musculus.* — Juillet. Recherches sur la digitaline et les produits de sa décomposition, par *Kosmann.* — Recherches sur le camphre de succin, par *Berthelot* et *Buignet.* — Note sur quelques matières colorantes végétales, par *Filhol.* — Août. Action de l'acide sulfurique sur les glucosides, par *Kosmann.* — Dosage de la gomme dans le sirop de gomme, par *Roussin.* — Moyens de constater la présence de l'alcool dans le chloroforme, par *Lepage.* — Observations pratiques sur la thridace, par *Malenfant.* — Note sur les opiums de Perse, par *Réveil.* — Action de la chaleur sur les persels de fer, par *Buignet.* — Désinfection des cloaques de Londres, par *Hoffmann* et *Franckland.* — Désinfection des égouts de Cologne, par *Grouven.* — Sur une modification allotropique du soufre, par *Nicklès.* — Sur un mode de décomposition du sel gemme, par *le même.*

Journal des dentistes. — 1er volume, n° 1.

L'Art dentaire. — N° 6. Des ophthalmies provoquées par la dentition, par *Tavignot.* — 7. (Manque.) — 8. Revues.

L'Hydrothérapie. — Nos 20 et 21. Les eaux de Contrexéville, par *Legrand du Saulle.* — 2e année. — Nos 1 et 2. (Manquent.) — 3. Action thérapeutique de l'eau arsenicale de Saint-Jean-du-Désert, par *Garnier.* — De l'hydrothérapie dans les maladies nerveuses, par *Bourneville.* — 4. Emploi de la vase de mer, par *Dor.*

Revue médicale française et étrangère. — 15 juin. Inflammation chronique du tympan, par *Bonnafont.* — 30 juin. Inflammation du tympan (fin). — Clinique obstétricale, par *Mattei.* — 15 juillet. De l'action des médicaments dans l'organisme vivant, par *Sales-Girons.* — Clinique obstétricale (suite). — 31 juillet. Action des médicaments, etc. (fin). — Théorie de la désinfection par le goudron, par *Jeannel.* — 15 août. Thérapeutique vitaliste, par *Sales-Girons.* — Clinique obstétricale, par *Mattei.* — 31 août. Clinique obstétricale (suite). — 15 septembre. L'organicisme parisien, par *Sales-Girons.* — 30 septembre. Étude sur la chlorose envisagée particulièrement chez les enfants, par *Nonat.* — Clinique obstétricale, par *Mattei.* — Note sur une affection non décrite des gencives, par *Marchal de Calvi.*

Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire. — 3e partie. Opportunité de la saignée dans les apoplexies cérébrales, par *Riembault.* — Sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, par *le même.* — Des suites éloignées du scorbut, par *Rizet.* — Pommade à l'iodure de potassium et à la glycérine, par *Thirault.* — De l'iode considéré comme emménagogue, par *Rizet.* — Eaux minérales du département de la Loire, par *Rimaud.* — Opportunité de la saignée dans la pneumonie, par *Riembault.* — Observations diverses.

Annales des maladies chroniques et de l'hydrologie médicale. — N° 1. La phthisie; sa curabilité, son traitement, par *Andrieux.* — Du massage, par *Le Bret.* — Ce que c'est que l'hydrothérapie, par *Andrieux.* — 2. Phthisie (suite). — Des divers moyens de provoquer la transpiration, par *Andrieux.*

Bulletin de la Société de médecine de Besançon. — N° 9. Notice sur l'établissement thermal de Guillon, par *Lambert.* — De la valeur pronostique de l'amaurose dans l'albuminurie, par *Roche.* — Bec-de-lièvre double et compliqué opéré en trois fois, par *Coutenot.* — Tumeur fibreuse de l'utérus, par *Chenevier.*

Bulletin médical du nord de la France. — Juillet. Angine de poitrine (fin). — Gangrène spontanée du pied, par *Arrachart.* — Août. Clinique. — Cas rare de monstruosité, par *Wannebroucq.*

Gazette médicale de Lyon. — N° 12. Du principe colorant des suppurations bleues, par *Delore.* — Applications de l'histologie et de la physiologie à la pathologie, par *Boucaud.* — Intoxication par un emplâtre d'extrait de belladone; bons effets de l'opium, par *Perroud.* — 13. Anatomie et physiologie des conduits lacrymaux, par *Foltz.* — De l'action des vapeurs résineuses contre la goutte, par *Benoît.* — 14. Conduits lacrymaux (fin). — 15. Considérations sur le traitement des suites de l'opération césarienne, par *Bouchacourt.* — Observation d'hématocèle rétro-utérine, par *Carré.* — 16. Considérations sur le traitement des suites de l'opération césarienne, par *Bouchacourt.* — Études expérimentales sur l'herpès circiné et l'herpès tonsurant, par *Bouchard.* — 17. Du traitement de la dysenterie aiguë par les purgatifs, par *Vernay.* — Observations et remarques pour servir à l'histoire des affections cancéreuses de la peau, par *Ancelet.* — Observation d'arthrite blennorrhagique multiple, par *Dardel.* — Fistule galactophore guérie par les injections iodées, par *Vaulpré.*

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 6. Vomissements incoercibles pendant la grossesse; provocation tardive de l'avortement; mort, par *Aubenas.* — 7. (Manque.) — 8. Hydrographie du département du Bas-Rhin, par *Stoeber* et *Tourdes.* — Guérison spontanée incomplète d'un rétrécissement de l'urèthre, par *Boeckel.* — 9. Rapport sur l'asile d'aliénés de Stephansfeld, par *Dagonet.*

Journal de médecine de Bordeaux. — Juin. Étude anatomo-pathologique sur l'hydro-méningocèle, par *Cintrac.* — De l'empoisonnement par l'alcool et les boissons spiritueuses, par *Borchard.* — Note sur la préparation de l'huile de foie de morue iodo-ferrée, par *Jeannel.* — Juillet. Six grossesses anormales chez la même femme, par *Dubaquié.* — Hydropisie enkystée de l'ovaire guérie par l'oignon blanc, par *Venot.* — Observation de greffe anomale, par *Azam.* — Nouveau procédé pour la préparation de la poudre de Vienne, par *Lannecy.* — Clinique, par *Gintrac.* — Sur la théorie de la désinfection par le goudron, par *Jeannel.* — Septembre. Observations de purpura-simplex, par *Vizerie.* — De la strangulation suicide, par *Borchard.* — Sur l'entérite des enfants à la mamelle, par *Le Barillier.*

Journal de médecine de Toulouse. — Juin. Observation de congestion cérébrale avec hémiplégie complète, par *Barès.* — Arnica (suite). — Juillet. Études sur François Bayle, par *Gaussail.* — Hydrocèle guéri par la galvano-puncture, par *Guitard.* — Août. Sur la folie à formes alternes, par *Delaye.* — Note sur un cas d'héméralopie, par *Barès.*

### Livres.

De la fièvre typhoïde et de son traitement, par *Dios.* Arcis-sur-Aube, Frémont. 1 fr.

Des affections blennorrhagiques, leçons cliniques professées à l'hôpital du Midi, par le docteur *Cullerier*, rédigées et publiées par le docteur *Roger*, revues et approuvées par le professeur. In-8 de 248 pages. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

Traité de chimie générale, analytique, industrielle et agricole, par *J. Pelouze* et *E. Frémy.* 3e édition, entièrement refondue, avec figures dans le texte. En vente :
Le t. I (*Chimie inorganique*), contenant les *Métalloïdes.* 1 vol. de 1080 pages, avec 478 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 15 fr.
La 1re partie du t. IV (1er vol. de la *Chimie organique*). 10 fr.

Traité de physique élémentaire, suivi de problèmes, par *Ch. Drion* et *Em. Fernet.* 1re partie. In-18, avec figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 4 fr.

Das Seelenleben des Menschen im gesunden und kranken Zustande in Bezug auf die Zurechnung vor den Gerichtshöfen (La psychologie dans ses rapports avec la médecine légale), par *F.-X. Güntner.* Grand in-8. Prague, Kober et Markgraf. 6 fr. 50

Lehrbuch der physikalischen Heilmittel (Traité de thérapeutique physique), par *J. Oppenheimer.* 1re livraison. Grand in-8. Wurzbourg, Stahel. 4 fr.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 22 FÉVRIER 1861. N° 8.


TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.


I. **Paris.** Académie de médecine : Congestion cérébrale et épilepsie. — Académie de médecine de Turin : Du bouton infantile. — Hôpital Saint-Barthélemy (de Londres) : Étiologie et traitement du talus congénital. — Reproduction des images microscopiques par la photographie. — Deux battements du pouls pour un battement cardiaque. — Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle : Euphorbes contre la piqûre des vipères. — Kousso contre le tænia. — II. **Travaux originaux.** Principes généraux de pathologie cérébrale. — III. **Revue clinique.** Observation d'hémophilie. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Double rupture complète de l'utérus pendant l'accouchement; graves accidents consécutifs et guérison. Nouvelle grossesse; accouchement facile et heureux. — De l'obligation de pratiquer l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes. — VI. **Bibliographie.** Notes bibliographiques et médicales sur le perchlorure de fer. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — IX. **Feuilleton.** Note complémentaire sur le traitement chirurgical des granulations palpébrales, exposé dans un des livres hippocratiques.


## I

Paris, le 21 février 1861.

*Académie de médecine :* CONGESTION CÉRÉBRALE ET ÉPILEPSIE. — *Académie de médecine de Turin :* DU *bouton infantile*. — *Hôpital Saint-Barthélemy* (de Londres) : ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DU *talus* CONGÉNITAL. — REPRODUCTION DES IMAGES MICROSCOPIQUES PAR LA PHOTOGRAPHIE. — DEUX BATTEMENTS DU POULS POUR UN BATTEMENT CARDIAQUE. — *Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle :* EUPHORBES CONTRE LA PIQURE DES VIPÈRES. — KOUSSO CONTRE LE TÉNIA.

M. Bouillaud, répondant à M. Trousseau, a occupé toute la dernière séance de l'Académie. Nous ne croyons pourtant pas utile de revenir longuement sur la question en litige. Le malentendu que nous avons dit, dès le début, exister entre les deux savants académiciens continue manifestement. M. Bouillaud ne connaît pas la *congestion cérébrale apoplectiforme*, ne sait pas ce que ces mots signifient et ne trouve rien qui y corresponde dans l'histoire connue de la pathologie cérébrale. Dans ces termes, il n'y a guère moyen de s'entendre, et nous ne voulons faire qu'une courte observation. Nous avons été en dissentiment avec M. Trousseau, et son libéralisme en fait de critique nous a permis de le lui dire sans ambage ; mais s'il est un mérite qu'on soit forcé de lui reconnaître, c'est la netteté avec laquelle il a posé la question. L'apoplexie, comme symptôme, étant la chute subite avec perte de connaissance, avec ou sans paralysie, la *congestion cérébrale apoplectiforme* se trouve formellement décrite dans les auteurs, ou nous n'entendons plus rien à l'objet de la controverse. Pour citer un exemple, M. Andral admet huit formes de congestion. Dans la *deuxième* forme, « les malades *tombent à terre*, privés *subitement* de toute intelligence, de tout sentiment et de tout mouvement; » dans la *troisième*, « en même temps que les malades tombent sans connaissance, ils peuvent être frappés de paralysie, soit générale, soit bornée à un seul côté du corps... et presque en même temps que se dissipe la perte de connaissance, on voit aussi disparaître la paralysie. » (*Clinique médic.*, 1833, t. V, p. 246 et 247.)

## FEUILLETON.

NOTE COMPLÉMENTAIRE SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES GRANULATIONS PALPÉBRALES, EXPOSÉ DANS UN DES LIVRES HIPPOCRATIQUES. Par le docteur SICHEL.

(Extraite du t. IX, actuellement sous presse, de l'édition d'HIPPOCRATE de M. E. LITTRÉ.)

Mon article *Sur le traitement chirurgical des granulations palpébrales, exposé dans un des livres hippocratiques* (*Gazette hebdomadaire*, 1859, n° 50, p. 785, et n° 51, p. 801) a été pour moi la source d'une double satisfaction. D'abord il m'a valu la bonne fortune d'une savante épître (1) que m'a adressée, dans le même journal, un confrère distingué, M. Borchard, à qui j'en exprime toute ma reconnaissance. Puis il a provoqué, de la part d'un de mes anciens disciples, très versé dans la connaissance de l'antiquité médicale grecque, M. Anagnostakis, professeur à la Faculté de médecine d'Athènes, un travail plein d'une solide et profonde érudition. Je dois aux lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE de leur rendre compte des modifications que ces deux travaux ont produites dans ma manière de voir, quant à l'interprétation du passage hippocratique et aux autres points que j'ai discutés accessoirement.

Ce n'est pas ici le lieu de suivre M. Borchard sur le terrain de ses intéressantes recherches historiques, relatives à Woolhouse, sa vie et sa famille. Pour ce qui est des granulations palpébrales, je me vois forcé, contrairement à l'opinion émise par ce savant confrère, de maintenir que Woolhouse a, le premier, réhabilité la

(1) *De la scarification oculaire*, par M. le docteur Marc Borchard, médecin des hôpitaux et des tribunaux à Bordeaux (*Gazette hebdomadaire* de Paris, 1860, n° 8, p. 114, et n° 13, p. 196, et brochure in-8, Paris, 1860).

Voilà précisément les accidents que M. Trousseau veut en grande partie retirer à la congestion pour les rendre à une névrose, l'épilepsie. Il a tort ou il a raison; mais rien de plus clair, ce nous semble, et de mieux défini que sa proposition.

M. Trousseau a soulevé incidemment la question des déterminations irrésistibles des épileptiques; nous avons entendu dire que ce serait dorénavant le thème de la discussion.

— Qu'est-ce que le *bouton infantile?* Nos lecteurs seront peut-être assez peu instruits pour ne pouvoir répondre à cette question. Et pourtant le docteur Elia Rossi (du Caire) assure que cette affection, endémique en Égypte, se montre aussi dans notre pays, et que l'inadvertance seule nous empêche de la reconnaître. C'est pour cela que nous la signalons aux observateurs, d'après un rapport fait à l'*Académie de médecine de Turin*, par M. le docteur Peyrani, sur un travail manuscrit de M. Rossi (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, 15 janvier 1861).

Ledit bouton consiste en une petite tumeur, particulière aux nouveau-nés, mais pouvant se rencontrer chez des enfants de huit à dix ans, siégeant sur le raphé de la voûte palatine, *de la forme et de la grosseur d'un grain d'orge*, dure au toucher, sans changement de couleur à la muqueuse. Jusque-là rien de bien inquiétant; mais ce corps granuleux gêne la préhension du sein et la déglutition; il détermine des vomissements, de la diarrhée, la prostration des forces, l'émaciation, la cachexie, la consomption, l'éclampsie et la mort. Nous n'exagérons rien « ... *E quindi a dar origine a vomiti, a diarrea, a prostrazione di forze, ad emaciamento, a cachessia, a tabe, ad eclampsia, ed anche a produrre la morte.* » On voit que le malade de Purgon n'a été menacé de rien de plus terrible que le *bouton infantile*. Qu'est-ce donc que cette granulation? M. Rossi n'a jamais pu le savoir; il suppose seulement, d'après l'inspection externe, qu'il s'agit d'une glandule sous-muqueuse hypertrophiée. Comment une glande du volume d'un grain d'orge peut-elle produire tous les maux que nous venons de rappeler? C'est ce que demande le rapporteur; mais on lui répond par le fait. Les matrones du pays ont une poudre qui, appliquée sur la tumeur, la dissout en peu de jours; et, en même temps, reviennent les forces, l'embonpoint et la santé. Avis aux confrères qui ont porté si loin chez nous l'étude des maladies de l'enfance.

— M. Holmes Coote fait à l'*hôpital Saint-Barthélemy* des leçons cliniques sur les maladies des os et des articulations. Nous remarquons, dans la cinquième leçon (*The Lancet*, 16 février), au sujet du *talus* congénital, une opinion qui n'est pas nouvelle assurément, mais que, précisément à cause de son ancienneté, on s'étonne de voir reproduire en termes si absolus. Le talus congénital (dans lequel, comme on sait, le pied est fortement *fléchi* sur la jambe) résulte uniquement, suivant l'auteur, d'une pression exercée par les parois de l'utérus, et le raccourcissement des muscles fléchisseurs est tout à fait passif. « Dans le premier âge de la chirurgie orthopédique, ajoute-t-il, on avait l'habitude de pratiquer la section sous-cutanée du tibial antérieur, du long extenseur des orteils, de l'extenseur propre du pouce et du péronier antérieur... Mais l'expérience a montré que le pied peut se redresser sans aucune intervention chirurgicale. » Il suffirait, pour obtenir « presque invariablement » ce résultat, de pratiquer des frictions sur la partie déviée et de lui faire exécuter des mouvements mécaniques.

On souhaiterait fort qu'il en fût ainsi; mais ni la théorie ni l'expérience ne sont d'accord avec de telles assertions. Le fœtus est-il susceptible de rétractions musculaires actives sous l'influence d'affections diverses du système nerveux? Oui, assurément. Dès lors, par quelle singulière rencontre la rétraction n'atteindrait-elle jamais les muscles extenseurs du pied? La rétraction étant possible chez le fœtus comme chez l'enfant, comment respecterait-elle constamment chez le premier une région qu'elle affecte plus ou moins souvent chez le second? Bien plus, admettons que le raccourcissement soit passif; dans ce cas même, il est rendu fixe par les conditions de la nutrition du muscle, dont la longueur se trouve déterminée par la distance de ses points d'insertion, et il serait extraordinaire qu'on pût en triompher « en deux ou trois semaines » par des frictions ou des tractions. On constate d'ailleurs dans les muscles raccourcis le même état anatomique, la même prédominance de la *partie tendineuse*, la même réduction de la partie charnue, qu'offrent les muscles rétractés dans les autres parties du corps. Enfin, quand il s'agit de vrais talus, de ceux dont parle l'auteur et dans lesquels la face supérieure du pied se rapproche de la face antérieure de la jambe, et reste fixe dans cette position, nous ne croyons pas que l'intervention chirurgicale soit moins indiquée et moins nécessaire que dans les difformités du même genre postérieures à la naissance.

— Un artiste de Londres, M. Olley, s'est fait patenter comme *micro-photographe* et publie par fascicules un ouvrage intitulé : THE WONDERS OF THE MICROSCOPE PHOTOGRAPHICALLY REVEALED, etc. (*Les miracles du microscope révélés*

scarification oculaire hippocratique, en la pratiquant avec un instrument particulier, et en lui ouvrant un champ beaucoup plus vaste. Car le passage de Maître-Jan (1), cité par M. Borchard, et qui m'était bien connu, n'a trait, de même que presque tous les passages analogues d'auteurs antérieurs et postérieurs, qu'au *ratissage* des trachômes avec des substances dures et rudes ou avec des corps munis d'aspérités, mais nullement à un instrument tranchant, encore moins à un instrument destiné à un usage spécial. En outre, Maître-Jan, bien loin d'approuver ou d'adopter ce ratissage, met formellement ses lecteurs en garde contre ce procédé des anciens. M. Borchard, si exact d'ordinaire dans ses citations, commet donc une erreur en prétendant que Maître-Jan a « conseillé la scarification » (2) contre l'ophthalmie granuleuse. C'est là juste le point important par lequel Woolhouse opéra une espèce de révolution, en créant ou en faisant revivre, mais surtout en préconisant, à l'aide d'une publicité insolite, un instrument spécial, et en relevant ainsi, aux yeux du public médical et des gens du monde, cette opération depuis longtemps tombée en désuétude et en oubli.

Quant à la dissertation de Hampe, si rare dans les bibliothèques publiques et privées, l'analyse étendue que M. Borchard en a faite est un véritable service rendu à l'histoire de l'ophthalmologie. Elle confirme d'ailleurs l'exactitude des indications sommaires que j'avais données, d'après Triller, sur cette thèse inaugurale. En même temps elle prouve que la dissertation de Hampe a pour unique sujet la scarification oculaire telle que la pratiquait Woolhouse, et pour but exclusif de la recommander et de faire connaître l'explication du passage hippocratique que l'oculiste anglais avait proposée. Sous ce rapport, l'opuscule de Hampe n'ajoute aucun détail, aucun raisonnement qui ne soit pas longuement et suffisamment exposé dans les écrits de Woolhouse, Mauchart et Platner. Sur ces deux derniers, Hampe conserve incon-

(1) *Traité des maladies de l'œil*, etc., Troyes, 1707, in-4, p. 521 et 528; Paris, 1722, in-8, p. 580 et 588.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 8, presque à la fin de la p. 114, et p. 5 de sa brochure, fin du 2e alinéa.

*par la photographie.*) Par le peu qu'en dit un journal de Londres, The Lancet (n° 7), il ne paraît pas que les reproductions soient bien réussies. Celle des corpuscules du sang humain, est, dit notre collègue, *malheureuse*. Assurément, les procédés de l'art ne peuvent guère atteindre de plein saut à la perfection ; les premiers produits de la gravure n'étaient pas non plus très heureux. Mais nous montrerons par quelques citations, dans le prochain numéro, que la représentation des images microscopiques par la photographie est plus avancée, et promet plus que ne paraît le croire notre collègue de Londres.

— A la Société du *comté médical* de Wayne (Amérique), M. Butler a cité le cas d'un phthisique, âgé de soixante ans, qui présentait deux battements du cœur pour une pulsation de l'artère radiale, et chez lequel l'autopsie ne révéla, du côté du cœur, aucune autre lésion qu'une adhérence du péricarde, non au cœur lui-même, mais aux organes environnants. On comptait par minute 120 battements cardiaques et 60 pulsations artérielles. Il est fâcheux que le fait soit raconté en termes si laconiques.

— Il ne se passe peut-être pas d'année en France où les médecins n'aient à soigner quelques personnes mordues, ou pour mieux dire, piquées par des vipères, et cependant on n'a pas encore indiqué, parmi le trop grand nombre de remèdes inventés contre ces accidents, un seul moyen véritablement héroïque : aussi ne doit-on pas négliger, quand l'occasion s'en présente, de signaler les faits qui pourraient amener un jour à la découverte de ce précieux secours. On sait que, dans quelques cas, des chasseurs se sont bien trouvés de l'application immédiate sur les piqûres du suc des Euphorbes, qui, *on le sait, renferment* un suc laiteux âcre, qui peut agir comme caustique en l'absence de l'ammoniaque, du nitrate d'argent, ou du fer rouge; mais presque toujours, comme dans une observation rapportée dans le *Journal de chimie médicale* (2e série, t. V, p. 272, 1839), on s'est contenté d'applications sur les piqûres de portion de la plante broyée; mais dans ces derniers temps, M. le docteur Tisseire a publié un mémoire sur la vipère céraste ou cornue, si abondante dans les sables du Sahara et dont la piqûre est presque toujours suivie d'accidents mortels, et dans ce travail il indique comme lui ayant toujours réussi l'emploi d'une euphorbe administrée à l'intérieur. L'auteur prend l'*Euphorbia Guyoniana*, qui abonde dans toutes les localités où vit la vipère cornue. Il fait tomber dans un verre d'eau huit gouttes du suc que laissent exsuder les plaies de la plante, et fait immédiatement avaler le tout au blessé (si des accidents généraux se sont déjà manifestés, il fait prendre dix gouttes du suc au lieu de huit). Une heure après on fait prendre au malade un second verre d'eau, mais dans lequel on n'a mis que cinq gouttes du suc; deux ou trois heures plus tard, on donne un troisième verre à cinq gouttes. Dans l'intervalle de ces trois prises on fait prendre une infusion stimulante et sudorifique, à laquelle on peut ajouter quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque. Si les accidents persistent, on donne encore deux autres potions à cinq gouttes de suc, à intervalle l'une de l'autre de trois heures et demie à quatre heures. Si l'on avait à traiter un sujet très débile ou un enfant, il ne faudrait donner que demi-dose, tiers de dose, etc., selon l'âge. On peut employer également la décoction de 100 grammes de plante desséchée dans un litre d'eau, qu'on administre par doses d'un verre d'abord, puis d'un demi-verre, en observant exactement les intervalles indiqués plus haut. Des expériences assez nombreuses faites sur des animaux, et quelques observations sur l'homme ont démontré au docteur Tisseire que le traitement par le suc d'*Euphorbia Guyoniana* était suivi toujours des meilleurs résultats. Les euphorbes croissent en grande abondance en France, et il serait très curieux de vérifier si elles auraient une action aussi efficace contre la piqûre de nos vipères indigènes : leur énergie moins grande, en raison même du climat plus tempéré sous lequel elles croissent, n'implique pas, *a priori*, que leur action doive être nulle, d'autant plus que les accidents qui résultent de la piqûre des vipères en Europe, sont bien moins redoutables que ceux qu'occasionne la vipère céraste. En outre, il suffirait peut-être d'augmenter un peu les doses du suc (Tisseire, *Etudes sur la vipère cornue.*)

— Les anthelminthiques destinés à expulser les vers intestinaux qui habitent le canal digestif de l'homme sont assez nombreux, mais il en est quelques-uns qui jouissent de cette faculté à un dégré bien plus marqué que d'autres : parmi eux nous citerons le kousso, fourni par une rosacée, le *Brayera anthelminthica*, qui jouit en Abyssinie d'une très grande réputation et qui a été employé avantageusement aussi en Europe contre le ténia. Plusieurs observations sur l'efficacité de ce produit ont déjà été publiées, et tout dernièrement encore M. Namias a signalé quelques faits qui viennent confirmer cette utilité du kousso pour expulser les vers rubannés.

---

testablement la priorité, sans qu'il me soit possible de dire s'ils ont connu ou non son travail.

Un fait très important, un véritable événement pour l'interprétation du passage capital du *Traité de la vision* et pour l'histoire de la scarification oculaire chez les anciens, c'est l'article de M. Anagnostakis, inséré dans le journal médical grec d'Athènes (Ἰατρικὴ Ἐφημερίς, 1860, n° 73) (1). A la première lecture, rien ne semble manquer à l'explication que le jeune professeur donne de ce passage. De tout point nouvelle, originale et ingénieuse, elle paraît si naturelle qu'on est entraîné malgré soi à l'adopter immédiatement dans son ensemble. Mais bientôt une plus mûre réflexion fait naître le doute et surgir des objections graves, fondées sur le texte même du petit traité et sur d'autres passages des œuvres hippocratiques. Examinons donc avec impartialité le pour et le contre. Afin que le lecteur comprenne bien en quoi l'interprétation de mon savant ami diffère de la mienne, il fera bien de jeter de nouveau les yeux sur le texte du passage hippocratique et sur ma traduction (*Gazette hebdomadaire*, 1859, n° 50, p. 787), et de les comparer à celle de M. Anagnostakis que voici (1) :

« (*Raclement et cautérisation des granulations palpébrales et leur*
» *traitement général.*) Lorsque vous aurez à racler les paupières de
» l'œil, faites-le avec de la laine de Milet crépue, propre, roulée
» autour d'un fuseau en bois, en évitant d'intéresser le bord pal-
» pébral, de peur que le caustique ne pénètre sur ce point jus-
» qu'au cartilage. L'indice qu'on a suffisamment raclé, c'est qu'il
» ne s'écoule plus du sang rutilant, mais un liquide ténu, sangui-
» nolent ou aqueux. C'est alors qu'il faut frictionner avec l'un des
» médicaments liquides qui contiennent de la fleur de cuivre.
» Enfin, après le raclement et la cautérisation, lorsque les eschares
» sont tombées, que les plaies sont détergées et poussent des

(1) Περὶ τῆς καθ' Ἱπποκράτην ξύσεως καὶ καύσεως τῶν τραχέων βλεφάρων. Σχόλιον εἰς τὴν Σιχέλειον ἑρμήνειαν. Ὑπὸ Α. Ἀναγνωστάκη (*Du raclement et de la cautérisation des paupières trachomateuses d'après Hippocrate.* Scholion de la traduction de Sichel, par A. Anagnostakis).

(1) Ἰατρικὴ Ἐφημερίς, 1860, n° 73, p. 182.

Comme on le sait, on administre cette substance à la dose de 15 à 20 grammes, après avoir pris soin de nettoyer l'intestin par un lavement; le ver est expulsé quelques heures après, mais quelquefois les malades ont quelques vomissements ou quelques coliques. D'après le rapport de quelques personnes qui ont voyagé en Abyssinie, où l'on connaît un assez grand nombre de plantes anthelminthiques, l'écorce de ***Musaenna*** ou ***Busenna***, fournie par une légumineuse de la tribu des Cassiées, jouirait à un bien plus haut degré de la vertu vermifuge; mais cependant les Abyssins préfèrent le kousso, qui a l'inconvénient de ne pas tuer toujours le ténia, parce que dans ce pays l'idée que l'homme doit nécessairement *avoir le ver* est généralement répandue. Quand les troubles que celui-ci provoque dans l'économie sont assez prononcés pour gêner le malade, celui-ci prend une dose de kousso qui expulse le ténia, ou tout au moins une grande partie de son corps, et l'usage de cet anthelminthique est tellement répandu dans le pays, que, à ce que rapporte M. Abbadie, quand un Abyssin se prépare à prendre la médecine de kousso contre le ténia, il envoie prévenir ses amis, afin de suspendre toute visite de leur part; quand la médecine a opéré son effet, il renouvelle la politesse. (*Giornale veneto di scienze mediche.*)

A. DECHAMBRE et J.-LÉON SOUBEIRAN.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PATHOLOGIE CÉRÉBRALE. — Discours d'ouverture du cours de pathologie interne (19 novembre 1860), par le professeur FORGET.

L'ordre est le flambeau des sciences : *Ordo lumen accendit.* Mais l'ordre suppose des principes, c'est-à-dire des points lumineux autour desquels viennent se grouper régulièrement les détails qui, dans l'isolement, resteraient frappés de stérilité.

Lorsqu'une science tombe dans l'anarchie et l'empirisme, c'est-à-dire lorsqu'elle renie l'ordre et les principes, soyez sûrs qu'elle décline, qu'elle gravite vers les ténèbres et qu'elle tend au néant.

Telle est la situation de la science médicale depuis trente ans, depuis qu'il est de mode de nier les principes et de conspuer ce qu'on appelle dédaigneusement le rationalisme, la plus belle faculté de l'être pensant. Cette déchéance est nettement et brutalement formulée dans cet axiome, articulé du haut de la chaire parisienne par un des plus brillants mandataires de l'enseignement clinique, à savoir, que « quiconque prétend faire de la médecine rationnelle ne peut faire que des sottises. » Il suffit d'un germe pareil pour corrompre toute une génération, tant les jeunes esprits sont enclins à saisir tout ce qui peut les soustraire au joug de l'autorité.

Toujours est-il que l'éducation médicale classique se compose aujourd'hui d'une infinité de détails sans liens réciproques, grâce à la tendance des observateurs à s'absorber dans la contemplation des phénomènes moléculaires et à faire de chaque modification morbide une essence concrète, entièrement isolée de toutes les autres, proscrivant ainsi, de propos délibéré, la science des rapports et les vues d'ensemble stygmatisées du nom de systèmes, de théories, de doctrines, que l'on considère comme antipathiques à ce qu'on appelle orgueilleusement le progrès. Il en résulte que le néophyte arrive au terme de sa carrière universitaire la tête encombrée d'une foule de notions de détail dont il est impuissant à saisir l'enchaînement logique. Si bien que, lancé dans la pratique sans boussole et sans guide, il tombe bientôt dans le dégoût et le découragement, et finit par s'endormir sur le mol oreiller de l'empirisme; heureux lorsque, de guerre lasse et la conscience blasée, il n'atteint pas, de chute en chute, les bas-fonds d'un industrialisme cupide et dégradant!

Telles sont les tendances que je m'efforce de combattre de toute la puissance de mes convictions, cherchant à relever à vos yeux la dignité de la science et l'honorabilité de la profession, fût-ce même aux dépens de mes intérêts personnels.

Ces réflexions me sont suggérées précisément par le sujet des études auxquelles nous allons nous livrer. Il s'agit des maladies de l'encéphale, qui constituent certainement la partie la plus noble, mais aussi la plus ardue et la plus litigieuse de la nosologie. Je viens de vous dire que, dans l'esprit qui régit aujourd'hui la science médicale, les faits sont généralement présentés comme étant sans liaison entre eux. En conséquence de ce principe, ou plutôt de cette absence de principes, il n'y a point d'analogie entre les maladies d'un même organe, et à plus forte raison entre les maladies d'un organe comparées aux maladies des autres organes. Or, ce morcellement indéfini est peut-être encore *plus prononcé en pathologie* cérébrale que partout ailleurs. On consent encore quelquefois, bon gré mal gré, à reconnaître que les appareils de la vie organique sont soumis à certaines lois communes, physiques, chimiques, organiques ou autres; mais, lorsqu'il s'agit des centres nerveux, le système change complétement : des lois nouvelles surgissent qui posent une limite tranchée entre cet appareil et tous les autres. A l'égard de ces derniers, on voulait bien admettre que l'organe régit la fonction, ou du moins que les altérations de fonctions dérivent le plus souvent des altérations d'organes. Pour l'encéphale, il n'en est plus ainsi : le plus noble des viscères est transformé en instrument passif, en simple support de la fonction, laquelle jouit ici d'une existence propre primitive, et qui doit être étudiée indépendamment de l'organe. Le tube digestif est l'organe de la digestion, le cœur l'organe de la circulation; mais le cerveau

---

» bourgeons charnus, il faut faire une incision à la région pariétale. Quand l'écoulement du sang a cessé, il faut pratiquer une onction avec le médicament qu'on met sur les plaies récentes. En dernier lieu, il convient de purger la tête. »

A l'appui de cette traduction qui, certes, donne un sens très clair et établit un rapport parfaitement naturel entre les différentes parties du passage, M. Anagnostakis produit des arguments et des commentaires dont je ne puis donner qu'un extrait très sommaire, mais qui tous prouvent une profonde connaissance de l'antiquité médicale grecque et une admirable sagacité.

Pour abréger et éviter les redites, j'ajouterai, à chacun des arguments de M. Anagnostakis, mes objections. Avant tout, je lui ferai observer qu'il enfreint une des règles principales de la critique, en recourant presque exclusivement aux médecins grecs plus récents pour expliquer les passages du *Traité de la Vision*, tandis que j'ai, autant que possible, tâché de puiser mes raisonnements et mes explications dans ce traité même et dans les autres œuvres hippocratiques.

Je placerai en tête quelques remarques de moindre importance faites par M. Anagnostakis, et dont j'accepte deux comme parfaitement fondées.

Ἀνατρῖψαι n'est pas *onctionner*, comme je l'ai traduit, mais *frictionner*, comme l'a rendu M. Anagnostakis. Le sens exact de ce mot, peu important pour mon interprétation, l'était beaucoup plus pour la sienne, puisque, selon lui, un collyre liquide devait agir comme caustique, et être appliqué avec moins de ménagement.

Τῷ ἐναίμῳ φαρμάκῳ. M. Anagnostakis voit ici « *le* médicament (*préparé d'après une formule magistrale*) qu'on met sur les plaies récentes. » J'avais lu τῳ, pour τινί, « avec *un* des médicaments qu'on..... »; cette leçon peut être défendue, puisqu'il y avait plusieurs topiques qu'on appliquait sur les plaies récentes, et qu'Hippocrate ne donne pas de formule déterminée et magistrale d'un pareil topique. Aussi Grimm (traduction allemande, t. III, 550) traduit-il τῳ par *un* (mit *einem* Wundmittel).

Καὶ πάντων. Comme il y a dans le texte « Ὕστερον δὲ τουτέου, *après cela*, » il serait oiseux de répéter, immédiatement après :

n'est pas l'organe de l'*intellection* (passez-moi le néologisme), et cela parce que la fonction intellectuelle est d'un ordre plus relevé, plus abstrait que la digestion et la circulation. La Providence, qui a voulu que le poumon produisît l'hématose, n'a pas permis que le cerveau produisît la pensée; elle a préféré se montrer inconséquente dans ses œuvres et soustraire une des fonctions de l'économie au principe sublime de l'unité de plan, à la grande loi qui régit les autres fonctions, la loi de subordination de la fonction à l'organe... Sans nous perdre dans les hautes régions de la métaphysique, et restant sur le terrain de la médecine pure, nous nous bornons à faire observer que la structure particulière du cerveau et la spécialité de ses fonctions ont paru des raisons suffisantes aux idéologues pour soustraire cet organe aux lois qui régissent les autres. Nous allons voir que, dans l'état morbide, il n'en est pas ainsi, ce que nous tâcherons de démontrer en établissant un parallèle suivi entre les éléments généraux des maladies de l'encéphale et ceux des maladies des autres organes; bref, en soumettant les affections de l'encéphale aux lois générales de la pathologie.

Étiologie. — Comme tous les autres organes, l'encéphale subit l'influence de causes constitutionnelles, hygiéniques et morbides.

Les causes constitutionnelles donnent lieu aux vices congénitaux, à l'hérédité, aux diathèses, comme partout ailleurs.

Les causes physiologiques: *circumfusa*, *ingesta*, *applicata*, *gesta*, influencent le cerveau ni plus ni moins et de la même manière que les autres organes. Les *percepta*, ou causes intellectuelles, affectives et morales, ont ici plus d'influence qu'ailleurs, et c'est tout simple, puisque l'encéphale est précisément l'organe de ces manifestations. On ne doit pas plus s'en étonner que de voir l'alimentation affecter de préférence le tube digestif et les vices de l'air influencer les poumons. Et d'ailleurs les causes morales n'affectent pas exclusivement l'encéphale, elles impressionnent aussi les autres organes : cœur, poumons, estomac, etc. Il n'y a de différence que du plus au moins.

L'encéphale est solidaire du fonctionnement des autres organes, *en même temps qu'il* rayonne sur ceux-ci. Personne n'ignore l'influence de la digestion, de la respiration, de la circulation, sur les centres nerveux. Cette réciprocité est commune à tous les rouages de l'organisme.

Les causes morbides des lésions encéphaliques sont absolument les mêmes que pour les autres organes : ce sont des altérations des solides (inflammation, ramollissement, etc.); des altérations des liquides, du sang plus particulièrement (hypérémie, anémie, intoxication miasmatique, etc.); des diathèses, des vices, des cachexies (rhumatisme, scrofule, cancer, syphilis, etc.); enfin les altérations des impondérables eux-mêmes (calorique, électricité), peuvent exercer sur l'encéphale une altération directe et peut-être plus fréquente sur l'appareil nerveux que sur tous les autres.

Vous voyez qu'au point de vue de l'étiologie, la pathologie cérébrale n'offre pas de différences fondamentales, pas même sous le rapport de la fréquence et de l'activité des causes morales qui dérivent des fonctions spéciales de l'organe.

Symptômes. — Les symptômes *organiques* ou les lésions *anatomo-pathologiques* de l'encéphale sont absolument les mêmes que ceux des autres organes : ce sont toujours des congestions, des inflammations, des hémorrhagies, des hydropisies, des lésions organiques (ramollissement, induration, tubercule, cancer, tumeurs diverses, etc.) ; enfin des névroses.

Si les névroses ou affections nerveuses sans lésion matérielle appréciable sont plus fréquentes et plus graves dans les centres nerveux qu'ailleurs, c'est que le système nerveux est le domaine naturel des névroses, et que les troubles cérébraux ont plus d'importance que ceux des autres organes. Les névroses, du reste, ne sont pas propres aux centres nerveux, on les observe dans tous les autres organes (gastralgie, dyspnée, palpitations, etc.), et s'autoriser de lésions cérébrales sans altération matérielle appréciable, sans subordonner l'organe à la fonction, c'est oublier que les mêmes phénomènes s'observent dans les autres viscères. Eh bien! oui, dira-t-on, partout l'organe est subordonné à l'autocratie du principe vital... Soit! mais alors l'encéphale ne fait pas exception à la loi commune, et c'est précisément ce que nous voulons démontrer. Vous voyez que le vitalisme n'est pas plus favorable aux exceptions instituées en faveur de l'encéphale que l'organisme lui-même.

Les symptômes *fonctionnels* de l'encéphale lui sont propres, comme leur sont propres les symptômes fonctionnels des autres organes. Le cerveau préside à la sensibilité, à la motilité et aux fonctions intellectuelles et affectives. Quant à la sensibilité et à la motilité, on consent volontiers à les faire dériver des lésions de l'organe : mais lorsqu'il s'agit des facultés intellectuelles et affectives, c'est toute autre chose. C'est qu'ici, malheureusement, d'autres considérations que celles qui relèvent de la physiologie pure viennent compliquer le problème, embrouiller les idées et fausser les conséquences... Mais nous sommes et nous voulons rester ici physiologiste, et nous demandons s'il est plus difficile de concevoir l'intelligence émanant du cerveau que la sensibilité et même la locomotilité. Ces facultés ne sont pas plus concrètes et matérielles les unes que les autres, toutes sont des manifestations fonctionnelles. Ce ne sont point des êtres palpables, des entités, ce sont des *nominalités*, et non pas des *réalités*, pour parler la langue de la scolastique du moyen âge où nous ramènent, en effet, toutes les discussions qui ne sont que la résurrection de la grande querelle des *réalistes* et des nominaux. Au demeurant, et désertant encore une fois les hauteurs vertigineuses de la métaphysique, voyons ce qui se passe sous nos yeux. Eh bien! ne voit-on pas tous les jours les altérations matérielles de l'encéphale, ne serait-ce que les lésions traumatiques, entraîner *ipso facto* l'altération ou la perte de l'intelligence? Le délire de la méningite, le coma de l'apoplexie, ne sont-ils pas des produits de lésions maté-

---

« καὶ πάντων, » si ces mots signifiaient : *après tout*. Je crois donc les mieux interpréter ainsi : « *purger aussi la tête de tous les malades*. » D'ailleurs les éditeurs et les traducteurs ont été de tout temps divisés sur le sens de ces mots.

Voici maintenant les passages qui regardent le fond de la question :

Ξύειν, dit M. Anagnostakis, n'est pas *scarifier*, mais *gratter* ou *racler*. A l'appui de cette traduction, exacte quant au sens littéral, il apporte de nombreux passages des médecins grecs postérieurs à Hippocrate, depuis Galien jusqu'à Alexandre de Tralles, passages déjà cités par Mauchart et Platner, mais dont aucun ne fait mention de la scarification oculaire d'Hippocrate. Pourtant le blépharoxystron de Paul d'Égine est un instrument évidemment destiné à faire des incisions, des scarifications, et Celse, mentionné en dernier lieu par mon savant contradicteur, dit clairement : « quidam : ..... *scalpello* eradunt, » ce qui indique manifestement une scarification. L'auteur du *Traité de la Vision* indique lui-même que, par le mot ξύειν, il comprend une opération chirurgicale plus profonde qu'un simple ratissage, ou un ratissage capable d'aller jusqu'à une véritable perte de substance; car il dit (à la fin du chapitre II) : « Il faut *diminuer l'épaisseur des paupières en les scarifiant* (ou *grattant*) (ξύων), » tandis que, dans le chapitre V, il donne comme équivalent ce conseil : « Quand les paupières ont une épaisseur anormale, reséquez-en... la chair. » D'ailleurs je n'ai aucune idée, comment avec de la laine roulée autour d'un fuseau, et encore avec de la laine que l'auteur exige expressément de *première finesse* (milésienne), *crépue* et *propre*, on puisse *racler* ou *gratter* des granulations ou la conjonctive palpébrale.

Voilà pour la scarification. Pour l'ustion, mon embarras est encore plus grand. Comment admettre que la cautérisation, après le ratissage, doive se faire au moyen d'un collyre liquide contenant de l'oxyde de cuivre, lorsque deux fois, dans le même *Traité de la Vision*, nous voyons l'ustion avec le cautère actuel succéder à la scarification (ou raclement) des paupières? A la fin du chapitre II il est dit : « Il faut diminuer l'épaisseur des paupières en les *scarifiant*..., et en les *cautérisant en dedans avec des cautères* non chauf-

rielles? ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour penser que les choses se passent de même dans les névroses cérébrales? Mais, dira-t-on, ici la lésion matérielle vous fait complétement défaut! Ainsi disait-on du ramollissement cérébral avant que cette lésion fût anatomiquement connue, et c'est une grande présomption de croire qu'il ne peut y avoir de lésions matérielles que celles que nous constatons au doigt et à l'œil. Les révélations du microscope devraient nous préserver de cette erreur; et au delà du microscope lui-même, il peut, il doit y avoir des lésions matérielles qui échappent et qui échapperont toujours à nos sens. Voyons, enfin, ce que dit la science des lésions intellectuelles pures, de l'aliénation mentale : si parmi les aliénistes il en est bon nombre qui admettent l'aliénation sans lésion matérielle de l'encéphale, il en est beaucoup d'autres qui croient avoir constaté ou qui supposent fermement des altérations morbides du tissu cérébral.

D'ailleurs, s'il est des aberrations intellectuelles sans lésion matérielle, il est également des altérations fonctionnelles gastriques, pulmonaires, cardiaques, sans lésion appréciable, et pourtant vous n'en concluez pas que les altérations de la digestion, de la respiration, de la circulation, sont indépendantes de l'estomac, des poumons et du cœur ; ou si vous admettez cette indépendance pour ces organes, le cerveau ne fait plus exception, il vous est impossible de sortir de ce dilemme.

Donc, au point de vue des symptômes organiques et fonctionnels, l'encéphale est soumis aux mêmes lois générales que les autres organes.

Mais ce n'est pas tout. L'encéphale est un organe complexe : indépendamment de ses quatre enveloppes, vasculaire, séreuse, fibreuse et osseuse, il est formé d'au moins deux substances, grise et blanche, et comporte plusieurs parties distinctes : hémisphères, lobes cérébraux, corps striés, couches optiques, cervelet, protubérance, bulbe rachidien, etc. Or, on a prétendu que certains symptômes ou certains groupes de symptômes correspondaient à chacune de ces parties : aux méninges le délire et les convulsions, à la substance grise la douleur et les lésions intellectuelles, à la substance blanche les spasmes, la contracture et la paralysie ; à la convexité des hémisphères le délire, à la base les convulsions ; aux lobes antérieurs l'altération de la parole ; au cervelet, l'équilibration des mouvements musculaires et le sens génital, à la protubérance la paralysie croisée, etc. Ces diverses déterminations sont appuyées d'observations confirmatives, mais il existe malheureusement bon nombre d'autres observations qui infirment la plupart de ces lois dont la plus générale et la plus constante est la paralysie du côté opposé à celui de la lésion cérébrale.

Si la variété de siége n'est pas toujours bien nettement caractérisée par la variété des symptômes, nous sommes peut-être encore moins heureux en ce qui concerne les symptômes caractéristiques des altérations de nature diverse. Les lésions matérielles, pendant la vie, étant ici complétement soustraites aux investigations directes, nous n'avons pour nous éclairer que les symptômes fonctionnels, lesquels sont en petit nombre, puisqu'ils se réduisent finalement en altérations du sentiment, du mouvement et de l'intelligence. Il en résulte que ces symptômes doivent se rencontrer à peu près les mêmes dans la généralité des lésions de l'encéphale. Ainsi, qu'il s'agisse, par exemple, d'un corps étranger venu du dehors, d'un épanchement de sang, de pus, de sérosité, d'une tumeur de nature quelconque venant à comprimer l'encéphale, nous aurons toujours pour effet commun la compression, et pour symptôme commun la paralysie résultant de la compression. Qu'une irritation, de quelque nature qu'elle soit, nerveuse, inflammatoire, organique, traumatique, etc., vienne à se produire, nous aurons toujours pour symptômes communs la douleur, les convulsions, le délire diversement combinés. Pour arriver à quelque chose de précis, il nous faudra, en quelque sorte, faire abstraction des symptômes fonctionnels, encéphaliques, locaux, pour chercher dans les symptômes extérieurs, généraux, et dans les circonstances accessoires, des signes caractéristiques de ces diverses lésions. C'est ce qui fait, pour le dire par anticipation, que le diagnostic différentiel des lésions cérébrales est souvent difficile, trompeur, et parfois couvert d'un voile impénétrable.

Mais à quoi tiennent ces difficultés? Sont-elles inhérentes à la nature de l'encéphale, et lui appartiennent-elles exclusivement? Ne tiennent-elles pas plutôt à des conditions physiques et organiques qui peuvent se rencontrer dans d'autres appareils? Les maladies du cœur et des poumons, nonobstant les lumières fournies par l'auscultation, les maladies des viscères abdominaux, estomac, foie, reins, utérus, malgré les facilités de la palpation, ne sont-elles pas tous les jours confondues entre elles, et l'objet des déceptions les plus humiliantes pour l'art du diagnostic? Que si vous invoquiez les difficultés toutes particulières de la science des aliénations mentales, ne pourrions-nous pas vous opposer les délicatesses et les obscurités dans la science des névroses en général? Donc rien encore ici qui distingue essentiellement les affections cérébrales de celles des autres organes.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La marche des affections encéphaliques dépend, comme pour toutes les autres, de la nature de la maladie, de la délicatesse du tissu, de l'importance de l'organe, etc. En tant que la vie dépend directement de l'intégrité de l'encéphale, la mort survient rapidement lorsque les parties centrales surtout sont profondément affectées. Le tissu cérébral, en raison de sa mollesse, subit de promptes désorganisations; enfin la marche des lésions cérébrales est subordonnée au genre de lésion : les inflammations peuvent avoir une marche aiguë ou chronique ; les hémorrhagies abondantes sont presque toujours promptement mortelles ; les hydropisies, comme les inflammations, peuvent être lentes ou rapides ; les lésions organiques sont chroniques de leur nature, et les névroses sont très variables sous le rapport de la marche et de la durée.

Donc, pour le cerveau comme pour tous les autres organes, la

---

fés à blanc (ξύων καὶ ἐπικαίων ἔνδοθεν μὴ διαφανέσιν). » Un précepte analogue est donné dans le chapitre V : « Quand les paupières ont une épaisseur anormale, *reséquez... la chair* de leur partie inférieure, puis *cautérisez* la paupière *avec des cautères* non chauffés à blanc (ἐπικαῦσαι μὴ διαφανέσι). » Comme Hippocrate lui-même (*Des Affections internes*, t. VII, p. 243) conseille de cautériser la région hépatique avec des *fuseaux* de buis trempés dans de l'huile bouillante, j'ai trouvé, et je trouve toujours, plus naturel d'admettre qu'ici encore il s'agit d'une cautérisation des granulations à l'aide d'un vrai cautère, d'un fuseau trempé dans de l'huile bouillante. La laine qui entoure ce fuseau doit servir en même temps à protéger des parties aussi délicates contre le contact trop rude du bois, et à retenir l'huile bouillante qui s'échapperait trop vite sur la surface lisse du fuseau.

M. Anagnostakis adopte mon interprétation de la *fleur de cuivre;* c'est de l'oxyde de cuivre, dit-il, et c'est cet oxyde, contenu dans le *collyre liquide*, qui sert à cautériser les granulations après leur ratissage. Mais ici encore il a recours aux médecins grecs plus récents, qui ont employé comme caustiques les préparations de cuivre, telles que le *sory*, le *misy*, mais il oublie de prouver que ces auteurs, et surtout Hippocrate, aient jamais employé l'oxyde (ou fleur) de cuivre pour la cautérisation des granulations palpébrales.

La στεφάνη de l'œil, mot que j'ai rendu, d'après son acception chez les anciens médecins grecs, par notre mot populaire *prunelle*, c'est-à-dire l'ensemble de la cornée et de l'iris, et leur jonction à la sclérotique, est pour M. Anagnostakis le *bord libre des paupières*. Il se fonde sur le lexicographe Hésychius, qui probablement a eu en vue quelques passages d'un auteur grec très récent. On voit quel excellent et ingénieux usage M. Anagnostakis a su faire d'une interprétation qui ne se trouve que dans un seul lexique; mais, à mon grand regret, je dois lui objecter que le mot στεφάνη n'est employé dans ce sens par aucun auteur médical grec, et que ma traduction est corroborée par la fin du chapitre II du *Traité de la Vision*, où il est dit : « Il faut, en dirigeant toute votre attention *sur le globe oculaire* (αὐτέῳ τῷ ὀφθαλμῷ σκεψάμενος), diminuer l'épais-

marche des maladies peut être rapide ou lente, régulière ou irrégulière; la durée peut être courte ou prolongée; les terminaisons sont, comme partout, la guérison, la chronicité ou la mort. Et si le résultat fatal est plus commun ici qu'ailleurs, c'est que l'encéphale occupe la place la plus élevée dans la hiérarchie des organes.

(*La fin prochainement.*)

---

## III
## REVUE CLINIQUE.

### Observation d'hémophilie.

Dans le numéro de la GAZETTE du 2 mars 1860, je rapportais l'observation d'une ablation de sarcocèle qui avait eu des résultats funestes parce qu'elle avait été pratiquée sur un sujet atteint d'hémophilie. L'opération avait été suivie d'une hémorrhagie en nappe qu'on ne put arrêter que par des applications de perchlorure de fer aidées du tamponnement et de la compression.

Je disais qu'à l'autopsie, outre les traces de péritonite, voici ce qu'on avait constaté : à la dissection des parois de l'abdomen et de la région inguinale, on voit que du sang est infiltré dans les couches musculaires et dans le tissu cellulaire; il forme par-ci par-là quelques caillots de différentes grosseurs; mais ceux qui sont le plus voisins du péritoine sont infiltrés de pus.

Voici une autre observation du même genre; elle présente avec la première certains traits de ressemblance qui méritent, je crois, de fixer l'attention.

OBS. — Le 19 octobre 1860, entre à notre hôpital, dans le service de M. le docteur Jolly, un homme âgé de quarante-cinq ans, robuste et d'une constitution sanguine. Il est porteur d'un épanchement dans la tunique vaginale du côté gauche. Il y a fort longtemps déjà que cet épanchement a *commencé à se produire*; *mais, depuis quatre mois*, sa tumeur a pris un *développement rapide*, et aujourd'hui son volume est de beaucoup supérieur à celui des deux poings. La distension est très grande, et on ne peut produire de fluctuation; mais, en frappant légèrement la tumeur, on perçoit une sensation particulière de vibration qui ne permet pas de douter que la tunique vaginale est le siége d'un épanchement. La tumeur du reste ne présente aucune bosselure. Le testicule droit se reconnait parfaitement en haut et à droite.

La lumière par transparence ne traverse pas la tumeur, et l'on ne peut deviner la nature du liquide épanché. Une ponction faite le 22, laisse écouler un liquide couleur chocolat, dans lequel nagent quelques grumeaux. Ce liquide est légèrement fétide. Quand la tumeur fut vidée, on constata que la tunique vaginale était devenue, en beaucoup d'endroits, cartilagineuse. Le cordon était ossifié en quelques points. On ne put reconnaître le siége du testicule, et nulle part, en pressant la tumeur, on ne put faire percevoir au malade la sensation douloureuse particulière au testicule comprimé. Cet organe était donc atrophié, et on pouvait enlever toute la tunique vaginale sans chercher à le respecter.

L'opération eut lieu le 29; elle présentait la particularité suivante : le développement considérable du scrotum avait fait penser qu'on aurait de nombreux artérioles à lier. Il n'en fut rien; pas un seul jet de sang ne réclama la ligature. Comme je l'ai dit, la partie inférieure du cordon était ossifiée; on plaça au-dessus une première ligature en masse, pour empêcher la rétraction, puis ensuite on passa par le milieu uu fil double, ce qui permit de lier chaque moitié isolément; le grand développement de cet organe avait indiqué cette précaution.

Quoique tout écoulement de sang eût cessé, M. Jolly crut devoir attendre quelque temps avant de procéder au pansement. Il laissa pendant une heure la plaie exposée au contact de l'air. Le pansement consista en un morceau d'agaric taillé sur le modèle de la plaie, et mis en contact immédiat avec elle.

La journée du 29, la nuit et la journée du 30 se passèrent d'une manière satisfaisante. Le 30 au soir, on signala une légère hémorrhagie. La plaie est visitée, exposée par conséquent au contact de l'air; tout écoulement de sang cesse, et on ne peut s'assurer d'où venait l'hémorrhagie. La plaie est pansée de nouveau, et on recommande une exacte surveillance. Le malade ne dit mot de la nuit, et ce n'est que le matin, vers cinq heures, qu'on s'aperçoit que les matelas et la paillasse ont été traversés, et que le sang a formé dans le lit une mare considérable. Cette fois, M. Jolly fait une application de perchlorure de fer, et laisse quelques tampons imbibés de ce liquide dans l'enfoncement funiculaire.

Le malade présente bientôt tous les signes de la résorption purulente; il se plaint d'une douleur dans le côté gauche, sans qu'on aperçoive rien qui puisse en expliquer la cause. Point de vomissement, point de tension du ventre, point de diarrhée; douleurs dans la région inguinale et iliaque gauche qui s'étend, dit-il, jusqu'à la région thoracique. Mort le 3 novembre, vers le soir.

*Autopsie.* — La nuit a été très froide. Tout le côté gauche du cadavre, depuis la région inguinale jusqu'auprès de l'aisselle, présente une teinte livide. La dissection du canal inguinal est difficile à cause des changements que le perchlorure de fer a apportés dans les tissus. Cependant il est évident que l'hémorrhagie provenait d'une artère située à la partie interne du cordon, et qui n'avait pas été comprise dans la ligature. Il eût été facile d'y introduire une aiguille à tricoter. Cette artère paraît être l'artère funiculaire de M. Cruveilhier, que M. Malgaigne appelle l'artère crémastérique, et qui provient de l'épigastrique au moment où elle contourne le cordon. Pourquoi cette artère n'a-t-elle laissé écouler le sang que d'une manière intermittente? Pourquoi le simple contact de l'air froid a-t-il suffi pour arrêter cet écoulement?

La teinte livide que j'ai dit exister dans tout le côté gauche était produite par une infiltration *purulente et gazeuse*. Et si on fait attention que la nuit avait été froide, on sera convaincu que cette infiltration s'était produite pendant la vie, et c'est à la présence du gaz dégagé qu'elle s'était étendue aussi loin. Plus on se rapprochait de la région inguinale, plus la teinte était accentuée et plus l'infiltration purulente et gazeuse était abondante. On se rappela alors qu'en pressant la région inguinale, quelque temps avant la mort, on avait vu s'échapper quelques bulles de gaz auxquelles on n'avait fait qu'une médiocre attention.

Ainsi voilà deux cas d'ablation du testicule accompagnée d'hémorrhagie maîtrisée par le perchlorure de fer, et dans l'un et l'autre de ces cas on trouve une infiltration purulente interstitielle. Dans l'un on trouve, en outre, une infiltration de sang; dans l'autre

---

seur des paupières en les *scarifiant* (ξύων)..., et en les *cautérisant en dedans* (ἐπικαίων ἔνδοθεν).... » De même ici, en *scarifiant* et en *cautérisant* les paupières, le chirurgien doit faire attention à la *prunelle*, c'est-à-dire *au globe oculaire*.

Ce sont là les objections principales que j'ai à faire à M. Anagnostakis. J'aurais été heureux, je le répète, de pouvoir m'en dispenser; car son interprétation présente un ensemble si harmonieux et si spirituel qu'on a de la peine à être d'un avis opposé au sien. La Grèce peut se féliciter d'un homme qui, en dehors de profondes connaissances en médecine et en ophthalmologie, possède tout ce qu'il faut pour contribuer à relever le goût pour l'étude des antiquités littéraires et médicales de sa patrie. Il serait heureux pour la science de voir les compatriotes et les collègues du jeune et savant professeur marcher dans la voie qu'à l'exemple de plusieurs d'entre eux, il suit avec tant de distinction, de bonheur et de modestie.

---

— Les médecins-majors de 1re et de 2e classe, aujourd'hui employés dans les corps de troupes, et qui désirent passer dans le service des hôpitaux, sont invités à en formuler la demande écrite, en indiquant expressément la spécialité médicale ou chirurgicale à laquelle ils se destinent.

Cette demande sera adressée, par la voie hiérarchique, au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux et invalides).

Les épreuves, réglées par le programme du 13 février 1860, inséré au *Journal militaire*, auront lieu entre médecins de même grade, c'est-à-dire que les médecins-majors de 1re classe concourront entre eux, et qu'il en sera de même pour les majors de 2e classe.

Il n'est imposé aucune condition d'ancienneté de grade.

Les demandes des concurrents devront être parvenues au ministre au plus tard le 16 mars 1861.

— Une société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se constituer pour l'arrondissement de Soissons. M. le docteur Missa a été présenté au choix de l'Empereur pour la présidence de cette société nouvelle, qui sera la troisième dans le département de l'Aisne.

une infiltration de gaz, l'un et l'autre se terminant rapidement d'une manière funeste.

Quelle part doit-on assigner au perchlorure dans ce résultat? Les tempéraments des sujets étaient très différents, et l'idiosyncrasie ne peut être invoquée dans les deux cas. Oserait-on dire que le perchlorure mélangé au sang et en contact avec les tissus fait avec eux une muraille infranchissable, et que la sécrétion purulente et les gaz produits ne pouvant s'échapper au dehors, sont obligés de se faire jour à travers les tissus voisins? C'est ce que je n'oserais décider; mais je crois que ces deux faits méritent d'être sérieusement médités.

D[r] GERMAIN (de Château-Thierry).

---

# IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

TRÉPANATION CRANIENNE. — *Extraction d'un projectile et oblitération en grande partie de l'ouverture osseuse par la peau renversée*, par M. *Jobert* (*de Lamballe*). — *Observation*. Gustin (Jules), âgé de vingt et un ans, fut atteint le 8 avril 1855 d'une balle au front, sous les murs de Sébastopol.

Voici l'état du malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1857 :

Au front, on voit un trou net et circulaire de la largeur d'une pièce de 1 franc. En promenant le doigt sur la circonférence de l'ouverture, on sent des granulations osseuses, des ossifications partielles formées par le périoste, et l'on reconnaît à l'aide de la sonde une surface résistante, dure, métallique. A l'extérieur, la peau est amincie et laisse des traces inodulaires.

Considérant que les accidents éprouvés par le malade et que la suppuration abondante qui existe dépendent du séjour du projectile, je propose au jeune blessé d'en faire l'extraction; et l'opération est pratiquée, le 23 février 1857, suivant les règles habituelles du trépan.

Le projectile examiné a fourni les particularités suivantes :

La balle, qui a été retirée à l'aide d'un davier spécial, est en plomb, pèse 25 grammes, et a 5 centimètres 5 millimètres de circonférence. Sa couleur est noire, excepté sur les points où l'instrument l'a saisie. Là, en effet, la coloration bleuâtre est brillante. La surface n'est lisse, arrondie et régulièrement sphérique que sur une faible étendue. Elle présente partout ailleurs de nombreuses aspérités, et est comme écrasée sur ces différents points.

Sauf un érysipèle traumatique, qui a promptement cédé à l'application d'une pommade au nitrate d'argent, les suites de l'opération ont été excellentes, et le 16 avril la blessure présentait l'état suivant :

1° Il existe un suintement purulent. 2° Une cavité, sorte d'infundibulum, au fond duquel on observe des mouvements alternatifs d'affaissement et de soulèvement. 3° On ne retrouve plus de trace de l'ouverture osseuse, qui est comblée en grande partie par les lambeaux des parties molles renversés, et dont les téguments se trouvent adossés. 4° Le blessé a recouvré entièrement ses facultés intellectuelles, et il n'éprouve plus aucune des douleurs dont il se plaignait.

Ce fait, ajoute M. Jobert, se recommande à l'attention par la durée du séjour du projectile et par le mode de guérison qui a suivi son extraction. N'est-il pas remarquable de voir la balle séjourner pendant vingt-deux mois à la place qu'elle occupait, et reposer sur la dure-mère sans déterminer d'inflammation du cerveau et de ses membranes?

Ce qui démontre que le corps étranger n'a, par sa présence sur la dure-mère, déterminé aucune inflammation, c'est que le sang qui se trouvait répandu à la surface était noir, comme charbonné, sans offrir de trace de ramollissement ni de suppuration.

En de semblables circonstances, il me paraît que l'on peut établir en principe qu'il est convenable d'agrandir toujours l'ouverture faite au crâne par l'application du trépan, afin de manœuvrer sans difficulté, et d'éviter d'enfoncer le corps étranger dans le cerveau pendant les efforts d'extraction. D'ailleurs il ne suffit pas de faire une perte de substance plus grande, mais il faut encore saisir le projectile avec de fortes pinces, afin de le retirer sûrement en le tournant dans sa cavité, et en l'attirant à l'extérieur en même temps.

Ordinairement, après la trépanation, il y a exfoliation superficielle et même nécrose plus ou moins profonde; mais ici l'expérience nous a appris qu'il en est autrement lorsque les lambeaux sont introduits dans l'ouverture accidentelle. En effet, chez ce blessé il n'y a eu aucun point de l'os nécrosé; il n'y a point eu d'exfoliation, et la suppuration s'est établie seulement au fond de la plaie et sur la dure-mère, qui a bourgeonné. C'est donc à l'adhérence immédiate des lambeaux à la surface parcourue par le trépan qu'il faut attribuer l'absence de nécrose et d'exfoliation osseuse. Rien ne prouve mieux que la section des os n'est en aucune manière un obstacle à la réunion par première intention.

Le 14 octobre 1860, j'ai revu notre intéressant malade, dont la blessure, parfaitement guérie, n'offrait plus de trace de battements.

A l'occasion de l'observation de M. Jobert, M. *J. Cloquet* rapporte l'observation d'un député tué en duel, et chez lequel une balle de pistolet se coupa en deux après avoir brisé l'os frontal au niveau de l'arcade sourcilière du côté gauche : la portion la plus volumineuse du projectile traversa le cerveau pour s'arrêter au niveau de la protubérance occipitale interne, tandis que la plus petite portion glissa en dehors, entre le crâne et les téguments, sous lesquels elle resta cachée.

NOUVEAU PRIX DE CHIRURGIE. — *Lettre de M. le maréchal* Vaillant *à M. le Président de l'Académie*. — « Si j'ai commis une indiscrétion, votre bienveillance obtiendra mon pardon de l'Académie.

» J'ai parlé à l'Empereur de la proposition faite par notre honorable et savant Secrétaire perpétuel, M. *Flourens*, *de mettre* au concours la grande et belle question de la régénération des os brisés par accidents, coups de feu, etc. L'Empereur ne pouvait être indifférent à ce remarquable progrès de la science chirurgicale, intéressant à un si haut dégré l'humanité tout entière, et dont nos soldats blessés ont déjà commencé à recueillir de si précieux avantages. Sa Majesté, s'associant aux intentions philanthropiques de l'Académie des sciences, m'autorise à vous dire qu'elle ajoutera *dix mille francs* au prix qui sera fixé par nos confrères. »

PHYSIOLOGIE. — *Sur le pouvoir électromoteur secondaire des nerfs et son application à l'électrophysiologie*, par M. *Ch. Matteucci*. — Dans une de ses dernières communications, l'auteur a montré qu'un nerf, après avoir été traversé par un courant électrique, acquiert dans tous ses points un pouvoir électromoteur secondaire par lequel, en touchant deux quelconques de ces points par un arc conducteur homogène, on trouve que la portion intermédiaire du nerf est parcourue par un courant électrique dirigé en sens contraire du courant voltaïque qui l'a excité.

De nouvelles expériences, faites sur le nerf sciatique de différents animaux, ont permis à M. Matteucci d'établir et de formuler la proposition suivante :

« Le pouvoir électromoteur secondaire d'un nerf n'est pas égal » dans tous les points, et il est beaucoup plus fort dans la portion » rapprochée de l'électrode positive que dans la portion qui est le » plus rapprochée de l'électrode négative : cette différence est » plus grande dans un nerf qui est parcouru par le courant en sens » contraire à sa ramification, que dans le nerf parcouru dans le » sens de cette ramification. »

En outre, M. Matteucci pense qu'il est naturel d'attribuer les contractions qui se manifestent dans les muscles dont le nerf est parcouru par le courant inverse au moment de l'ouverture du circuit, au passage du courant secondaire qui est direct dans ce nerf.

MÉDECINE. — M. *le Ministre d'État* transmet deux mémoires qui lui ont été adressés de Tournon (Ardèche) par M. *Ch. Fievet* :

l'un concernant le *choléra-morbus;* l'autre, relatif à une des *causes de dégénérescence de l'espèce humaine*, celle qui dépend de mariages que la prudence devrait interdire, les uns en raison de la consanguinité des époux, les autres parce que l'un ou l'autre des conjoints est entaché d'affections héréditaires, ou, à plus forte raison, parce que tous les deux le sont. (*Comm. :* MM. Andral, Rayer, de Quatrefages )

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet une nouvelle formule des sirops iodhydriques et de proto-iodhydrates, par M. *Galy*, pharmacien. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur l'alcoolisme chronique et les attaques épileptiformes, par M. le docteur *Auguste Voisin*. (*Comm.:* M. Trousseau.) — *b.* Une note relative à l'indication d'une lésion organique des centres nerveux, particulière à la paralysie générale, non encore signalée dans la science, par M. le docteur *Joire* (de Lille). (*Comm.:* M. Falret.) — *c.* Une observation d'empoisonnement accidentel par le bleu de Prusse, par M. le docteur *Paillon* (de Sainte-Foy-lès-Lyon). (*Comm.:* MM. Chevallier et Tardieu.) — *d.* Une lettre relative au traitement de l'épilepsie, par M. le docteur *Flévet* (de Tournon). (*Comm.:* M. Trousseau.) — *e.* Une deuxième note sur le goître exophthalmique, par M. le docteur *Hiffelsheim*. (*Comm.:* M. Baillarger.) — *f.* Une note en espagnol sur le traitement du choléra, par M. le docteur *Francisco Bovér* (de Barcelone). (*Commission du choléra.*) — *g.* Un mémoire sur la fièvre typhoïde sporadique et épidémique, par M. *Jean Hryniewicki*, médecin cantonal à Joppecourt (Moselle). (*Commission des épidémies.*) — *h.* Une lettre de M. *Blondeau de Jussieu* (de Beaune), accompagnant l'envoi d'un échantillon de la substance noire résineuse ou gommeuse interposée entre les segments des cônes du *Segnoia gigantea*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Michel Lévy* fait hommage, au nom de l'auteur, d'un volume intitulé : *Des maladies des Européens dans les pays chauds et dans les régions tropicales*, par M. le docteur *Dutroulau*.

M. *Littré* offre à l'Académie, de la part de M. le docteur *Neucourt* (de Verdun), un volume intitulé : *Des maladies chroniques; pratique d'un médecin de province.*

M. *le Président* annonce que, mardi prochain, l'Académie se formera en comité secret immédiatement après la correspondance, et qu'elle reprendra ensuite sa séance publique.

*Discussion sur la congestion cérébrale.*

M. *Trousseau*, pour répondre à un désir que M. Bouillaud lui a exprimé dans une lettre, donne les définitions et les explications suivantes :

« On donne vulgairement le nom de *congestion cérébrale apoplectiforme* à un état de l'appareil cérébro-spinal, caractérisé par les phénomènes qui appartiennent à ce que l'on appelle ordinairement l'*apoplexie foudroyante :* perte subite de connaissance; résolution complète; respiration lente, profonde, stertoreuse; pouls plein et assez lent; en un mot, ce qui caractérise les *phénomènes apoplectiques.*

Ces accidents sont *essentiellement transitoires*, dans ce que l'on appelle *congestion cérébrale apoplectiforme.*

Pour moi, ces *phénomènes apoplectiques* ne sont pas le résultat d'une congestion cérébrale, mais d'une manière d'être de l'encéphale, laquelle est connexe à la modalité dont la grande attaque d'épilepsie ou d'éclampsie est le symptôme.

J'admets la *congestion de l'encéphale.*

Un ramollissement inflammatoire, une méningite, une encéphalo-méningite, une hémorrhagie, une blessure de l'encéphale, seront la cause d'une *fluxion* ou d'une *congestion* pour le cerveau, comme pour tout autre organe.

Mais cette congestion, que j'admets, ne sera pas soudaine et transitoire comme les *accidents apoplectiques* qui succèdent à une attaque d'épilepsie ou d'éclampsie.

*Epilepsie :* Expression vulgaire, désignant une maladie de l'axe encéphalo rachidien, caractérisée, dans sa *forme la plus grave*, par la perte subite de connaissance, des convulsions générales, prédominant ordinairement d'un côté, — d'une durée qui n'excède pas habituellement deux minutes, — suivies de *phénomènes apoplectiques*, considérés, *à tort suivant moi*, comme *congestifs*. Cet état apoplectique est, suivant moi, le symptôme de la *modalité cérébrale* qui a produit l'attaque, et n'est pas plus que l'attaque elle-même une congestion cérébrale.

Le *petit mal* n'est que l'attaque avortée ou modifiée.

*Éclampsie :* Mêmes phénomènes que ceux de l'épilepsie; *accidentelle*, tandis que l'épilepsie est *constitutionnelle* et *à retours.*

Dans une maladie cérébrale *chronique ou aiguë*, il y a des phénomènes de congestion irritative et inflammatoire; mais ici même, dans la presque universalité des cas, les *phénomènes apoplectiques* qui surviennent subitement, et qui disparaissent, sont de l'*éclampsie* ou de l'*épilepsie* symptomatiques, déterminés, j'en conviens, appelés, en quelque sorte, par la lésion aiguë ou chronique de l'encéphale.

M. *Bouillaud* pense et cherche à établir que M. Trousseau a eu tort de se plaindre, dans son dernier discours, d'avoir été poussé, malgré lui, loin de la question qu'il avait posée, et entraîné hors du terrain où il s'était primitivement placé. N'est-ce pas M. Trousseau qui a parlé de certains états du cerveau, différents de la congestion et de l'épilepsie? N'est-ce pas lui qui a caractérisé ces états nouveaux, par des mots plus nouveaux encore d'*impatience cérébrale*, d'*étonnement du cerveau?* N'est-ce pas lui, enfin qui, sans le vouloir peut-être et sans le savoir, a soulevé des questions de haute philosophie médicale, en apportant à cette tribune des idées qu'il regarde comme neuves, en heurtant de front certains principes de nosologie généralement acceptés, et en adoptant une terminologie aventureuse, peu conforme au langage communément adopté?

M. Bouillaud établit que le langage représentatif, en médecine, comme le nommait Alibert, c'est-à-dire la tendance à désigner une maladie par une expression qui rappelle à la fois la nature de la lésion et l'organe lésé, remonte à Hippocrate, et a été suivie par tous les grands médecins des temps passés. C'est en vain que M. Trousseau s'efforcerait de s'opposer à cette tendance, et de faire rétrograder ce mouvement; il a commencé par là, il y reviendra.

Ce qui fait l'immortelle gloire de Bichat, c'est d'avoir créé la médecine comme n'étant que l'anatomie et la physiologie, envisagées sous un autre point de vue; c'est d'avoir formulé la loi de tous les progrès accomplis ou futurs, en médecine, dans cette phrase restée célèbre : « Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal? »

Héritiers des doctrines de Bichat, nous faisons de la médecine comme de la physiologie; nous étudions les troubles fonctionnels pour les rattacher à des organes lésés; de sorte que l'étude, la détermination de l'altération organique, de la modification anatomique, doit être regardée comme la base de la médecine moderne, qu'on pourrait appeler justement, pour cette raison, la médecine *incarnée.*

Hors de cette école de l'observation exacte, que reste-t-il? L'ontologie, cette chimère, si rudement combattue par Broussais, doctrine décevante, qui regarde la maladie comme une abstraction, et qui l'étudie indépendamment des organes lésés!

Laennec, tout en condamnant les exagérations où le génie de Broussais s'était laissé entraîner, adopte le fond même de la doctrine de l'illustre réformateur. Dans l'introduction de son immortel *Traité d'auscultation médiate*, il compare les médecins qui créent des entités morbides ou qui les poursuivent à des gens qui courent après des fantômes ou à des bateleurs s'escrimant dans l'obscurité. Comme eux, dit-il, ces médecins s'exposent à frapper tantôt sur la maladie, tantôt sur le malade.

M. Rostan, M. Piorry et moi, ajoute M. Bouillaud, nous avons fait aussi de grands efforts pour anéantir ces fantômes d'entités morbides. M. Trousseau lui-même avait suivi d'abord cette bonne voie; mais aujourd'hui voilà qu'il abandonne le sentier de la méde-

cine exacte, positive, de la médecine d'observation, pour se jeter tête baissée dans les aventures d'un système illusoire et de pure fantaisie. Animé de je ne sais quel esprit de discorde, voilà qu'il vient, pour me servir de ses propres expressions, *faire une émeute* dans l'Académie. Voyant Catilina à nos portes, je me suis écrié : *Caveant consules!* J'ai fait appel au Cicéron de l'Assemblée ; mais, ne jugeant pas sans doute que la patrie fût en danger, M. Malgaigne reste muet sur son banc.

Il fallait bien que M. Trousseau tînt extraordinairement à produire quelque émotion dans le monde médical, puisque la note qu'il a lue à cette tribune n'est que la reproduction d'une de ses leçons cliniques, un chapitre emprunté à l'ouvrage qu'il publie en ce moment. L'Académie n'a donc pas eu les prémices de ce travail, et pourtant je la crois une assez belle dame pour mériter tous les égards, toutes les faveurs de notre collègue.

M. *Trousseau*. Le volume dont je suis venu lire un chapitre devant l'Académie n'a pas encore paru ; il est sous presse.

M. *Bouillaud*. Revenons à la question soulevée par M. Trousseau, à la congestion apoplectiforme. Encore une fois, M. Trousseau, en rapprochant la congestion de l'épilepsie, en rapportant à cette dernière affection des phénomènes généralement attribués à une fluxion sanguine encéphalique, fait un rapprochement forcé ; il assimile entre elles des choses tout à fait disparates ; il commet un grossier contre-sens pathologique ; il confond une névrose, une affection convulsive, avec un état anatomique bien connu, bien déterminé. L'idée qu'il se fait de l'apoplexie n'a rien de scientifique, rien de médical ; c'est l'idée que le vulgaire s'en fait. Un homme tombe subitement dans la rue, sans connaissance, sans mouvement ; tout le monde s'écrie : C'est une attaque d'apoplexie ! et le lendemain toutes les gazettes répètent à l'unisson : C'est une attaque d'apoplexie ! J'ai demandé à M. Trousseau une définition rigoureuse de l'apoplexie ; il m'a donné celle de Boerhaave. Cette définition pouvait être excellente du temps de Boerhaave, elle pouvait paraître satisfaisante aux médecins de cette époque ; mais aujourd'hui que nous connaissons bien les fonctions du cerveau, que la physiologie est venue jeter le jour sur le rôle assigné aux différentes parties de l'axe encéphalo-rachidien ; aujourd'hui surtout que l'anatomie pathologique nous a appris à préciser la nature et le siége des diverses lésions qui peuvent atteindre les centres nerveux ; aujourd'hui que nous savons à merveille que l'apoplexie cérébrale n'est pas le seul accident morbide qui puisse terrasser un homme et le priver soudain de la connaissance et du mouvement, la définition de Boerhaave est un anachronisme, un non-sens. C'était dans les travaux contemporains que M. Trousseau aurait dû chercher la définition de l'apoplexie.

Si M. Trousseau avait ouvert la nosologie de Pinel, qui le premier s'est efforcé d'élucider la question obscure des apoplexies, il aurait vu avec quel esprit méthodique, quel sens profondément médical, cet illustre médecin avait cherché à débrouiller ce chaos informe. Pinel inscrit l'hémorrhagie cérébrale en tête des apoplexies ; puis il décrit l'apoplexie séreuse, et enfin il forme une troisième espèce, sous le nom d'apoplexie nerveuse, de tous les cas que l'anatomie pathologique ne permet point de faire rentrer dans les deux premières variétés. En procédant ainsi, peut-être M. Trousseau aurait-il découvert que beaucoup de prétendues congestions apoplectiformes, au lieu d'être justiciables de l'épilepsie ou de l'éclampsie, comme il le pense, c'est-à-dire au lieu d'être de pures névroses, pouvaient rentrer dans la classe des hémorrhagies, et s'expliquer par une de ces lésions anatomiques dont l'observation exacte nous apprend à bien préciser la nature et le siége. Ainsi, par voie d'élimination, M. Trousseau serait arrivé nécessairement à ce groupe de phénomènes où l'élément nerveux joue le rôle principal, et que nous sommes tous obligés de ranger parmi les névroses, faute d'altérations anatomiques appréciables. A coup sûr, si notre collègue avait procédé de la sorte, il aurait trouvé moins d'épilepsies dans sa pratique, et il n'aurait pas avancé cette grave et terrible proposition, à savoir que la presque universalité des gens qui éprouvent des vertiges, des étourdissements, des pertes subites de connaissance, doivent être regardés comme épileptiques ; il n'aurait pas été conduit, non plus, à jeter l'alarme dans la conscience des médecins légistes en les invitant à se prononcer ici sur l'importante question de la responsabilité de certains actes réputés criminels, et en leur déclarant que la solution de la question actuellement pendante pouvait arracher bien des têtes à l'échafaud.

J'ai peine à concevoir l'enthousiasme qui a accueilli le dernier discours de M. Trousseau ; j'admire le zèle de ses amis, qui prétendent que notre collègue a répandu des flots de lumière sur ce difficile problème pathologique ! Malheureusement, cette conviction n'a pas été partagée par tout le monde ; et, au sortir de la séance, un des médecins les plus éminents de cette assemblée, M. Roche, s'est approché de moi en me disant : *Fiat lux!* M. Trousseau, d'ailleurs, semble lui-même s'associer médiocrement aux illusions de ses admirateurs, s'il faut en croire cet aveu, échappé à sa franchise : « Chacun de nous ne gardera de cette discussion, limitée » à la congestion, que les opinions qu'il avait avant. »

Et, en effet, messieurs, malgré toutes les explications tentées par M. Trousseau, je vous demande si vous êtes encore parvenus à comprendre le premier terme du débat, à savoir ce qu'il faut entendre par congestion cérébrale apoplectiforme. Quant à moi, je n'en sais rien encore. J'ai prié M. Trousseau de nous indiquer un ouvrage où cette maladie fût décrite, une monographie où ses caractères symptomatiques et ses lésions anatomiques fussent nettement indiqués. M. Trousseau n'a pu me fournir ces précieux renseignements. Et puis, il vient dire que c'est une affection généralement connue, et communément acceptée ! Sur quelles preuves cliniques, sur quelles démonstrations anatomiques repose une pareille assertion ? M. Trousseau a-t-il jamais vu sur le cadavre cette congestion apoplectiforme ? J'ai déjà dit, et je répète, que je ne l'ai jamais observée, et que jamais je ne l'ai signalée, ni dans mes livres, ni dans mon enseignement.

Et c'est sur cette entité morbide, sur cette création pathologique imaginaire, que roule toute la communication de M. Trousseau ! C'est ce fantôme qui sert de base et de point de *départ à* la doctrine de notre collègue concernant l'épilepsie ! Or, voyez à quel point cette doctrine est défectueuse et chimérique, puisque M. Trousseau, dans la majorité des cas, s'est cru obligé prudemment, pour asseoir son diagnostic, d'attendre l'explosion de phénomènes franchement épileptiques !

Quant à l'assimilation que notre collègue a faite entre l'épilepsie et l'éclampsie, je la livre à l'appréciation de nos confrères les aliénistes.

M. Trousseau prétend qu'il fait de la médecine terre-à-terre ; mais je ne connais pas, au contraire, de théories médicales plus transcendantes que celles qu'il est venu développer à cette tribune. Jamais l'imagination d'un clinicien s'est-elle engagée dans des spéculations plus hardies, dans des conceptions plus élevées, que celles que vous avez entendu formuler à propos de l'*ictus* épileptique ? Ah ! M. Trousseau aurait rendu un grand service à la science s'il avait pu nous dire à quels signes certains on reconnaît les cas où il y a simplement *ictus épileptique* et ceux où il y a congestion encéphalique ou hémorrhagie cérébrale.

Voilà où il fallait porter la lumière ; voilà quels étaient les termes du problème qu'il fallait surtout chercher à dégager, en prenant pour flambeau, non point une vaine hypothèse, mais l'observation clinique et l'anatomie pathologique, qui seules peuvent nous éclairer sur le siége du mal et sur la nature de la lésion.

M. Bouillaud termine en insistant sur la nécessité de distinguer l'épilepsie essentielle de l'épilepsie symptomatique ; il range la première au nombre des névroses actives ou par excès d'action nerveuse ; c'est dans ce sens seulement qu'il est permis d'en rapprocher certaines névralgies et l'angine de poitrine, qui sont également des névroses par excès d'action, mais qui diffèrent essentiellement par leur nature de l'épilepsie vraie, de l'épilepsie héréditaire, de cette affreuse maladie, le fléau et l'opprobre de l'humanité.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

HERNIES ÉTRANGLÉES ; PERFORATIONS DE L'ANSE HERNIÉE.

Toute cette séance a été remplie par une discussion sur un détail important de l'opération de la hernie étranglée : quelle conduite doit tenir le chirurgien lorsqu'il existe une perforation de l'anse intestinale qui était étranglée? Cette discussion a été amenée par la relation du cas suivant, faite par M. *Bauchet :*

Obs. — Une femme atteinte de hernie crurale s'aperçut, le jeudi, qu'il lui était impossible de réduire sa hernie; cependant il ne survint pas d'interruption de cours des matières fécales, pas de vomissements; le lundi suivant, tentatives de taxis; une selle le soir; elle se rend à l'hôpital le mardi matin. A ce moment, elle présentait, dans l'aine gauche, une tumeur rouge, fluctuante, douloureuse; on lui prescrit un léger purgatif; le soir, un vomissement. Le mercredi matin, opération; le débridement de l'anneau est fait. En examinant l'anse étranglée, M. Bauchet aperçut deux ou trois petits points noirs, et il vit quelques bulles de gaz s'échapper par l'un de ces points. Ayant connaissance de faits analogues dans lesquels la réduction put être faite sans inconvénients, M. Bauchet réduisit l'anse qui avait été étranglée. Pendant huit jours, tout alla bien, mais la malade fut prise d'un érysipèle, et bientôt des gaz et des matières fécales vinrent sortir par la plaie. L'érysipèle fit des progrès, envahit la tête, et la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva, au niveau de l'anneau crural, deux anses accolées et croisées en X; derrière leur point d'union, se trouvait l'anse qui avait été étranglée; elle était presque entièrement coupée; il ne restait plus qu'un faible lambeau de l'intestin qui réunissait les deux bouts.

M. *Chassaignac* pense que, dans ces cas, il ne faut pas se contenter de réduire, mais appliquer une ligature latérale, ainsi que cela a été conseillé par Astley Cooper et d'autres chirurgiens anglais. Lors même que la perforation paraît très petite, il faut agir ainsi, car les tuniques internes de l'intestin sont déjà détruites dans une plus grande étendue.

M. *Verneuil* cite un cas dans lequel, une perforation de 2 millimètres ayant été faite avec le bistouri pendant l'opération, il pratiqua une suture avec adossement des séreuses avant de réduire, puis fit rentrer l'anse, en la maintenant au voisinage de l'anneau au moyen des chefs de la suture. Tout alla bien pendant trois jours; la plaie extérieure tendait à se réunir rapidement, mais il survint un phlegmon stercoral au voisinage de la plaie : ce phlegmon s'étendit malgré le traitement; le péritoine s'enflamma, et la malade, âgée de quatre-vingt-deux ans, succomba bientôt.

M. Verneuil pense qu'en pareil cas il vaut mieux se décider immédiatement à pratiquer un anus artificiel.

M. *Broca* pense que l'on peut prendre plusieurs partis, suivant le cas qui se présente : quand une petite perforation existe sur un intestin d'ailleurs sain, on peut, comme le dit M. Chassaignac, faire une ligature et réduire; quand l'intestin est malade, au contraire, il vaudrait mieux faire une ligature, et maintenir l'anse au voisinage de l'anneau.

Il a observé un cas de perforation intestinale dans ces conditions, et prit le dernier parti; tout alla bien pendant huit jours, la ligature tomba alors; il ne survint aucun accident, lorsque le treizième jour la malade fut prise de coliques et de vomissements; elle avorta, et rendit un fœtus de deux mois et demi environ, et succomba le quinzième jour à la péritonite, que M. Broca pense avoir été consécutive à l'avortement; aucune complication, aucun accident ne s'étaient montrés du côté de la plaie.

M. *Giraldès*, en 1846, pratiqua la suture de Gély dans un cas de perforation traumatique, et réduisit immédiatement l'anse herniée. Le malade a guéri.

M. *Gosselin* pense qu'il est fort difficile à chaque chirurgien de se faire une opinion avec les faits qu'il a pu observer, et qu'il est utile que chacun fasse connaître ceux qu'il aurait rencontrés, afin de pouvoir, par la comparaison, en tirer des conclusions utiles. M. Gosselin cite trois cas dans lesquels il a tenu une conduite intermédiaire : pas de suture, pas d'anus contre nature, pas de réduction. Dans un premier cas, fistule stercorale sans gangrène étendue; l'intestin se réduit, et il ne reste qu'une petite fistule; plus tard, accidents et mort. Dans les deux autres cas, il y avait une perforation consécutive à l'étranglement, dans l'autre une petite blessure faite par le bistouri; dans ces deux cas, l'anse fut laissée au dehors, et il se forma un anus contre nature.

Cette discussion, interrompue par un comité secret, sera probablement continuée dans la prochaine séance.

---

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Double rupture complète de l'utérus pendant l'accouchement; graves accidents consécutifs et guérison. Nouvelle grossesse; accouchement facile et heureux,** par M. le docteur Putégnat, à Lunéville.

Obs. — Victorine P..., âgée de vingt-huit ans, a eu trois grossesses heureuses. La durée du travail du premier enfantement a été de deux jours et demi; celle du second, de six heures; enfin celle de la troisième parturition a été de trois heures seulement.

Pendant les six derniers mois d'une quatrième grossesse, cette femme a toujours accusé une telle sensibilité de la matrice, que le plus faible mouvement des membres inférieurs, et même des bras, lui causait de vives douleurs dans le bas-ventre et nécessitait le repos absolu.

Le 11 janvier 1855, au terme naturel, elle ressent, à deux heures du matin, quelques coliques, très faibles, dans les reins et le bas-ventre.

A deux heures et demie, subitement, sans cause appréciable et pendant qu'elle se tient debout pour uriner, arrive une douleur très intense, mais de courte durée. Après une minute de calme relatif, survient une nouvelle douleur, d'emblée atroce, angoissante, qui arrache de grands cris à la patiente. Elle a, pendant cette douleur, conscience qu'une déchirure, accompagnée d'un bruit particulier, se fait dans le ventre. Aussitôt après, presque instantanément, l'enfant tombe sur le plancher en déchirant le cordon ombilical.

L'accouchée, baignée dans son sang, évanouie, est placée sur son lit. Un quart d'heure après arrive une matrone, qui, à l'aide de fortes tractions sur le cordon et de frictions, finit par obtenir le placenta au bout de quarante-cinq minutes.

La délivrance est aussitôt suivie d'un redoublement de l'hémorrhagie, qui est arrêtée par des applications froides.

Six jours après, l'hémorrhagie reparaît et dure une heure et demie; elle est arrêtée par l'usage d'une limonade citrique glacée et des applications froides.

Deux jours après (huitième jour de l'accouchement), à trois heures du soir, nouvelle hémorrhagie qui résiste aux moyens employés précédemment avec succès. Pendant deux heures, la sage-femme essaye inutilement, d'abord avec la main seule, puis avec la pince à faux germe de Levret, d'extraire ce qu'elle regarde comme un reste de placenta adhérent. On fait appeler M. Putégnat.

« Je trouve, dit-il, cette malheureuse anéantie de douleur et épuisée par les hémorrhagies et les longues et absurdes manœuvres de la sage-femme. Pendant qu'on se procure en toute hâte, suivant mon ordre, du bouillon de bœuf et du vin généreux, et après avoir fait nettoyer les parties sexuelles et le lit de l'accouchée, puis fait placer celle-ci horizontalement sur son dos, je procède à l'exploration de la matière, en introduisant ma main tout entière dans le vagin.

» Je rencontre, à la hauteur de 5 à 6 centimètres environ, un corps aplati, de l'épaisseur de 2 centimètres, frangé à son extrémité inférieure et flottante, ayant sa surface antérieure unie et celle postérieure un peu inégale. En suivant ce corps, je le trouve adhérent par un point de 2 centimètres à un autre corps, tout à fait symétrique, mais siégeant au-dessous de lui et présentant, en avant, sa surface inégale, et, en arrière, celle unie. Son extrémité inférieure, comme la précédente, est beaucoup moins large que la supérieure, et présente, à son bord libre, de nombreuses déchirures et des lambeaux flottants de chair.

» A l'aide de symptômes si caractéristiques et de ceux commémoratifs et rationnels, je ne puis qu'annoncer une double rupture verticale de l'utérus, partageant cet organe presque complétement en deux parties égales ou moins une portion de 2 centimètres environ; rupture qui s'est

opérée subitement et spontanément pendant un effort actif de la matrice, ou pendant la seconde ou dernière douleur, si violente, de l'accouchement.

» Les deux corps dentelés, qui sont libres et flottants dans la partie supérieure du vagin, à 5 centimètres environ de l'orifice vulvaire, et que la matrone, dans son erreur, a tiraillés et dilacérés avec ses doigts, ses ongles et la pince de Levret..., ces deux corps, dis-je, sont constitués par les extrémités inférieures du corps et du col utérin, divisés en deux parties : l'une antérieure, l'autre postérieure.

» Ainsi, cette matrice, divisée transversalement, de bas en haut, et presque complétement, représente assez bien les deux valves d'un coquillage allongé, adhérentes l'une à l'autre, à leurs extrémités supérieures, par un petit pont.

» ... Après un examen attentif des parties, M. le docteur Thomassin est de mon avis sur tous les points de mon diagnostic. »

La malade eut à traverser une métro-péritonite et une *phlegmatia alba dolens*, mais elle se rétablit assez rapidement. La menstruation reparut deux mois après l'accouchement.

En 1859, nouvelle grossesse, aussi heureuse que possible. Madame T... éprouva seulement, pendant les derniers mois, des maux de reins et des coliques qui furent combattus par des bains, des lavements et le repos. Accouchement facile et heureux, le 3 mars 1860, après douze heures d'un travail douloureux seulement pendant la dernière heure. M. Putégnat finit son observation par les détails suivants sur l'état de la matrice après cet accouchement :

La matrice, examinée attentivement avec le doigt, n'indique rien d'extraordinaire pour celle d'une femme qui a mis au monde cinq enfants. Seulement, à droite et à gauche du col, un peu calleux, on reconnaît une cicatrice un peu plus marquée que celle que l'on rencontre habituellement.

En l'absence de toute autre lésion capable d'expliquer la rupture de l'utérus, l'auteur pense que la cause première saisissable de cet accident a été une sensibilité exagérée, résultat d'une irritabilité inflammatoire de l'utérus, laquelle a provoqué les deux atroces douleurs, spécialement la dernière, qui se sont succédé l'une à l'autre seulement à une minute de distance. La matrice était ainsi surprise par des contractions extrêmement énergiques avant que le col eût eu le temps de se ramollir et de se dilater normalement.

M. Putégnat pense que la double rupture a dû commencer par le col, pour s'élever ensuite jusqu'au fond de l'utérus. D'une part, en effet, c'est vers le col, ou la partie inférieure, en général plus aminci et moins soutenu, qu'on rencontre le plus souvent ces sortes de solutions de continuité. D'un autre côté, si le corps se fût rompu le premier, l'enfant, au lieu de suivre, comme il l'a fait, la voie naturelle, se serait engagé, au moins en partie, dans une crevasse et serait tombé, en totalité ou partiellement, dans la cavité abdominale. C'est aussi par cette marche de la rupture et par l'attitude de l'accouchée que l'auteur s'explique que l'hémorrhagie se soit faite surtout au dehors, contrairement à ce qui a lieu ordinairement. (*Journal de médecine de Bruxelles*, janvier 1861.)

**De l'obligation de pratiquer l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes**, par M. Laforgue, professeur d'accouchements à la Maternité et à l'École de médecine de Toulouse. (Note communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 22 janvier.)

M. Laforgue, qui a eu le bonheur de pratiquer avec succès l'opération césarienne sur une femme morte au huitième mois de la grossesse, envisage l'opportunité de cette opération à un triple point de vue. Inhumer une femme enceinte, et à une époque avancée de la grossesse, sans retirer l'enfant..., c'est, dit-il, au point de vue de l'humanité, commettre un infanticide par négligence... Au point de vue de la religion, c'est priver de la régénération par le baptême ces corps animés de l'esprit de Dieu ; au point de vue de la législation, c'est une faute grave qui peut porter atteinte aux droits de la famille et de la société.

La législation ayant laissé tomber en désuétude la loi ancienne qui défend d'inhumer une femme enceinte avant d'avoir retiré l'enfant, les médecins sont peu disposés ou s'abstiennent de pratiquer une opération qu'ils considèrent, le plus souvent, comme inutile. Les théologiens, au contraire, sont toujours disposés à agir, inspirés par le désir de sauver des enfants qui risquent de mourir sans baptême. De là des conflits et des actes répréhensibles, auxquels il serait convenable de mettre un terme. L'intervention des personnes étrangères à la médecine étant d'ailleurs très dangereuse, il résulte, comme conséquence rigoureuse, que tous les médecins doivent considérer comme un devoir professionnel de pratiquer l'opération césarienne dans tous les cas de mort d'une femme enceinte.

M. Laforgue n'admet pas que l'on doive, se plaçant uniquement au point de vue légal et humanitaire, n'opérer qu'à la fin du sixième mois ; pour éviter des conflits, il faut agir comme le demande le point de vue religieux, dès le moment où l'enfant peut être retiré vivant, c'est-à-dire à la fin du quatrième mois.

L'opération doit être faite immédiatement après la mort, ou à l'époque la plus rapprochée de la mort. En employant les moyens connus, le médecin peut toujours avoir la certitude de la mort de la mère au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. Cependant il ne faudrait pas s'abstenir parce qu'on serait appelé trop tard. Quoique les faits d'enfants extraits vivants plusieurs heures et plusieurs jours après la mort de la mère, soient loin d'être authentiques, il faut néanmoins en tenir compte, et opérer toujours avant l'inhumation.

On objecte que l'article 77 du Code civil s'applique à l'opération césarienne après la mort, et que, dès lors, il est défendu au médecin d'intervenir avant l'expiration des vingt-quatre heures. Il n'en est rien. Le législateur a voulu, par le délai de vingt-quatre heures, que la mort fût confirmée par des signes appréciables pour tout le monde ; mais comme le médecin n'a pas besoin de ce délai pour constater la mort, il doit agir dès qu'il a acquis toute certitude.

D'après cet exposé, M. Laforgue croit pouvoir établir les conclusions suivantes qui, à son avis, résolvent le problème des naissances posthumes par l'extraction :

1° L'opération césarienne devra être pratiquée par un médecin après la mort des femmes enceintes de plus de quatre mois.

Cette opération sera faite immédiatement *après la constatation* des signes certains de la mort.

2° L'inhumation d'une femme enceinte ne pourra être autorisée par l'officier de l'état civil que sur la déclaration du médecin, inspecteur du décès, que l'enfant a été extrait.

3° Il est rigoureusement défendu à toute personne étrangère à la médecine de pratiquer cette opération.

4° Dans le cas de refus ou d'absence du médecin ordinaire, le médecin délégué pour la vérification du décès sera tenu de pratiquer l'extraction de l'enfant.

5° Dans le cas d'urgence, l'autorité aura le droit de requérir un médecin, qui ne pourra refuser de pratiquer l'opération césarienne, avant l'inhumation, sous peine de l'application de l'article 475 du Code pénal, qui punit ceux qui ont négligé ou refusé de prêter secours dans les circonstances d'accidents de flagrant délit. (*Journal de médecine de Toulouse*, janvier 1861.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Notes bibliographiques et médicales sur le perchlorure de fer**, par le docteur Munaret, membre de plusieurs Académies, etc.

« Nous n'avons, en thérapeutique, que trois ou quatre agents à action assurée et fidèle, et le fer est bien de ces agents, si ce n'est le premier. Il ne faut donc pas être surpris du zèle que met la pharmacie à perfectionner les médicaments qui portent cette substance. Les persulfates, et *notamment* le perchlorure de fer, sont l'objet de tous ces soins, et celui qui donnera à ces produits la composition fixe, permanente et inaltérable, aura bien mérité de la science. »

(Extrait du *Moniteur des sciences*.)

Les deux acquisitions les plus précieuses de notre matière mé-

dico-chirurgicale contemporaine sont incontestablement le chloroforme et le perchlorure de fer.

Avec les deux agents les mieux acceptés de l'anesthésie, — le chloroforme et l'éther, — on peut affirmer à présent que la femme n'enfantera plus avec douleur, et que l'homme le plus douillet peut supporter le fer et le feu comme moyens suprêmes de salut.

Les persels ferriques guérissent certains anévrysmes, tarissent la plupart des hémorrhagies externes ou internes, décomposent les poisons les plus septiques, les virus les plus léthifères. Ils tonifient et calment consécutivement : *sanguis nervorum moderator*.

Le perchlorure de fer est du *vieux-neuf*, comme dirait Éd. Fournier ; en l'année 1725, il fut découvert à Copenhague par le comte de Besturchef, un amateur riche et désœuvré qui se plaisait à l'étude de la chimie et aux manipulations du laboratoire.

Les médecins, après avoir expérimenté cette teinture, qui n'était autre qu'une solution du sel ferrique en question dans de l'éther, lui reconnurent des propriétés médicamenteuses ; on le distribua gratis au peuple ; mais les riches le payaient à raison de 24 francs le flacon de demi-once. L'*elixir d'or*, ainsi nommé parce qu'on s'imaginait que c'était à ce métal dissous dans l'acide nitro-muriatique qu'il devait sa couleur et même ses vertus, devint la panacée européenne; il fit la fortune de plusieurs exploitateurs; mais, aussitôt que l'impératrice Catherine II eut ordonné la divulgation de cette mystérieuse composition, le public ne voulut plus sacrifier au *dieu inconnu*, et plus tard, pour en avoir des nouvelles, il fallut compulser les dispensaires et les pharmacopées allemandes.

Au commencement de ce siècle, M. Desertine publia, dans le *Bulletin de pharmacie*, une courte et curieuse notice sur cette teinture si injustement oubliée.

Ce fut en 1851 que le très regrettable docteur Pravaz, remarqua pour la première fois la propriété COAGULANTE du perchlorure de fer, après avoir vainement essayé, par plusieurs acides minéraux, le pus d'un abcès froid qu'il venait d'ouvrir. Sa joie fut grande en voyant le *magma* demi-solide qu'il venait d'obtenir, car l'ingénieux expérimentateur s'occupait depuis longtemps des moyens de coaguler le sang dans les anévrysmes; et, renonçant à perfectionner *sa première méthode*, la *galvano-puncture*, il espéra qu'on pourrait injecter directement le sel de fer dans l'intérieur du sac, et le succès vint bientôt donner raison à l'induction.

Les expériences eurent lieu sur des chevaux, à l'École vétérinaire de Lyon, et le professeur Lallemand, qui y assistait, annonça par lettre à l'Institut cette découverte le 10 janvier 1853.

Deux médecins, MM. Goubaux et Giraldès, furent chargés par ce corps savant d'étudier les propriétés physiologiques et chimiques du perchlorure de fer sur le sang en circulation et sur les parois artérielles ; leur rapport a facilité le choix de la solution ferrique pour les injections intra-artérielles.

Pravaz offrit les prémices de sa méthode à la Société de chirurgie de Paris le 17 mai 1853.

Le docteur Raoult du Longchamp tenta, le premier, l'injection perchlorurée sur l'homme, et fit ainsi disparaître en quelques jours une tumeur anévrysmale sus-orbitaire grosse comme une noisette.

« Rien ne caractérise mieux l'activité scientifique de notre époque comme l'ardeur qu'on mit à expérimenter ce nouvel agent de coagulation ; rien aussi n'a dénoncé l'inquiète et peu digne rivalité de la chirurgie parisienne, comme la *manière si singulière* avec laquelle cette découverte fut présentée et appréciée pendant plusieurs séances de l'Académie de médecine.

» Après avoir déployé toute son éloquence pour obtenir le rejet formel de cet hémospasique provincial, le professeur Malgaigne s'écria même : Est-ce assez de victimes humaines (quatre insuccès !), et combien vous en faut-il encore pour crier anathème sur la méthode? La chirurgie lyonnaise lui a répondu par des guérisons nombreuses, et sa réponse a été sans réplique (1). »

En effet, ce n'était pas à la méthode, comme l'a dit le docteur Valette, mais à la mauvaise application de la méthode qu'il fallait attribuer les quelques insuccès que l'on eut à déplorer.

(1) *Éloge historique de Charles Pravaz*, etc., par le docteur Munaret, Lyon, 1854, p. 40.

En voici un exemple que nous citons de préférence, parce qu'il fera savoir avec quelle conscience et quelle sensibilité d'âme Pravaz exerçait son art. « En apprenant la nouvelle méthode de traitement des anévrysmes, M. Serre, chirurgien de l'hôpital d'Alais, demanda à Pravaz un échantillon de sel ferrique avec son appareil instrumental. Pravaz, déjà très malade, s'empressa d'obtempérer au désir de son zélé confrère, à la condition d'obtenir un bulletin journalier de son opéré. L'injection se fit, mais les suites en furent inquiétantes ; il s'agissait d'un anévrysme variqueux au pli du coude, et, après l'opération, il était survenu une vive inflammation des parois du sac, avec abcès et eschare, parce qu'on avait injecté *trois fois plus* de perchlorure qu'il n'en fallait. Pravaz s'en alarma immodérément ; il n'en dormait plus et se reprochait hautement la mort d'un homme qu'on aurait peut-être pu sauver par d'autres moyens. Cependant l'opéré guérit..., et Pravaz s'éteignit trois semaines après. Sa famille reste convaincue que ce dernier ébranlement cérébral accéléra sa fin (1). »

Justice soit rendue à l'Académie de médecine ; elle mit un terme à cette orageuse et intempestive discussion « en recommandant la prudence aux chirurgiens lorsqu'il s'agissait d'expérimenter des méthodes nouvelles. »

M. Burin du Buisson, déjà familier avec la préparation de quelques produits pharmaceutiques à base de fer et de manganèse, ainsi que l'atteste un premier *Mémoire sur l'existence du manganèse dans le sang humain* (1852), se mit à l'œuvre nouvelle, à la demande de Pravaz, et nous pouvons affirmer que, par ses nombreux travaux, ses belles expériences et ses incessantes démarches, il s'est constitué le vulgarisateur de la médication ferrugineuse.

Après avoir étudié comparativement sur le sang des malades à l'Hôtel-Dieu de Lyon, la propriété hémoplastique des persels ferriques avec un grand nombre d'autres substances, il en conclut que tous coagulent le sang, et que, dans ce phénomène de la coagulation, il se forme une combinaison de ces sels avec les éléments albumineux du sang ; que les sels ferriques jouent un rôle d'acide ou électro-négatif ; qu'enfin le coagulum est un chloro-ferrate ou un sulfato-ferrate, ou encore un azotato-ferrate de fibrine et d'albumine, etc.

Le résultat de toutes ces expériences fut communiqué à l'Institut, séance du 20 juin 1853 ; ce deuxième mémoire était intitulé : *Étude de l'action chimique du perchlorure, du persulfate et du perazotate de fer sur les principes albumineux du sang*.

Dans le courant de la même année, un troisième mémoire fut publié par le même chimiste, avec ce titre : *Nouvelles considérations sur le perchlorure de fer, et sur le meilleur mode de préparation de cet agent*. Dans cette note, l'auteur insiste avec grande raison sur la nécessité d'employer du sulfate de fer très pur pour la préparation de l'hydrate, ainsi que de l'acide azotique pur pour peroxyder le sulfate de fer ; il préfère l'un des trois procédés connus, par la voie humide, comme le plus simple, le plus facile, celui dont le produit peut se prêter à tous les *desiderata* de la thérapeutique.

En diminuant le degré de densité de la solution ferrique, M. Burin a diminué sa causticité, et par conséquent les dangers de son emploi en médecine.

L'année suivante, la Société de chirurgie, voulant prouver qu'elle ne désapprouvait point les essais déjà faits et qu'elle prévoyait d'autres indications pour l'emploi du même sel, institua un prix sur le traitement des varices et des hémorrhoïdes par les injections de perchlorure de fer, et ce fut le mémoire du docteur Desgranges, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui fut couronné dans la séance annuelle de 1854.

D'après les observations recueillies à la clinique de l'auteur, l'injection est inoffensive, elle est préférable aux autres méthodes de traitement des varices ; elle modifie très avantageusement les ulcères variqueux et les amène à la guérison.

Cette méthode, dont la priorité d'essai revient au docteur Valette, essai qui fut répété le lendemain et dans le même hôpital de Lyon, par MM. Pétrequin et Desgranges ; plus tard, à Paris, par

(1) Même éloge, p. 49.

MM. Giraldès, Voillemier, Broca, Follin, Chassaignac, etc., autorisa l'un de ces habiles chirurgiens à s'exprimer encore plus avantageusement sur son compte. « Aucune autre méthode ne peut se flatter de donner des guérisons plus durables, et quand la récidive se produit, ce n'est pas parce que les veines oblitérées redeviennent perméables, mais parce que d'autres veines se dilatent à leur tour. » (Broca.)

Dans notre pratique rurale, l'occasion est malheureusement fréquente d'éprouver le mode de traitement des varices et des ulcères variqueux ; après avoir compulsé notre journal d'observations pendant ces deux dernières années, nous trouvons dix-sept opérations, quatorze guérisons *loco dolenti*.

Un grand nombre de communications faites à la presse médicale, et publiées en France, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, alimentèrent l'attention pendant quelques années, et fortifièrent la confiance des praticiens dans cet *hémostatique* PUISSANT, PROMPT ET SUR, pour nous exprimer aussi catégoriquement que le professeur Bouchardat. Quelques-unes, par leur importance, méritent une appréciation plus ou moins détaillée.

Nous mentionnerons donc, par ordre chronologique, la thèse du docteur Dupuy, présentée et soutenue le 19 août 1854. Remplissant les fonctions d'interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, alors que MM. Valette, Pétrequin et Desgranges entreprenaient dans leur service respectif les premières applications du perchlorure dans les varices, ulcères sordides, abcès, anévrysmes, et dans l'érysipèle traumatique, M. Dupuy a pu fournir les renseignements les plus authentiques et les plus complets sur le persel ferrique à l'époque de son consciencieux travail. Comme particularité à noter, notre jeune confrère signale la *canule de renforcement* ajoutée par l'un de ses maîtres à la seringue de Pravaz, comme pouvant « rendre des services incontestables; » mais l'expérience a démenti ces prévisions de l'amitié en lui reconnaissant le tort de compliquer l'instrument.

Vient ensuite la thèse présentée et soutenue le 19 mai 1857 par J.-Ch.-T. Pravaz sur le *Traitement des anévrysmes par les injections de perchlorure de fer*.

Dans quelques familles, la modestie est encore une vertu héréditaire, qu'on en juge par ce début : « Fils de Pravaz, dit notre aimé confrère, témoin des premiers essais qui donnèrent naissance à sa méthode, convaincu qu'elle peut offrir à la chirurgie d'utiles ressources, il était presque de mon devoir de prendre part à la lutte qu'elle soutient pour conquérir une place dans la science. »

Nous regrettons de ne pouvoir analyser cette excellente dissertation; elle contient des détails historiques puisés à bonne source ; les indications, le manuel opératoire, les phénomènes qui lui succèdent, les accidents à éviter ou à combattre, la réponse à toutes les objections adressées à la méthode, etc. L'auteur termine comme il a commencé, en avouant que « si la méthode Pravaz n'est point destinée à remplacer la ligature, elle n'en constitue pas moins un progrès, en rendant ses applications et plus rares et plus limitées. »

Troisième thèse, présentée et soutenue par M. Bourot, le 7 juin 1858, intitulée : *Considérations sur la pourriture d'hôpital observée en Orient, et sur son traitement par le perchlorure de fer.*

M. Bourot, ayant fait partie de la campagne d'Orient comme médecin, a écrit, sous la dictée des faits observés dans les hôpitaux de Constantinople, où le défaut d'aération et de propreté en fit bientôt des foyers d'infection endémique, et y développa cette terrible complication des plaies, leur pourriture.

Après l'historique, nous arrivons au traitement, et nous transcrivons les lignes suivantes : « « La thérapeutique possède un médicament qui, par sa nature et son action déjà connue, est destiné à rendre à la chirurgie de très grands services. Nous voulons parler du perchlorure de fer, employé, pendant la campagne d'Orient, contre la pourriture d'hôpital. M. Burin-Dubuisson lui-même avait envoyé ce précieux agent aux hôpitaux de Constantinople, et l'avait fortement conseillé comme devant avoir un plein succès dans la pourriture d'hôpital. Nous devons l'avouer, ce moyen a été, comme bien d'autres, quelquefois insuffisant, mais c'est lui que nous avons vu réussir le plus souvent et de la manière la plus complète contre la pourriture. Il a offert des avantages réels qu'il importe de signaler. D'abord sa forme liquide le rend préférable dans certains cas au cautère actuel. Il possède une action désinfectante, ce qui est très utile pour diminuer cette odeur fétide qui s'exhale des plaies. Il décompose ainsi les gaz sulfureux et ammoniacaux. Il modifie la plaie en détruisant ou plutôt en rendant moins abondante la sécrétion pulpeuse qui la recouvre ; il ramène la vitalité dans les tissus voisins en les irritant sans les enflammer; enfin, il ne détruit point les parties, il facilite la chute des eschares, et ne produit point, par son application, de perte de substance, ce qui est d'un immense avantage dans le voisinage d'organes importants. »

Ce fut pour donner une plus grande publicité à toutes ses applications nouvelles du médicament nouveau, que M. Burin fit paraître, l'année suivante, une *Notice sur l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer liquide dans les hôpitaux et les ambulances militaires.*

Dans cette notice, on lit plusieurs lettres adressées à son auteur par les premiers chirurgiens de l'armée, tels que MM. Michel Lévy, Scrive, etc., pour le remercier de ses envois gratuits de perchlorure de fer aux malades de l'armée d'Orient, et lui annoncer « les grands services qu'il rend pour suspendre les hémorrhagies avant les opérations, etc. »

Presque en même temps, des publications de plus longue haleine, de véritables traités, vinrent compléter l'apologie de la liqueur Pravaz.

Voici un *Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine*, par M. T. Deleau.

Ce livre, écrit avec une plume facile, contribuera, sans aucun doute, à agrandir la sphère d'action du sel ferrique, et le fera appliquer à bien d'autres maladies à diathèse hémorrhagique.

Le médecin de l'infirmerie de la Roquette l'a expérimenté, pendant quatre ans, avant d'oser, le premier, soumettre le persel de fer à l'action des voies digestives ; il l'administre, sous formes de sirop, de pilules et de pommade; mais, d'après M. Burin, ces diverses préparations ne peuvent pas se conserver, et doivent être abandonnées comme infidèles (à l'exception de la solution aqueuse).

M. Devergie, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, a pu vérifier, de son côté, l'efficacité du même sel, dans le traitement des maladies de la peau, et il a préconisé son action toute spéciale dans le *purpura simplex* ou *hæmorrhagica*, le *rupia*, l'*ecthyma*, l'*impetigo* et le *scorbut*, dans les ulcérations syphilitiques et scrofuleuses.

M. Vigla, dans son service de la *Maison de santé*, et après connaissance des travaux de son confrère de la *Roquette*, a publié plusieurs observations qui sont très favorables à l'emploi interne du perchlorure de fer dans les pyrexies en général.

Nous arrivons à parler de la plus importante publication sur le même sujet; il s'agit du *Traité sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer*, etc., etc., par M. Burin-Dubuisson.

Le titre est trop long, pour le transcrire textuellement; mais il est énumératif, ce qui importait à un médicament oublié depuis plus d'un siècle, et rappelé à tant d'applications nouvelles.

La *première partie* contient une notice historique sur la *teinture de Besturschef;* formule algébrique de ce persel ($Fe^2 Cl^3$) ; ses propriétés physiques, chimiques et son soluté normal, d'après le procédé du chimiste lyonnais.

Ce soluté neutre se conserve indéfiniment, à l'abri de l'air et de la lumière, ce qui n'arrive pas aux préparations anciennes, et même à celle de M. Gobley; il ne forme aucun dépôt d'oxychlorure, et se prête, de la manière la plus commode et la plus heureuse, à tous les besoins connus et à connaître de la médecine et de la chirurgie.

Les attaques passionnées du professeur Malgaigne avaient impressionné, non pas l'Académie de médecine, mais quelques académiciens, et M. Burin-Dubuisson, à l'époque de la guerre d'Orient, en soutint bravement le contre-coup.

A Paris, le conseil de santé des armées, renouvelant les persécutions du parlement au sujet de l'émétique, émit un vote de défiance, quand on lui présenta le perchlorure de fer; tandis qu'à Constantinople, M. Michel Lévy, directeur du service de santé,

s'empressait, ainsi que d'autres médecins, ses collègues, d'en préconiser l'emploi, d'après les heureux effets obtenus sur les blessés de Crimée. Le perchlorure de fer fut radié du formulaire militaire et supplanté par le sulfate.

M. Monsel avait proposé cette substitution, dans un mémoire sur la *propriété hémostatique du sulfate de peroxyde de fer*, et réclama même la priorité sur Pravaz.

Le persulfate est aussi efficace que le perchlorure, comme hémostatique, M. Burin en convient; mais comme topique, contre les suppurations de mauvaise nature, par exemple, il ne saurait être mis en parallèle. Pour l'usage interne, le persulfate est beaucoup moins énergique et cependant moins toléré par l'estomac que le perchlorure de fer.

Quant à la priorité de la découverte de la propriété hémostatique des persels de fer, M. Monsel est dans une erreur complète, et c'est par des dates empruntées à la thèse du docteur Pravaz fils, qu'on pourrait le démontrer.

Dans la *seconde partie*, après l'examen théorique et comparé du phénomène de la coagulation du sang par les persels de fer, duquel il résulte que la théorie de MM. Dumas et Lassaigne l'emporte sur celle de M. Monsel; qu'au lieu de dire, par conséquent, des albuminates de perchlorure, il faudrait dire des chloro-ferrates, etc. ; le savant pharmacien de Lyon aborde le mode d'action du perchlorure, mode instantané, qui réclame des précautions préliminaires pour sa réussite, quand on veut l'exercer sur les membranes muqueuses et les tissus de l'appareil vasculaire.

Suit le traitement des anévrysmes, des varices et des tumeurs érectiles, d'après la méthode Pravaz, si pertinemment exposée par M. Broca, dans son *Traité des anévrysmes et leur traitement.* (Paris, 1856.)

L'action *locale* du même persel sur les tissus sous-cutanés vivants et la surface des plaies récentes ou anciennes, simples ou gangréneuses, compliquées même de pourriture d'hôpital, est, avec celle du feu, le moyen prophylactique et même curatif le plus puissant que l'art de guérir puisse leur opposer, et l'auteur, après l'avoir expliqué par des théories, le démontre ensuite avec l'éloquence *des faits recueillis dans les hôpitaux militaires* pendant la campagne d'Orient.

Les travaux cités appartiennent à MM. Barudel, médecin-major, Bourot, déjà mentionné, et Salleron, médecin principal de 1re classe, à Lyon.

Des projectiles du dieu Mars ou des flèches d'un autre dieu, les blessures sont également graves ; or, il appert d'un mémoire du docteur Rodet, que le perchlorure de fer peut guérir les unes, et prévenir les autres.

Le moyen d'arrêter la propagation du virus syphilitique est, comme l'a dit Ricord, le plus grand, le plus important problème que la science et l'amour de l'humanité puissent poser!

Cette question est à l'ordre du jour des corps savants depuis un demi-siècle; notre compatriote a-t-il retrouvé le secret de Luna Calderon?... M. Burin-Dubuisson l'affirme, d'après un compte rendu du service chirurgical de l'*Antiquaille*, publié à Lyon en 1855, et des expériences répétées, sous ses yeux, à la Clinique du même hospice.

Le préservatif du docteur Rodet est une solution de perchlorure de fer et d'acide citrique, étendue d'eau distillée, pour pansement; il agit, en modifiant les chancres simples et même indurés, non comme caustique, ainsi que l'avait d'abord pensé l'inventeur, mais comme *coagulant*. Ce dernier mode d'action a été compris et scientifiquement expliqué par M. Burin-Dubuisson, après les expériences faites à l'Antiquaille et à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le perchlorure de fer seul préserve, dit-il; le rôle de l'acide est de favoriser sa pénétration dans les tissus, en retardant la formation du coagulum ; il préserve, parce qu'il s'oppose à la résorption, qu'il attire du dedans en dehors les liquides albumineux qui existent au pourtour du point inoculé, qu'il les coagule à mesure qu'ils arrivent, et que le virus, l'être mystérieux qui produit la syphilis, pris au milieu du coagulum albumineux, se trouve tué, détruit lui-même, et bientôt éliminé. (P. 276.)

D'après les expériences du docteur Rodet, et en vertu de cette explication chimique, cette même solution aqueuse et acidifiée de perchlorure de fer détruit tous les poisons d'origine animale, les virus du vaccin, de la rage et de la morve; morsures venimeuses, piqûres anatomiques... FIAT!

Nous devons ajouter que, en outre de son action locale, le perchlorure de fer administré à l'intérieur, dans toutes les affections graves précitées, exerce une action sédative sur la circulation, assez puissante pour rendre difficile et lente la pénétration du sang contaminé dans les petits vaisseaux et surtout dans les capillaires.

Ce mode complémentaire de la préservation conduit à étudier l'action générale ou interne du même médicament, comme *tonique, stimulant, sédatif.*

D'après cette triple indication, la médication perchloroferrique a été premièrement essayée contre les hémorrhagies internes et leur diathèse : métrorrhagies, épistaxis, hémoptysies, flux intestinaux et quelques pyrexies érysipélateuses. Le succès a encouragé toutes ces tentatives et tend à les généraliser.

Les affections catarrhales des muqueuses, les leucorrhées, la blennorrhagie; puis, dans ces derniers temps, les scrofules, le scorbut, les maladies cutanées, le croup, l'angine couenneuse, le *purpura hæmorrhagica* ont été traités, et guérissent plus ou moins souvent, en vertu surtout de l'action sédative, puissante et presque INSTANTANÉE que le persel de fer exerce sur la circulation du sang, et qui a été si bien remarquée et signalée par MM. Pize (de Montélimart) et Méran (de Bordeaux).

A propos des théories plus ou moins divergentes sur l'action hémoplastique du perchlorure de fer administré à l'intérieur, et qui a provoqué, cette année, un débat académique des plus intéressants entre les organiciens, les dynamistes et les vitalistes, M. Burin a donné la réplique à toutes les argumentations du professeur Trousseau avec autant de courtoisie que de savoir modeste et solide; mais, devons-nous ajouter avec regret, *non erat hic locus.*

Nous aimons mieux que le savant chimiste rentre dans son sujet et se complète, en voulant se rendre compte de l'action physico-chimique du fer sur le sang, et en concluant, contrairement à l'opinion émise par Quévenne, que ce sont les composés de fer peroxydés et à acide minéral qui pénètrent le plus promptement dans le torrent circulatoire, invoquant comme preuve l'épaississement presque instantané du sang, et la cessation subite des plus graves hémorrhagies passives, par quelques cuillerées d'une potion perchlorurée.

Les persels de fer à acide minéral passent dans ce sang sans être décomposés dans l'estomac, déjà acidifié par son suc gastrique ; ils se digèrent, se *globulisent* en très minime partie, et le reste s'échappe par la voie directe des intestins.

Le peu de métal ANIMALISÉ par l'une de ces opérations qui restent encore comme le secret de Dieu exerce une action dynamique générale ou *névrosthénique*, comme l'a dit M. Méran.

La solution normale du perchlorure de fer à 30 degrés Baumé, qui appartient à Pravaz et non au docteur Deleau, peut suffire à tous les emplois de la thérapeutique.

M. Burin a donné quelques formules pour potion : limonade, collutoire, etc., en indiquant à la suite les nombreuses incompatibilités chimiques de ce précieux médicament qui peuvent le décomposer avec le temps et même le neutraliser immédiatement; nous signalerons comme telles les substances gommeuses, mucilagineuses, et celles qui contiennent du tannin.

L'Académie de médecine avait mis au concours, l'année dernière, l'*étude des propriétés thérapeutiques du perchlorure de fer.* Ce fut le mémoire de M. Burin qui fut couronné.

Ce mémoire est un véritable répertoire de tout ce qui a été fait et écrit jusqu'à présent au sujet de ce sel ferrique; mais il eût été plus logiquement intitulé *monographie* que *traité.* Cette dernière dénomination implique, en effet, l'idée d'un travail complet, alors qu'il n'est encore qu'ébauché. Tout n'est pas dit sur les propriétés générales du perchlorure de fer; cet agent, mieux étudié dans ses applications, est un des médicaments *puissants* de la matière médicale. (*Broca.*)

Notre conviction est la même en faveur de la liqueur Pravaz ;

elle lui est acquise par les succès véritablement inespérés que nous en obtenons, administrée à l'intérieur, dans la fièvre typhoïde, compliquée si souvent d'adynamisme parmi nos pauvres malades de la campagne; nous avons même quelques bonnes raisons d'espérer que la même solution normale, prudemment et longtemps employée, apaisera ce bouleversement fonctionnel et psychologique qu'on nomme si commodément en médecine l'*âge critique* de la femme.

Larochefoucauld l'a dit : « C'est une espèce de mensonge que de ne pas accuser toute la vérité à l'égard de ceux dont on fait la louange. » Nous devons donc adresser une dernière observation à M. Burin : la forme de son livre n'a pas répondu aux promesses du titre et en a même souffert; un *traité* doit être d'une belle corpulence, et, pour l'*étoffer*, l'auteur a dû augmenter d'un tiers sa pagination, en transcrivant plusieurs mémoires qu'il suffisait d'analyser (1).

Nous avons aussi remarqué « un beau désordre » dans l'agencement des chapitres et de certains paragraphes, qui n'est pas « un effet de l'art »; mais ces quelques imperfections dans la forme n'amoindrissent pas le mérite scientifique de ce travail. M. Burin a fait un livre *bonæ frugis* : c'était la formule favorite de Guy-Patin, quand il voulait résumer en deux mots tous les enseignements qu'on avait droit d'attendre d'un écrivain qui a pour collaborateurs l'expérience des autres et la sienne.

(1) Exceptons-en le remarquable *Mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer contre la pourriture d'hôpital et l'infection purulente*, par le docteur Salleron. L'intérêt pratique qui s'y rattache nous a incité à lire d'un bout à l'autre cette citation de 102 pages, que d'autres ne trouveront pas plus longue que nous.

## VII

## VARIÉTÉS.

Par un arrêté, en date du 11 janvier, et sur la proposition de M. Gasini, préfet de l'Hérault, M. le ministre de l'intérieur a nommé M. le docteur Lescellière-Lafosse, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, médecin de la maison centrale de détention de la même ville, en remplacement de M. le professeur Lordat, démissionnaire.

— En vertu d'un décret du 19 janvier, à l'avenir, les places de professeurs dans les écoles-vétérinaires ne seront plus données par la voie du concours. Les professeurs seront nommés directement par le ministre de l'agriculture, et pris parmi les chefs de service.

— Par arrêté du 5 février 1861, le paragraphe IV de l'article 2 de l'arrêté du 15 juillet 1858 est rapporté.

La clôture du registre d'inscription des Facultés, pour le premier trimestre de l'année classique, est de nouveau fixée au 15 novembre, époque de l'ouverture du cours.

Les jeunes gens qui n'auraient obtenu le diplôme de bachelier que dans la session de novembre, seront exceptionnellement admis à prendre leur première inscription jusqu'au 20 novembre inclusivement.

— Par arrêté du 5 février 1861, M. Sappey, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, agrégé hors cadre près la même Faculté, est rappelé à l'activité comme agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. Rouget, nommé professeur à Montpellier.

— Par arrêté du 8 février 1861, M. Delacalle, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du cours de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— Par arrêté du 8 février 1861, M. le docteur Lemaistre, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur suppléant près ladite école, en remplacement de M. Boulland, nommé professeur adjoint.

M. le docteur Thouvenet est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Montanceix, démissionnaire.

— Par arrêté du 8 février 1861, M. Kayser, chef des conservations et cabinets de la Faculté de médecine de Strasbourg, et chargé des fonctions de bibliothécaire de l'Académie, est admis, par ancienneté de service, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Piton est chargé des fonctions de bibliothécaire, en remplacement de M. Kayser.

— M. le docteur Lélut vient de se démettre de ses fonctions de médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

— M. le docteur Bermond, médecin en chef de l'asile des aliénés du Bon-Secours, à Albi, vient de mourir à l'âge de soixante-dix-sept ans.

*Pour toutes les variétés :* A. Dechambre.

## VIII

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 51. Sur les embolies, par *Oppolzer*. — Étranglement de la hernie ovario-vaginale (fin). — Cas de pérityphlite, par *Rotter*. — 52. Sur les muscles des vésicules pulmonaires, par *Moleschott*. — Communications pratiques, par *Beigel*. — Sur l'emploi de la pile de Grenet pour la galvano-caustique, par *Samter*. — 53. Embolies (suite). — Communications pratiques (suite). — Mort à la suite d'une frayeur, par *Opitz*. — 1860. — N° 1. Embolies (suite). — Maladie d'Addison, par *Buhl*. — 2. Embolies (suite). — Maladie d'Addison (fin). — 3. Sur les fistules gastro-cutanées et leur traitement chirurgical, par *Middeldorpf*. — Deux observations curieuses, par *Keckeis*. — 4. Fistules gastro-cutanées (suite). — Deux observations curieuses (fin). — 5. Embolies (suite). — Fistules gastro-cutanées (suite). — Observations de lithotritie (suite), par *Joanchich*. — 6. Sur l'examen des myopes dans les conseils de révision, par *Stellwag von Carion*. — Fistules gastro-cutanées (fin). — 7. Embolies (suite). — Examen des myopes (suite). — 8. Contributions à la pathologie de la syphilis constitutionnelle, par *Pleischl* et *Klob*. — Examen des myopes (suite). — Observations de lithotritie (suite). — 9. Syphilis constitutionnelle (suite). — Embolies (suite). — 10. Goître lymphatique guéri par la galvano-caustique, par *Schuh*. — Syphilis constitutionnelle (suite). — 11. Appel aux médecins au sujet de l'influence d'un traitement mercuriel des parents sur les enfants, par *Faye* et *Hebra*. — Galvano-caustique (suite). — 12. Appel aux médecins, etc. (fin). — Galvano-caustique (suite). — 13. La laryngite chez les enfants, par *Luzsinsky*. — Sur l'hydrargyrose, par *Overbek*. — Observations de lithotritie (suite). — 14 et 15. Sur la marche naturelle et le traitement approprié des affections syphilitiques primitives, par *Sigmund*. — Observation d'un malade ayant subi deux opérations de taille, par *Güntner*. — 16. Contributions au traitement des fractures, par *Lorinser*. — La diphthérie en Angleterre, par *Althaus*. — 17. Sur la rhinoscopie, par *Czermak*. — Diphthérie en Angleterre (fin). — 18. Contribution à l'histoire de la *paralysis agitans*, par *Cohn*. — Inconvénients des couleurs arsenicales, par *Müller*. — 19 et 20. *Paralysis agitans* (suite). — Couleurs arsenicales (fin). — Examen médico-légal de l'estomac du ministre V. Bruck.

Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — 1860. — N° 1. Sur l'emploi de la salsepareille dans la syphilis, par *Sigmund*. — Sur l'hématocèle péri-utérine, par *Braun*. — Sur les maladies mentales accompagnées de paralysie, par *Joffe*. — 2. Sur la résection de l'articulation coxo-fémorale, par *Dumreicher*. — Maladies mentales, etc. (suite). — 3. Sur la rate mobile, par *Rokitansky*. — Sur un instrument destiné à aplatir la langue, par *Türck*. — Maladies mentales, etc. (suite). — 4. Sur les produits de nouvelle formation dans la syphilis, par *Michaelis*. — Hématocèle péri-utérine (fin). — Statistique mortuaire de Vienne, par *Nader*. — 5. Sur l'anthroxerosis du genou et son traitement par les injections iodées, par *Schuh*. — Maladies mentales, etc. (fin). — Statistique mortuaire de Vienne (fin). — 6. Une observation contraire à la doctrine de la superfétation, par *Braun*. — Étude du crétinisme et de l'idiotie, par *Guggenbühl*. — 7. Sur les maladies de la prostate et leur traitement, par *Œsterreicher*. — Crétinisme et idiotie (suite). — 8. Emploi du chlorure de zinc dans les maladies de la peau, par *Veiel*. — Crétinisme et idiotie (suite). — Nouveau cautère galvanique, par *Leiter*. — 9. Observations de syphilisation, par *Hebra*. — Crétinisme et idiotie (suite). — 10. (Manque.) — 11. Du tannin comme antidote de la strychnine, par *Kurzak*. — Crétinisme et idiotie (fin). — 12. Recherches sur les polypes fibreux de l'utérus, par *Habit*. — 13. Recherches sur la trachéotomie, par *Ulrich*. — Sur le coca, par *Frankl*. — 14. Trachéotomie (fin). — Sur la dilatation du troisième ventricule, par *Klob*. — Clinique obstétricale (fin). — 15. Sur les grossesses gémellaires, par *Spaeth*. — Emploi du plomb dans la photophobie scrofuleuse, par *Blodig*. — Modifications des appareils électro-médicaux, par *Leiter*. — 16. Grossesses gémellaires (fin). — Sur le diabète et son traitement par l'eau de Carlsbad, par *Kronser*. — 17. Influence de la pression intra-oculaire sur la pupille, par *Kugel*. — Quelques remarques sur la guérison des aliénés, par *Leidesdorf*. — 18. Plaies de tête, par *Haschek*. — Balnéo-thérapie du catarrhe chronique de l'estomac, par *Polansky*. — Clinique obstétricale (suite). — 19. Sur la rhinoscopie, par *Siemeleder*. — Extirpation du globe oculaire, par *Blodig*. — Clinique obstétricale (suite). — 20. Sur les abcès de la paroi antérieure de l'abdomen, par *Gruben*. — Analyse de l'eau iodée de Hall, par *Kauer*. — Clinique obstétricale (suite).

### Livres.

De l'état présent des doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences, par le docteur *Eug. Dally*. Brochure grand in-8. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 25

De l'extirpation des kystes de l'ovaire, par le docteur *Jules Worms*. In-8 de 48 pages. Extrait de la *Gazette hebdomadaire*. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 1er MARS 1861. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Société de chirurgie : De la perforation intestinale spontanée ou accidentelle dans les hernies étranglées. — II. **Travaux originaux.** Principes généraux de pathologie cérébrale. — III. **Revue clinique.** Observation d'un abcès de la région lombaire simulant un abcès par congestion, et traité avec succès par la ponction et la médication iodée. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Bibliographie.** Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine. — VI. **Variétés.** Mort de M. Aran.

## I

Paris, le 28 février 1861.

*Société de chirurgie :* DE LA PERFORATION INTESTINALE SPONTANÉE OU ACCIDENTELLE DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES.

Une observation communiquée à la Société de chirurgie, par M. le docteur Bauchet, y a soulevé une discussion pratique de la plus grande importance, ce qui nous décide à en dire ici quelques mots à nos lecteurs, indépendamment de la part que nous comptons prendre au débat dans le sein même de la Société. Notre compte rendu a parlé du fait, nous allons poser la question d'une manière plus générale.

*Pendant le cours d'une kélotomie et au moment de réduire l'intestin on constate une perforation de la paroi; que faut-il faire?* La science, dira-t-on, n'a pas attendu jusqu'à ce jour pour répondre, elle a déjà enseigné à distinguer les cas, et suivant l'étendue de la perforation, sa cause, l'état des portions voisines de la solution de continuité, elle indique telle ou telle manière d'agir.

*Premier cas.* — La perforation peut être large et comprendre toute la circonférence de l'intestin ou une partie considérable de cette circonférence.

*Deuxième cas.* — La perforation peut être petite, c'est-à-dire ne pas dépasser 1 centimètre et même mesurer à peine 2 ou 3 millimètres. Dans ce cas elle résulte ou de la constriction exercée sur l'intestin par l'agent de l'étranglement, ou d'un coup de bistouri malheureux.

*Troisième cas.* — L'intestin n'est pas encore perforé, sa paroi est partout continue; mais on constate en un point une plaque mortifiée, plus ou moins étendue, qui devra tôt ou tard céder à la pression, se détacher et donner fatalement naissance à une solution de continuité. Il est bien évident que ce cas rentre dans notre sujet et que, malgré sa continuité apparente et temporaire, l'intestin est virtuellement perforé. Dire le contraire serait peut-être conforme au sens grammatical, mais non au sens chirurgical; cela équivaudrait à soutenir qu'un carreau n'est pas cassé parce qu'on a collé une bande de papier sur la fissure du verre.

Quels sont les préceptes de l'art en présence de ces trois cas, c'est-à-dire des perforations *grandes, petites et futures?*

*Perforations grandes.* — *Première méthode.* Formation d'un anus contre nature, et pour cela plusieurs procédés. — A. Ouverture de l'abcès stercoral quand il existe; incision et au besoin excision de la portion mortifiée de l'intestin ou abandon pur et simple de l'intestin dans la plaie. — B. Passage d'un fil de précaution à travers le mésentère pour empêcher le retrait des bouts de l'intestin dans l'abdomen, retrait qui exposerait à un épanchement stercoral probablement mortel. — C. Suture de l'orifice intestinal au pourtour de la plaie cutanée par un nombre plus ou moins considérable de points, procédé qui seul mérite véritablement le nom de *création d'un anus contre nature;* car, sans jouer sur les mots, on peut dire que dans les autres procédés on laisse l'anus contre nature s'établir, mais qu'on ne l'établit pas. Cette distinction n'est pas puérile, puisque les suites ultérieures peuvent être différentes, suivant que l'ouverture anormale s'est formée toute seule ou qu'elle a été constituée méthodiquement par le chirurgien.

*Deuxième méthode.* — Suture de la plaie intestinale et réduction complète. On emploie un procédé qui permet aux sutures de tomber d'elles-mêmes dans la cavité intestinale, ou bien l'anse *qu'on vient de clore* est maintenue près de la plaie cutanée au moyen des chefs libres des points de suture; ces chefs sont fixés dehors, et sont ultérieurement retirés lorsqu'ils deviennent libres.

*Troisième méthode.* — Elle est intermédiaire aux deux précédentes. L'intestin n'est pas abandonné à lui-même ni attaché à la plaie cutanée au delà de l'anneau constricteur comme dans la première méthode; il est réduit dans l'abdomen, et le sac reste seul à l'intérieur comme dans la seconde; en revanche, les lèvres de la perforation ne sont pas affrontées

l'une contre l'autre et suturées ensemble. Les matières intestinales peuvent donc continuer à s'écouler par la plaie cutanée. Mais si l'on réduit l'intestin, on prend en même temps des précautions pour empêcher l'épanchement stercoral. Elles consistent à fixer l'anse intestinale ouverte contre la face profonde de la paroi abdominale, de manière à obtenir de larges adhérences en adossant dans une grande étendue la séreuse viscérale à la séreuse pariétale. L'anus contre nature fonctionne plus ou moins longtemps, mais habituellement il guérit spontanément. Quelques auteurs ont conseillé de clore à la fois la paroi intestinale et la paroi abdominale par deux séries de suture ou par des anses comprenant à la fois les couches cutanées, musculaires et intestinales. D'autres ont introduit dans l'intestin des plaques de diverses substances, des cylindres creux, etc., qui sont éliminés plus tard.

Comme je ne veux pas m'occuper longuement des grandes perforations, je dirai seulement qu'on a importé dans leur traitement la plupart des méthodes et des procédés inventés *à priori*, ou appliqués soit sur des chiens, soit sur des hommes, dans les cas de plaies intestinales traumatiques. J'ajouterai que dans les solutions de continuité qui succèdent à l'étranglement, cette importation n'est pas heureuse. Telle est l'opinion de la plupart des chirurgiens, qui, dans les cas de hernies avec gangrène, préfèrent de beaucoup l'établissement d'un anus contre nature, pour peu que la perforation soit étendue. Pour ma part, je suis tout à fait de cet avis. La troisième méthode, toutefois, me paraît encore préférable à la seconde; dans quelques cas, peut-être, elle serait susceptible d'application.

Je m'arrête aux *perforations petites*, qui font surtout l'objet de la discussion actuelle. Les indications sont à peu près les mêmes que dans les grandes perforations. Cependant ici, la formation de l'anus contre nature perd beaucoup du terrain que gagne au contraire la suture intestinale avec réductin complète et abandon de l'intestin dans le ventre.

Au risque d'être accusé de multiplier à l'infini les divisions, il conviendrait peut-être de distinguer les perforations peu étendues en *petites* et *très petites* (1 à 2 millimètres), car à ces dernières peut convenir une nouvelle manière de faire dont, à mon sens, il ne peut guère être question lorsque la solution de continuité intestinale mesure au minimum 4 millimètres, *à fortiori* quand elle est plus large. Je veux parler de la *réduction pure et simple* sans souci de l'épanchement stercoral fort imminent, et qu'on espère voir manquer ou se limiter par le contact réciproque et l'agglutination prompte de l'anse blessée avec les anses voisines. Cette pratique a pour point d'appui certains faits, mais surtout l'innocuité parfois observée des petites plaies intestinales par instrument piquant; mais ici encore l'assimilation entre les perforations traumatiques et les perforations consécutives à l'étranglement me paraît tout à fait intempestive, pour ne rien dire de plus. Comme les arguments que je serais disposé à lui opposer s'appliquent très bien aux cas de la troisième catégorie (*perforations futures*), je reviens aux perforations dont les limites sont comprises entre 2 et 10 millimètres, et qui sont du reste assez communes.

Mettons à part, pour un instant, la formation de l'anus contre nature. On a proposé la suture avec ses nombreux procédés, parmi lesquels celui de Gely (de regrettable mémoire) occupe le premier rang. M. Giraldès lui a dû un succès en 1846, puis la ligature telle qu'elle est indiquée et recommandée dans Astley Cooper. Elle consiste à piquer avec un ténaculum ou à saisir avec une pince les deux lèvres de la petite plaie à une faible distance des bords. On soulève ainsi doucement la région blessée et on jette un nœud double derrière le ténaculum ou la pince; M. Chassaignac approuve cette manière de faire; c'est le procédé qui a été préconisé aussi dans les plaies restreintes des grosses veines.

Dans les deux cas qui précèdent, la suture est dite *perdue* parce qu'on coupe les chefs du fil au ras de l'intestin, et que, la réduction faite, on abandonne au hasard l'élimination consécutive des anses elles-mêmes. On peut encore faire une suture uniquement approximative comme celle de Ledran, ou réellement occlusive, puis maintenir à l'aide des chefs ramenés à l'extérieur le point blessé de l'intestin appliqué contre l'ouverture par laquelle est sortie la hernie. C'est de cette manière que s'est comporté M. Broca, et moi-même j'ai opéré ainsi dans un cas où j'avais eu le malheur de blesser l'intestin en faisant la kélotomie.

M. Gosselin, dans trois cas, a adopté une autre voie d'origine très ancienne : il n'a point fait de suture ni de réduction, il n'a point créé l'anus contre nature, il l'a laissé s'établir lui-même en abandonnant les viscères dans le sac, après avoir toutefois levé l'étranglement par un débridement convenable. Si l'on accorde une certaine originalité à cette pratique, j'ai eu raison de distinguer plus haut l'établissement spontané et la formation artificielle de l'anus contre nature. Mais cet expédient radical a paru inopportun et trop extrême sans doute à tous ceux qui, dans la séance du 20 février, ont pris part à la discussion, c'est-à-dire à MM. Broca, Chassaignac, Giraldès. M. Gosselin cependant ne paraît guère partisan des sutures perdues ou avec accolement de l'intestin à l'anneau, et je pourrais presque le compter comme associé à mon avis, car j'ai résolûment avancé qu'en présence d'une perforation abdominale petite ou grande, j'étais disposé à créer l'anus artificiel.

Je ne crains pas d'aller plus loin et d'étendre le même précepte au cas de la troisième catégorie, tout en m'attendant à susciter ici une opposition beaucoup plus vive, parce que mon conseil ne conduirait à rien moins qu'à proscrire les sutures intestinales dans le cas de hernie avec mortification, que la perforation soit petite ou grande, qu'elle soit réalisée ou non. Peut-être j'énonce un paradoxe; s'il en est ainsi, on ne manquera pas de le réfuter et j'appelle de tous mes vœux les faits bien observés et assez nombreux pour me convaincre.

J'arrive aux *perforations très petites et futures.* D'après ce qui a été dit plus haut, on ne manque pas de proposer en pareil cas les divers expédients que j'énumérais dans le paragraphe précédent. On y ajoute même la réduction simple à laquelle a cru pouvoir se confier M. Bauchet, qui, à l'avenir, j'en suis convaincu, n'y aura plus jamais recours.

Pour poser les bases de l'argumentation, prenons un exemple. On opère une hernie, l'anse intestinale est distendue par des gaz et des matières, elle ne présente aucune solution de continuité; cependant, en l'examinant avec soin, on remarque au milieu de la coloration livide générale un point plus sombre, plus mou, moins résistant; admettons même que les choses soient moins équivoques encore, et que le point en question présente cette teinte grisâtre de la gangrène confirmée. Si la tache qui annonce la mortification offre 12 ou 15 millimètres de diamètre, on n'ose pas réduire, car l'épanchement stercoral serait presque inévitable, et la péritonite foudroyante fort à craindre.

Supposons un second cas : La tache suspecte est beaucoup moins large; à son pourtour l'intestin paraît assez sain; à son centre existe une perforation d'un millimètre, qui laisse

échapper des bulles de gaz et des gouttelettes de liquide; on réduit. Sait-on si la mortification de l'intestin ne fera pas de progrès, et si la tache qui paraissait si petite ne s'élargira pas? Lorsque l'intestin est rouge et livide, peut-on distinguer la partie évidemment morte de celle dans laquelle, avec des apparences rassurantes, la vitalité va s'éteindre? La cessation de l'étranglement est-elle une garantie contre l'extension du sphacèle?

Mettons les choses au mieux : La gangrène se limite, la perforation ne s'agrandit pas; à coup sûr on ne peut compter pourtant sur une réunion immédiate de la plaie intestinale; si petite que soit cette dernière, l'épanchement est imminent; or, la quantité du liquide et des gaz délétères qui peut se répandre dans le ventre n'est nullement subordonnée aux dimensions de l'orifice, quelques gouttes, quelques bulles suffiront amplement à développer une inflammation funeste dans un *péritoine* déjà singulièrement prédisposé par l'étranglement lui-même.

On espère que l'épanchement sera circonscrit ou qu'il fera *tout à fait* défaut, parce qu'une anse intestinale voisine voudra bien venir s'appliquer contre l'anse blessée, et lui servir d'opercule protecteur. On se flatte qu'un suc plastique, promptement sécrété, agglutinera les surfaces séreuses juxtaposées et s'opposera à l'épanchement. Enfin on confie à Dame nature, c'est-à-dire au hasard, l'occlusion, puis l'oblitération de la solution de continuité. Quelques faits qui appartiennent à la catégorie des *succès malheureux*, ont justifié cette confiance et donné droit de domicile dans la science à une pratique qui n'offre logiquement aucune sécurité.

En effet, si les prévisions optimistes manquent, qu'arrive-t-il? Les adhérences ne se produisant pas, ou se rompant sous l'effort de contractions intestinales, de vomissements, ou encore se détruisant par le fait d'une inflammation trop vive, l'épanchement s'effectue. Si c'est du côté de la séreuse, la péritonite enlève rapidement le malade. Il se forme pour le moins une collection circonscrite, mais qui n'est guère moins grave. Si par bonheur l'intestin réduit est resté proche de l'anneau, ce qui n'a pas toujours lieu, quoi qu'on en ait dit, on voit survenir un abcès stercoral, puis un anus contre nature, et si le sujet résiste aux accidents, la seule chance de salut qui reste est précisément la terminaison qu'on aurait dû rechercher du premier coup. C'en est assez, je pense, pour prononcer la condamnation motivée de la réduction.

Quant à la suture *perdue* (Malgaigne), qu'elle soit pratiquée par la ligature simple ou par un procédé plus parfait, son emploi n'est réellement logique que lorsqu'on espère obtenir une réunion immédiate. Pour atteindre ce but, il est au moins deux conditions indispensables, c'est que les lèvres de la plaie soient capables de supporter l'effort des liens, et qu'elles jouissent d'une vitalité suffisante pour contracter l'adhésion.

Or, dans le cas présent, on ne peut jamais être assuré de la réalisation de ces deux conditions; comme l'anatomie pathologique le démontre, et M. Chassaignac le rappelait avec raison, les dimensions extérieures de la perforation n'indiquent nullement son étendue réelle parce que la muqueuse est de coutume plus largement détruite que la séreuse. On s'expose donc à appliquer les moyens unissants sur un point de la paroi que les fils couperont promptement, ou qui, faute de vitalité suffisante, ne contractera pas l'adhésion, ou qui, enfin, envahi consécutivement par le sphacèle confirmé, se rompra plus tard. Je sais bien qu'on a toujours foi dans les bienheureuses adhérences périphériques qui enkystent, si je puis ainsi dire, le point blessé, et le transforment en un petit foyer stercoral ouvert librement du côté de la cavité intestinale et pouvant recevoir le fil de la suture, les eschares et le peu de matières qui auraient pu s'arrêter ou provenir du travail d'élimination; mais j'ai déjà dit toutes les chances mauvaises qui contre-balancent ces espérances. En résumé, par la réduction avec ou sans suture, on joue une partie dont l'issue est, d'un côté, la guérison prompte, il est vrai, mais de l'autre, en revanche, les accidents les plus redoutables et qui mettent pendant longtemps la vie du sujet en question. Cette alternative et cette incertitude sont bien capables de faire réfléchir le chirurgien. De même que dans les cas de plaie artérielle on ne quitte le blessé avec tranquillité qu'après avoir jeté sur le vaisseau une ligature solide, de même dans le cas de perforation intestinale on ne dort tranquille qu'après avoir pris des mesures radicales contre l'épanchement stercoral.

Il est en thérapeutique chirurgicale une série nombreuse de moyens qu'on pourrait qualifier du nom de *demi-mesures*, tels : la compression, les hémostatiques locaux dans les hémorrhagies sérieuses, les incisions restreintes dans les grands phlegmons, l'expectation aidée des agents anodins dans les grands traumatismes, les sacrifices parcimonieux dans les lésions organiques, et beaucoup d'autres qu'on énumère avec complaisance dans les fastes de la chirurgie dite prudente et conservatrice. Ces demi-mesures, on ne saurait le contester, réussissent parfois, et l'on chante victoire et l'on publie les observations; on est beaucoup plus discret sur les revers. L'adoption des demi-mesures fait la part large à la nature médicatrice; tout va bien quand elle remplit sa tache; mais elle a aussi ses distractions et ses écarts, aussi dans les cas où la mort peut en être la conséquence il est prudent de ne pas trop s'y fier.

Il va de soi que je range dans les demi-mesures les sutures perdues opposées aux perforations intestinales suite d'étranglement.

Reste à choisir entre la suture qui maintient sans le clore l'intestin blessé près de l'anneau, l'abandon des viscères dans le sac avec ou sans débridement préalable, la création d'un anus contre nature; mais pour faire entre ces trois méthodes un choix fondé sur des arguments solides, il sera nécessaire d'entrer dans des développements assez longs. Nous remettrons la suite de cet article à un numéro prochain; nous nous appliquerons à poser les indications de la création de l'anus contre nature. Son utilité, son opportunité dans l'étranglement herniaire ont été étudiées avec moins de précision que sa symptomatologie et les moyens de le guérir; et cependant c'est à sa formation naturelle ou artificielle qu'un grand nombre de maladies doivent la vie; c'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue, et qui me conduira, — pourquoi ne le dirais-je pas par anticipation? — qui me conduira, dis-je, à étendre plus qu'on ne le fait le cercle d'application de cette ressource, extrême, il est vrai, mais au moins efficace dans la majorité des cas, et surtout dans les circonstances les plus désespérées.

La discussion s'est continuée dans la séance du 27. Plusieurs membres de la Société sont encore inscrits pour la prochaine réunion; tout présage et fait espérer une discussion à fond; peu de sujets, du reste, la comporteraient mieux.

Ar. Verneuil.

A l'Académie de médecine, un comité secret a occupé une partie de la séance, et la discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme a été remise. Un honorable médecin de Lyon, M. Chassagny, a présenté un nouveau forceps, sur les avantages duquel il a donné d'assez longues explications. Nous publierons une partie de ce travail, en en faisant l'objet de quelques remarques.

Le comité secret avait pour but d'entendre le rapport de la section d'anatomie et de physiologie sur les candidats à une place vacante dans son sein. La commission, par l'organe de M. Poiseuille, a proposé, dit-on, la liste suivante :

En première ligne, M. Claude Bernard.

En deuxième ligne, MM. Béclard et Sappey, *ex æquo*.

En troisième ligne, M. Verneuil.

En quatrième ligne, M. Béraud.

La nomination aura lieu mardi prochain.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

**Principes généraux de pathologie cérébrale. — Discours d'ouverture du cours de pathologie interne (19 novembre 1860) : suivi de quelques mots sur la congestion cérébrale apoplectiforme et l'épilepsie, par le professeur Forget.**

(Suite et fin. — Voir le numéro 8.)

Complications. — L'influx nerveux, dont le foyer est dans l'appareil cérébro-spinal, étant nécessaire au fonctionnement de tous les autres organes, il en résulte que les relations actives et passives de l'encéphale sont infiniment nombreuses. Il est très rare que les centres nerveux soient lésés, sans que les autres organes en ressentent le contre-coup dans leur sensibilité, leur contractilité, leur fonctionnalité spéciale, leur nutrition même ; ces influences s'exercent également sur les liquides.

D'autre part, presque toutes les affections aiguës, quel que soit leur siége, retentissent douloureusement sur les centres nerveux, et peuvent y produire des complications. Les altérations humorales peuvent influencer pathologiquement le tissu cérébral, et les maladies chroniques de toute espèce finissent par altérer l'innervation générale.

Dans ce conflit de tant d'affections diverses pouvant partir de l'encéphale ou l'envahir consécutivement, une des plus grandes difficultés consiste à préciser le point de départ, c'est-à-dire à déterminer si l'affection encéphalique est primitive ou secondaire, idiopathique ou symptomatique, ou même purement accidentelle. Exemple : Une céphalalgie se déclare, accompagnée de vomissements ; la lésion cérébrale est-elle la cause ou l'effet de l'affection gastrique? est-elle l'expression d'une lésion matérielle (symptomatique) ou d'une lésion dynamique de cause éloignée (sympathique), ou bien n'est-elle qu'un pur accident, sans liaison avec l'état gastrique ? On peut même demander si la lésion cérébrale, idiopathique, symptomatique ou fortuite, est de même nature que la lésion gastrique concomitante, une névrose, une hémorrhagie, pouvant compliquer une inflammation, une lésion organique, etc. Sur tous ces points, nous en sommes souvent réduits à de simples conjectures : ainsi, un individu tuberculeux ou cancéreux est pris d'accidents cérébraux : ces accidents sont-ils l'expression du tubercule, du cancer envahissant l'encéphale ; ou bien sont-ils purement névralgiques ou inflammatoires? Dans certains cas, ces questions insolubles, par la voie de la démonstration directe, restent dans le domaine de la théorie et subissent les fluctuations des doctrines : c'est ainsi que la chlorose qui, jusqu'à ce jour, était considérée comme le produit d'une lésion humorale primitive, tend aujourd'hui à passer dans la classe des affections primitivement nerveuses. C'est ainsi que la maladie de Bright, successivement considérée comme une affection des reins, puis du sang, est présentée actuellement comme le produit d'une affection primitive du système nerveux.

Mais toutes ces obscurités, tous ces litiges, ne sont pas exclusifs à l'appareil cérébro-spinal ; ils existent pour tous les autres organes, et la détermination du point de départ, de la cause première est et sera toujours le grand problème et en quelque sorte la pierre philosophale de notre science.

Ces questions ardues nous conduisent naturellement à celle si délicate dn diagnostic différentiel.

Diagnostic. — Pour toute maladie, le diagnostic repose principalement sur deux éléments : le siége et la nature de la maladie.

Le diagnostic du siége est naturellement subordonné à la fonctionnalité des parties, principe si simple que pourtant on oublie, lorsqu'il s'agit, par exemple, du diagnostic des affections des méninges. La méningite, nous dit-on, est caractérisée par la douleur, le délire et les convulsions ! mais les méninges ne président pas à la sensibilité, à l'intelligence, à la motilité, lesquelles émanent essentiellement du cerveau. Ce sont donc là des symptômes cérébraux et non des symptômes méningiens. Quoi qu'il en soit, l'observation a fait voir que, lorsque les méninges sont enflammées, il y a ordinairement douleur, délire et convulsions, l'irritation se propageant de la pie-mère au cerveau. Mais remarquez que le cerveau, enflammé isolément, donnera lieu aux mêmes symptômes, et que, d'autre part, si l'inflammation ou l'irritation reste exclusivement bornée aux méninges, les symptômes susdits feront défaut. De là, l'incertitude du diagnostic différentiel de la méningite et de l'encéphalite ; de là, dans bien des cas, l'obscurité, l'incertitude, qui planent sur le diagnostic de la méningite.

La confusion que nous signalons ici n'est pas exclusive à l'encéphale, elle existe pour d'autres organes. Ainsi, dit-on, le vomissement est un symptôme de la péritonite, la toux est un symptôme de la pleurésie. Cependant le péritoine ne vomit pas, la plèvre ne tousse pas. Ce sont donc là des *symptômes propagés comme* le délire et les convulsions de la méningite. Poursuivons.

Les affections de la substance grise occasionnent le délire et celles de la substance blanche les convulsions. Cette distinction est loin d'être toujours aussi tranchée, et le plus souvent ces deux ordres de symptômes coexistent, bien qu'une seule des deux substances paraisse affectée, ou même qu'aucune des deux ne présente de lésion manifeste.

Les affections de la voûte cérébrale donnent lieu au délire, et celles de la base aux convulsions, ce qui s'explique par le siége de la substance grise à la convexité, et par l'origine des nerfs moteurs à la base du cerveau. Cependant, combien d'exceptions à cette double règle ; combien d'affections de la convexité avec convulsion, et d'affections de la base avec délire.

Quant aux localisations relatives aux lobes antérieurs, aux corps striés, aux couches optiques, au cervelet, etc., les archives de la science fourmillent d'observations contradictoires. Il n'est pas jusqu'à la paralysie, du côté opposé à celui de la lésion, qui ne présente des exceptions.

L'exactitude du diagnostic local des affections de l'encéphale relève principalement de l'exactitude des notions anatomiques. La science moderne offre, à cet égard, de curieuses observations. En 1856, j'eus occasion de voir un malade qui présentait la paralysie de la face d'un côté, et la paralysie des membres du côté opposé ; c'est ce qu'on appelle paralysie croisée ou alterne. Guidé par les simples notions anatomiques, je diagnostiquai une lésion occupant la partie supérieure et latérale de la moelle allongée à sa jonction à la protubérance, lésion affectant l'origine des nerfs faciaux de ce côté et le tissu médullaire au-dessus de l'entrecroisement nerveux. L'autopsie vérifia ce diagnostic quintessentiel. (*Lésion de la protubérance. Paralysie croisée* (*Gaz. hebdomad.*, 19 septembre 1856.) Depuis lors, la paralysie croisée a été érigée en symptôme pathognomonique de la lésion de la protubérance et l'on s'en est emparé comme d'une découverte. Ce n'est pas là une découverte, c'est une simple induction anatomo-pathologique.

J'aurais donc fait encore une autre découverte, lorsqu'en 1850, je précisais le siége d'un abcès dans la moelle allongée, d'après la paralysie des nerfs émanant de cette partie? (*Abcès de la moelle allongée* (*Union médicale*, n° 90, 1850.)

Quoi qu'il en soit, les obscurités, les anomalies qui s'observent souvent, quant au siége des lésions de l'encéphale, se rencontrent assez fréquemment dans les maladies des autres organes. Ainsi, ces symptômes gastriques de même apparence peuvent dépendre de la lésion d'une des trois membranes de l'estomac, de l'altération du cardia ou du pylore, etc. Les signes attribués aux lésions de la convexité ou de la concavité du parenchyme ou des canaux du foie, ne sont pas toujours nettement caractérisés. L'auscultation même n'est pas infaillible, quant à la détermination du siége des maladies des poumons et du cœur.

Heureusement qu'en pratique, ces obscurités ou ces erreurs de siége n'ont pas toujours d'importance ; il n'en est pas de même, quant à la nature de la lésion.

Nous avons vu que les manifestations fonctionnelles de l'encéphale se réduisaient à trois phénomènes : sensibilité, motilité, intelligence, et que l'organe étant soustrait aux investigations directes, nous ne pouvions guère édifier le diagnostic que sur les lésions fonctionnelles. Or, on comprend que celles-ci doivent être communes à la plupart des lésions encéphaliques. En effet, la douleur, les convulsions, la paralysie, le délire, se rencontrent dans les phlegmasies, les hémorrhagies, les hydropisies, les lésions organiques et les névroses cérébrales. Certaines combinaisons de ces divers phénomènes peuvent seules nous éclairer ; mais elles nous trompent bien souvent. Nous avons vu déjà que les lésions des méninges avaient pour expression des symptômes d'origine cérébrale. Ce qui est vrai de la méningite l'est aussi des autres lésions méningées : apoplexie sanguine ou séreuse, lésions organiques, etc. Quant aux lésions du cerveau lui-même, certaines particularités servent à les différentier : dans les phlegmasies : marche aiguë, accroissement rapide, réaction générale, collapsus succédant à l'excitation. Dans les hémorrhagies (apoplexie), attaque subite de paralysie, mort prompte ou décroissance, dans les hydropisies, invasion prompte ou lente, mais coïncidence de diathèse séreuse. Dans les lésions organiques, marche lente, apyrétique, symptômes croissants, souvent coexistence d'une diathèse ou d'une cachexie spéciale (tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique, etc.). Quant aux névroses, formes spéciales (épilepsie, hystérie, chorée, tétanos, etc.), nonobstant ces divers points de repère, l'obscurité, le doute et souvent la déception planent sur le diagnostic cérébral. (*Recherches cliniques sur le degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal* (*Gaz. médic. de Paris*, n° 48, 1838.)

Mais n'en est-il pas ainsi de la plupart des autres organes? Qui ne sait combien il est facile d'errer relativement aux maladies de l'estomac, de prendre une inflammation chronique pour une névrose ou une lésion organique, et réciproquement? Que d'erreurs au sujet des maladies du foie, des reins, de l'utérus ! Combien est délicat et décevant le diagnostic des maladies du cœur ! Et pour les poumons eux-mêmes, qui n'a pas éprouvé de graves difficultés à diagnostiquer certains épanchements séreux, à différentier la pneumonie catarrhale de la bronchite capillaire, celle-ci de la phthisie aiguë, le catarrhe chronique de la phthisie pulmonaire, celle-ci de la phthisie ganglionnaire, du squirrhe, de la mélanose, telle espèce d'asthme de telle autre espèce ? etc., etc. L'histoire du diagnostic est, d'un bout à l'autre, l'histoire de nos erreurs journalières, et la chirurgie, si fière de son positivisme, n'est guère mieux partagée que la médecine, sous ce rapport, témoin le diagnostic des tumeurs du sein, de l'aine, du scrotum, où pourtant les parties lésées frappent les yeux et remplissent la main.

Le manque de principes et la manie des spécificités ont introduit dans l'histoire des maladies de l'encéphale des préjugés sur lesquels je voudrais vous éclairer. Par exemple, il y a tendance prononcée aujourd'hui à faire des espèces particulières de toutes les affections cérébrales coïncidant avec chacune des maladies spéciales où cette complication peut se produire. Ce système se révèle surtout à l'endroit de ce qu'on appelle le rhumatisme cérébral. On prétend que les accidents cérébraux coïncidant avec le rhumatisme, diffèrent essentiellement de ceux qui se produisent dans d'autres affections, dans la pneumonie par exemple. Cet essentialisme repose sur des idées mystiques préconçues et dépourvues de preuves positives ; car on n'a pas encore pu démontrer en quoi cette encéphalopathie diffère essentiellement de la méningite ordinaire, et quelle est la médication qui lui est spécialement applicable. La doctrine des éléments fait immédiatement justice de cette théorie, en nous montrant que l'élément inflammatoire, quelle que soit sa cause, est toujours l'inflammation avec ses caractères anatomiques et ses symptômes propres, avec ses indications spéciales, par conséquent, sans préjudice des lésions, des symptômes et des indications particulières dérivant d'autres éléments conjoints, étiologiques, constitutionnels, morbides, etc. Ainsi que l'encéphalite dérive de l'irritation franche, directe ou indirecte, de l'intoxication sanguine (typhus, pyohémie, urémie), d'un vice particulier (rhumatisme), d'un produit anormal (foyer sanguin, purulent, tubercule, cancer, etc.), l'encéphalite est toujours le produit d'une hypérémie ; donc l'indication antiphlogistique persiste, sauf les modifications, les combinaisons que nécessitent les éléments conjoints. N'est-ce pas là, d'ailleurs, l'histoire de l'inflammation, même la plus simple, où nous avons toujours à considérer plusieurs éléments?

**Pronostic.** — Nous en savons assez maintenant pour comprendre la gravité du pronostic des lésions de l'encéphale en général. C'est qu'il s'agit de l'organe peut-être le plus essentiel à la vie, d'un organe dont le tissu, d'une délicatesse extrême, se désorganise avec promptitude et facilité ; d'un organe lié, par des rapports étroits et multipliés, actifs et passifs, avec tous les autres organes de l'économie, et pourtant combien voyons-nous de lésions encéphaliques, surtout parmi les lésions organiques et les névroses, durer de longues années sans porter de graves atteintes à la vie générale de l'individu.

Or, comme la plupart des organes partagent plus ou moins ces propriétés : d'être nécessaires à la vie, d'être accessibles aux désorganisations, d'entretenir des liaisons fonctionnelles avec les autres organes, etc.; il s'ensuit que, sous le rapport du pronostic, les lésions de l'encéphale ne diffèrent que du plus au moins d'avec celles d'autres viscères, tels que le cœur, les poumons, l'estomac, etc.

Dans tous les organes, du reste, le pronostic varie suivant la nature des lésions, leur gravité, leur terminaison, etc.

**Traitement.** — Un des plus grands vices de l'éducation médicale actuelle, est certainement d'inculquer aux débutants l'idée que toute maladie particulière réclame un traitement spécial, différant essentiellement de celui de toutes les autres maladies. Cela peut être vrai pour certaines modifications dans les détails de siége, de texture, de fonctions, mais cela est radicalement faux en ce qui concerne l'élément le plus important, celui que l'on désigne sous le nom de *nature du mal*. Ainsi partout, à quelques nuances près, l'inflammation, l'hémorrhagie, l'hydropisie, la lésion organique et la névrose, réclament le même traitement fondamental. Cette vérité est mise en relief par ces considérations capitales : 1° que les organes, quels qu'ils soient, sont sujets aux mêmes altérations en petit nombre ; 2° que les mêmes médications, en petit nombre également, sont applicables à la généralité des maladies. Ce qui produit l'illusion et la confusion, c'est, nous l'avons dit, la manie des spécificités morbides et thérapeutiques qui s'est emparée de la génération actuelle, et qui lui fait voir, dans chaque affection isolée, et dans chaque substance médicamenteuse particulière, des choses radicalement distinctes de toutes les autres affections et de toutes les autres substances. Nous avons combattu l'erreur relative à la spécificité des maladies de l'encéphale ; il nous reste à combattre celle relative à la spécificité des traitements applicables à ces maladies.

En thérapeutique cérébrale comme en tout autre, les remèdes divers ne peuvent être adressés qu'à la diversité des éléments morbides ; or, nous avons vu que ces éléments sont, pour l'encéphale,

les mêmes que pour les autres organes, sauf les éléments fonctionnels spéciaux qui varient pour chaque appareil.

Ainsi, que l'inflammation siége à l'encéphale ou ailleurs, c'est toujours le traitement antiphlogistique direct ou indirect qui se trouve indiqué. De même pour l'hémorrhagie, l'hydropisie, la lésion organique et la névrose. Ouvrez un dictionnaire de médecine ou un traité de pathologie aux articles *méningite*, *cérébrite*, *cérébellite*, vous y trouverez toujours la même médication : saignées générales et locales, révulsifs internes et externes, etc. Maintenant, ouvrez les mêmes livres aux articles *pleurésie*, *pneumonie*, *péricardite*, *péritonite*, *hépatite*, etc., vous serez tout surpris d'y voir formulés les mêmes procédés curatifs pour toutes ces maladies, procédés qui ne sont autres que ceux indiqués dans les phlegmasies de l'encéphale. Les variations ne portent que sur des nuances plutôt relatives aux éléments accidentels qu'à la nature du mal. Quant aux médications réputées spéciales, elles n'ont qu'une importance secondaire et souvent contestable ; elles sont d'ailleurs moins spéciales qu'elles n'en ont l'air. Ainsi les mercuriaux sont indiqués dans la méningite, mais ils sont usités également dans la pleurésie, la péricardite, la péritonite, l'hépatite. Le tartre stibié à haute dose est indiqué dans la pneumonie, mais il l'est aussi dans la bronchite, dans le croup, dans la chorée, voire même dans l'encéphalite, et puis, en définitive, le tartre stibié et le mercure rentrent dans cette grande médication, dite perturbatrice, altérante, qui trouve des applications dans la plupart des maladies.

On a prétendu que la saignée était sans influence dans les affections de l'encéphale, parce que, soit disant, l'inflexibilité du crâne s'oppose au dégorgement des tissus, par le mécanisme du vide. A ce compte, la quantité du sang intra-crânien serait toujours la même, or la pâleur et la syncope qui suivent la saignée disent assez que le sang intra-crânien n'est pas invariable ; la mollesse et l'élasticité du tissu cérébral remplissent facilement le vide opéré dans les vaisseaux.

On a prétendu que l'apoplexie cérébrale, à l'inverse des autres hémorrhagies, contre-indiquait la saignée, l'observation ayant démontré que celle-ci est quelquefois suivie de l'aggravation des accidents. Cela veut dire, tout simplement, que la saignée n'empêche pas toujours l'apoplexie de s'aggraver. Mais n'en est-il pas ainsi pour toutes les autres hémorrhagies, l'hémoptysie en particulier ? J'ai agité ailleurs ce grand problème soulevé par l'esprit paradoxal et tracassier de notre époque. (*De la saignée dans l'apoplexie*, *Bulletin de thérapeutique*, 15 mars 1859.)

Que dirons-nous du traitement des lésions organiques de l'encéphale, qui ne s'applique exactement aux lésions organiques de tous les autres tissus ? S'agit-il de résoudre une induration, une hypertrophie, une tumeur quelconque ? A quels agents vous adresserez-vous, autres que ceux indiqués pour les mêmes lésions, quel que soit leur siége : alcalins, mercuriaux, iodés, altérants de toute espèce ? S'agit-il de prévenir ou de combattre les accidents de compression ou d'irritation occasionnés par les produits anormaux, qu'avez-vous à faire si ce n'est d'appliquer les évacuants, les révulsifs, les sédatifs, ici comme partout ?

Que si la lésion intra-crânienne résulte d'une cause diathésique ou cachectique accessible à nos moyens (scrofules, syphilis, etc.), que ferez-vous, si ce n'est ce que vous faites pour tous les organes où la syphilis et les scrofules exercent leurs ravages ?

Viennent les lésions fonctionnelles, les névroses de l'encéphale. C'est ici surtout que nous avons à déplorer les perturbations et la confusion introduites dans la thérapeutique rationnelle par le mysticisme et l'empirisme. Les névroses encéphaliques, depuis les simples éléments, douleur, spasme, paralysie, délire, jusqu'aux affections les plus graves et les plus complexes : tétanos, épilepsie, aliénation mentale, etc., ces névroses, dis-je, sont le terrain de prédilection des doctrines belligérantes : organicisme, humorisme, vitalisme, etc. Ces névroses sont aussi une des sources les plus fécondes exploitées par le charlatanisme des drogues. Mais faites un instant table rase de toutes ces excentricités, observez avec le calme de la science pure et avec l'indépendance du désintéressement ce qui ressort de cette agitation stérile et de cet ardent conflit d'intérêts ambitieux, vous trouverez d'abord que toutes les névroses de l'encéphale, sous quelque nom qu'elles se produisent : névralgie, convulsions, éclampsie, tétanos, épilepsie, aliénation mentale, etc., viennent finalement se ranger sous l'empire de deux médications principales : débilitants et sédatifs, sédatifs surtout. Vous verrez que les remèdes qui surnagent dans ce débordement de prétentions thérapeutiques, sont les sédatifs par excellence, opium, belladone, aconit, etc. Voyez la faveur dont jouit en ce moment l'injection sous-cutanée du sulfate d'atropine, auquel on pourrait, je crois, substituer avec avantage les sels de morphine. Voyez avec quel empressement on a transporté le chloroforme dans le traitement des névroses, etc. C'est que l'instinct médical indique que c'est là, parmi les sédatifs, qu'il faut chercher le remède des excitations nerveuses ; que si les sédatifs ne guérissent pas toujours, au moins ils soulagent souvent, et plus sûrement que tous les remèdes empruntés aux autres médications.

Mais il est des névroses adynamiques dont la paralysie est le type ; à celles-là l'on oppose les stimulants, et plus spécialement les stimulants du système nerveux, la strychnine, l'électricité.

Il est aussi bon nombre de névroses par anémie, telle est l'hystérie des chlorotiques ; à celles-ci l'on oppose les analeptiques, et plus particulièrement les ferrugineux, etc.

Maintenant, étendons nos investigations aux névroses autres que celles de l'encéphale : au tic facial, à la sciatique, à la gastralgie, à l'hépathalgie, à la néphralgie, simples ou compliquées, primitives ou secondaires, peu importe, vous verrez se passer les mêmes phénomènes, dominer les mêmes indications ; c'est-à-dire qu'en dépit des prétentions de cent remèdes divers, ce sont toujours les sédatifs que vous verrez survivre et obtenir la préférence.

Reste la médecine morale, plus spécialement applicable au traitement de l'aliénation mentale. Rien de plus naturel : la médecine mentale est au cerveau ce que l'alimentation est à l'estomac, l'aération aux poumons ; c'est le traitement fonctionnel de l'organe ; le mal est qu'on a trop de tendance à séparer les lésions fonctionnelles des altérations organiques de l'encéphale. Ici, comme partout, il y a des lésions dynamiques, sans altérations matérielles appréciables et des lésions organiques ; *seulement les lésions* dynamiques ou fonctionnelles sont ici d'un ordre plus élevé, plus important, plus délicat ; mais les principes nosologiques sont les mêmes. En effet, nous voyons aujourd'hui les sédatifs prendre faveur dans le traitement des aliénations comme dans celui des autres névroses.

La conclusion de tout cela coule de source : c'est qu'en dépit de leur nombre, de leur variété, de leur spécialité, les névroses encéphaliques rentrent dans les principes qui régissent la thérapeutique des névroses en général.

J'arrive au terme de mon travail avec l'espérance de vous avoir convaincus de la vérité de ce grand principe si lumineux, si fécond, de l'analogie qui nous enseigne à concentrer, sous l'empire des mêmes lois fondamentales, toutes les maladies qui peuvent affecter les divers organes de l'économie. En effet, ce que je viens de faire pour l'encéphale, je pourrais le faire également pour tous les autres organes, quelle que soit leur importance. Mon but est de vous familiariser avec les difficultés imaginaires que la scolastique semble prendre à tâche de multiplier sous vos pas. Je veux vous prémunir contre les appréhensions et le découragement que répandent naturellement dans vos esprits quelques doctrines déplorables qui sont en faveur aujourd'hui ; je veux enfin vous rendre circonspects à l'endroit des prétentions incessantes d'une foule d'ambitieux, grands et petits, qui paraissent avoir pour but de pervertir vos jugements pour pêcher en eau trouble, *ad emungendos ægrorum loculos*, comme dit Gui-Patin.

Ceux qui protestent hautement par la parole et par la plume, contre les témérités de l'hérésie et les débordements de l'industrialisme, on les cherche vainement. Il n'en est pas de même, heureusement, des praticiens honnêtes, mais timides, qui se bornent à protester dans leur for intérieur. Ceux-là sont plus nombreux qu'on le pense, si j'en juge par la quantité des approbations que m'a value la publication d'un livre où j'ai semé bon nombre de vérités que j'ai recueillies pendant une longue pratique et de sérieuses méditations. Il y aurait immodestie de ma part à reproduire ici l'expression des suffrages contenus, soit dans quelques

journaux, soit surtout dans les lettres que j'ai reçues d'une foule d'amis connus et inconnus. Je me bornerai à transcrire cette conclusion d'un de mes correspondants : « Permettez-moi de vous » exprimer ma gratitude; vous avez dissipé mes doutes, relevé » mon courage et mis fin à mes pénibles défaillances. » (Dr Allier.)

*Dissiper les doutes et relever les courages*, telle est en effet la tâche que j'ai entreprise et au succès de laquelle pourraient me faire croire tant de chaleureuses adhésions. Quoi qu'il en soit, la notion de nos *principes de thérapeutique générale et spéciale* est nécessaire à l'intelligence complète des études dans lesquelles nous allons entrer, et j'espère que cette lecture, en outre, vous prémunira contre une foule de préjugés et de déceptions dont sont semés tous les degrés de la carrière médicale.

P. S. Ce travail a précédé de plusieurs mois la discussion académique relative à l'*identité du coup de sang et de l'épilepsie*, professée par M. Trousseau. Cette discussion ne change rien à nos principes, parce qu'ils reposent sur des bases larges et solides.

La proposition de M. Trousseau est celle-ci : la simple congestion active et rapide n'existe pas pour le cerveau. Nous répondons que cette congestion doit exister, existe pour le cerveau comme pour les autres organes, ou bien elle n'existe nulle part, ce qui est une autre thèse.

Sans entrer pleinement dans la discussion, je me bornerai à l'énoncé de mes propres convictions sur ce grave sujet.

De tout temps, les nosographes ont compté l'apoplexie parmi les affections que l'on peut confondre avec l'épilepsie. M. Trousseau prétend que la congestion apoplectiforme dite primitive ou essentielle n'existe pas, et qu'elle est toujours de l'épilepsie. Ce paradoxe se résout en une question de fait dont la solution relève de l'observation clinique. Or, l'observation démontre :

1° Que des individus atteints de congestion apoplectiforme n'étaient nullement épileptiques ;

2° Que des individus atteints de congestion apoplectiforme sont devenus plus tard épileptiques;

3° Que des individus censés atteints de congestions apoplectiformes étaient bien et dûment épileptiques.

Après avoir nié la première de ces propositions, M. Trousseau a fini par l'admettre, mais avec interprétation; il prétend que l'élément initial irritation, ou l'altération cérébrale quelconque, d'où résulte la congestion apoplectiforme active, est de *même nature* que celle qui produit l'épilepsie !... Pour un adepte de l'observation pure, l'argument est un peu subtil. J'ai démontré ailleurs la probabilité d'une diathèse spéciale pour chaque forme de névrose, et la diathèse congestionnelle me paraît différer essentiellement de la diathèse épileptique. M. Trousseau prétend que la congestion essentielle n'est jamais prompte, instantanée. Et pourquoi pas, aussi bien que la congestion pulmonaire, par exemple ? On a bien admis cette instantanéité pour le ramollissement cérébral lui-même. Et d'ailleurs l'apoplexie comporte plus souvent des prodromes qu'on ne le croit généralement. Pour mon compte :

1° J'admets comme congestion apoplectiforme la perte plus ou moins subite du sentiment et du mouvement, *sans convulsions épileptiformes* et sans paralysie subséquente. La convulsion est pour moi le cachet de l'épilepsie : tant qu'elle n'existe pas vous n'êtes pas en droit d'accuser l'épilepsie.

2° Que si plus tard les attaques deviennent convulsives, épileptiques, il me paraît vraisemblable que l'épilepsie puisse être survenue comme conséquence de la congestion en tant que promotrice de la diathèse épileptique, l'épilepsie pouvant être aussi bien l'effet que la cause de la congestion.

3° Que si des attaques d'épilepsie ont été prises pour des congestions apoplectiformes simples, c'est qu'on n'y a pas regardé d'assez près, c'est que les convulsions caractéristiques sont passées inaperçues, c'est enfin qu'il y a eu erreur de diagnostic, comme l'ont pressenti tous les nosographes.

Reste la question de fréquence relative, et c'est dans ce sens seulement que la boutade de M. Trousseau aura pu rendre quelque service à la science, en faisant voir que l'erreur est peut-être plus commune qu'on ne le pense, et en rendant les praticiens plus attentifs.

Mais le fait fondamental, la réalité de ce qu'on appelle congestion apoplectiforme persiste, en tant que fait clinique, à mon avis, et cette discussion académique, ainsi que tant d'autres, se sera résolue en un malentendu, une logomachie assaisonnée de beaucoup de paroles inutiles.

---

## III

## REVUE CLINIQUE.

Observation d'un abcès de la région lombaire simulant un abcès par congestion, et traité avec succès par la ponction et la médication iodée, lue à la Société de médecine du département de la Seine, par le docteur O. de Langenhagen.

Je n'ai pas la prétention de rapporter un fait nouveau dans la science; les cas de ce genre sont au contraire assez fréquents ; mais, tout en ajoutant un titre de plus à l'importance de la médication iodée, telle que notre honorable confrère, M. le docteur Boinet, l'a établie, l'observation en elle-même m'a paru présenter quelques points assez intéressants pour mériter d'être signalée.

Obs. — Félix Miraude, ouvrier serrurier, âgé de dix-huit ans, d'une complexion faible, d'un tempérament lymphatique, est entré le 25 juillet 1860 à la maison des Diaconesses.

Voici ce que mes informations m'apprirent sur les antécédents de ce sujet : ses parents jouissent d'une assez bonne santé; lui-même n'avait jamais été malade. Dans les premiers jours du mois de juin dernier, il vit ses forces décliner, et ressentit une douleur vague depuis les premières vertèbres dorsales jusqu'à la hanche droite, douleur qui s'irradiait vers l'abdomen. Le 21 juin, il quitta son travail et prit le lit; les douleurs du dos avaient augmenté d'intensité; de la fièvre s'était déclarée, et l'appétit avait complétement disparu. Un médecin mandé pour lui donner ses soins, le traita, me dit-on, pour une inflammation d'entrailles. Cependant le malade souffrait toujours, et un dépérissement notable commençait à se manifester; c'est alors qu'il demanda à entrer dans mon service.

A son entrée, je constatai l'état suivant : face pâle et anxieuse, corps amaigri, peau sèche et brûlante, pouls petit et fréquent, variant entre 130 et 140 pulsations.

Du côté des voies respiratoires, sonorité diminuée sous la clavicule gauche; souffle bronchique au sommet du poumon; petite toux sèche, mais peu fréquente.

Du côté du tube digestif : langue sale, dégoût des aliments et selles purulentes. Le malade se plaignait d'une douleur vive dans la région lombaire droite. En procédant à l'examen de cette partie, je constatai un gonflement considérable, très douloureux au toucher et limité en haut par les dernières côtes, à gauche par les apophyses épineuses des vertèbres dorsales et des premières lombaires, et en bas par la crête iliaque. Une fluctuation profonde se faisait sentir, mais la peau avait conservé sa couleur normale. Tel est l'état dans lequel je reçus ce malade. Nul doute pour moi que je n'eusse affaire à un vaste abcès qui déjà s'était fait jour dans l'intestin par le cæcum, et qui avait donné lieu aux selles purulentes, mais dont l'ouverture était insuffisante pour donner issue au pus contenu dans la tumeur.

Le traitement que je suivis tout d'abord fut très simple. Mon attention se porta naturellement sur la tumeur lombaire, cause évidente des troubles généraux. Cependant je devais attendre une fluctuation plus manifeste, plus superficielle, une tension plus considérable de la peau avec un changement de coloration et une proéminence plus saillante, afin de pouvoir agir plus efficacement. Je me bornai donc aux emplâtres avec de l'onguent de la mère et aux cataplasmes, alternativement appliqués sur la tumeur, aux tisanes rafraîchissantes et à quelques légers purgatifs à l'intérieur, tant pour éliminer les matières purulentes qui s'écoulaient dans l'intestin que pour combattre la fièvre. C'est ainsi que je suivis le malade pendant huit jours, sans qu'il y eût grand changement dans son état. Au bout de ce temps, la tumeur devint cependant plus saillante, la fluctuation plus surperficielle; la peau prit une teinte plus rosée. Je tentai alors l'application de la pâte caustique de Vienne au centre de la tumeur. Malgré une cautérisation profonde, je n'atteignis pas le foyer purulent. J'attendis cinq à six jours encore; mais aucun écoulement de pus ne se montra. C'est alors que, voyant les forces du malade constamment décliner, je résolus de recourir à la ponction, que je pratiquai le 5 août, avec

un trocart droit ordinaire, et immédiatement au-dessous de l'eschare. Un litre de pus grumeleux et verdâtre, d'une odeur infecte, s'écoula par la plaie. Je pris les précautions ordinaires en pareil cas pour empêcher l'introduction de l'air. Après plusieurs lavages avec de l'eau tiède, je fis une injection iodée avec une partie égale de teinture et d'eau, additionnée d'une quantité suffisante d'iodure de potassium; mais cette solution ne put être maintenue dans la plaie en raison des violentes douleurs qu'elle avait occasionnées au malade. Je me contentai d'introduire une mèche que je pus enfoncer à une profondeur de 15 centimètres dans la plaie. A partir de ce jour, les selles purulentes cessèrent. Le lendemain et les jours suivants, je répétai les mêmes injections et les mêmes pansements; je prescrivis le pain iodé à la dose de 200 grammes, et le vin iodé à la dose de 60 grammes par jour. Dans la première quinzaine, l'écoulement du pus était toujours fort abondant, mais l'odeur nauséabonde avait disparu; la fièvre tombait sensiblement; l'appétit parut revenir, et, chose remarquable, la toux elle-même cessa vers le quinzième jour avec les signes stéthoscopiques indiqués plus haut.

La quantité de pus diminua ensuite de jour en jour, et, au commencement du mois de septembre, la petite plaie ne laissait plus suinter qu'une légère sérosité. Je cessai alors les injections iodées qui avaient déjà été réduites, bien entendu, en raison de la diminution de l'excavation. Je fis continuer au malade l'alimentation iodée; l'appétit était devenu excellent, les selles régulières et les forces augmentaient sensiblement.

Le 10 septembre, notre malade resta levé pendant la journée entière sans éprouver ni fatigue, ni trace de douleur, et cet état de santé ne s'est pas démenti depuis. Je l'ai revu il y a quelque temps, gai et dispos; il prend de l'embonpoint, et dit qu'il n'a jamais joui d'une santé aussi parfaite.

Quatre points m'ont paru dignes de remarque dans cette observation, et chacun les aura saisis :

1° Les débuts de la maladie présentant des symptômes graves et assez caractéristiques pour faire craindre un mal vertébral de Pott;

2° L'ouverture de cet abcès dans le cæcum, mais insuffisante pour vider complétement la cavité : des faits de ce genre ont déjà été signalés, il est vrai, mais on les rencontre plus fréquemment quand le siége de l'abcès est dans le foie ou dans la fosse iliaque;

3° Les signes stéthoscopiques que présentait le poumon gauche, qui venaient compliquer la situation déjà bien fâcheuse du malade, et qui ont disparu en si peu de temps sous l'influence de la médication iodée;

4° Enfin les fortes doses d'iode introduites dans l'économie pendant un mois, tant par les injections que par les voies ordinaires, et sans occasionner le moindre accident; bien au contraire, c'est sous l'influence de cet énergique traitement que cessa la fièvre, qui durait depuis cinq semaines.

La guérison rapide me semble, dans ce cas, devoir être uniquement attribuée à la méthode établie par notre savant confrère M. le docteur Boinet.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — *Luxations traumatiques sous-pubiennes ou ovalaires du fémur, avec conservation immédiate des usages du membre*, par M. *C. Sédillot*. — La gêne et l'impossibilité des mouvements ont toujours été comptés parmi les caractères les plus constants des luxations récentes et particulièrement de celles qui ont pour siége les articulations diarthrodiales. Aussi les hommes de l'art n'ont-ils admis ni supposé qu'un malade pût se servir assez librement d'un membre luxé pour continuer sans interruption ses occupations habituelles, comme s'il avait seulement subi une simple et légère contusion. Des faits de ce genre existent cependant, et comme ils sont de nature à inspirer une sécurité dangereuse et à causer des erreurs de diagnostic d'une grande gravité, il est bon de les signaler. Après avoir cité plusieurs observations de luxations du fémur en bas et en dedans (*sous-pubiennes*, *ischio-pubiennes* ou *ovalaires*) qui n'ont pas empêché ceux qui en étaient atteints de marcher immédiatement et de se livrer à leurs exercices ordinaires, sans douleur très marquée et sans beaucoup de claudication, M. Sédillot ajoute : La persistance des mouvements et des fonctions du membre s'explique par les rapports de la tête fémorale avec le trou ovalaire, dont la profondeur et les contours offrent des points d'appui très favorables à la mobilité de l'os luxé. Il serait parfois intéressant de constater anatomiquement la situation exacte de la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde et au trou ovalaire.

Malgré le rétablissement immédiat et spontané de la marche et de la station verticale, les principaux symptômes du déplacement sous-pubien ou ovalaire n'en restent pas moins très distincts pour un observateur attentif.

1° Le membre luxé est allongée de 1 à 3 centimètres, et ce symptôme pathognomonique frappe d'autant plus, que l'abaissement de la hanche du même côté l'exagère encore.

2° Le grand trochanter est porté en dedans, en arrière et en bas, et la région qu'il forme et qui est normalement saillante, paraît, au contraire, déprimée et aplatie.

3° Tout le membre inférieur est manifestement porté en dehors et le pied est tourné dans l'abduction.

4° La rotation du pied en dedans est généralement impossible.

5° La flexion de la cuisse sur le bassin est assez aisée pendant l'abduction du membre, mais cesse de pouvoir être exécutée, si l'on place la cuisse dans l'adduction.

6° L'extension est complète et sans obstacle.

7° Les luxations ovalaires sont les plus fréquentes et les moins graves.

8° Ces luxations sont plus communes dans la jeunesse et chez les personnes dont les jointures offrent naturellement une grande laxité.

9° La réduction s'en obtient assez aisément, même après plusieurs semaines, par la traction de dedans *en dehors de la* partie supérieure de la cuisse pendant que le genou est dirigé en dedans et en avant et tourné dans l'adduction dès qu'on suppose la tête fémorale parvenue au niveau de la cavité cotyloïdienne.

10° La seule précaution nécessaire pour éviter la récidive de la luxation est de maintenir le membre inférieur allongé et tourné dans une légère adduction.

11° La guérison s'opère rapidement et d'une manière complète.

12° En cas de non-réduction, les os se moulent et s'appliquent l'un sur l'autre, et les malades parviennent fréquemment à se servir de leur membre, tout en restant affectés de claudication.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *De la nature et de la genèse de la levûre dans la fermentation alcoolique*, par M. *F. Pouchet*. — Depuis les travaux de MM. Cagniard de Latour, Schwann, Mitscherlich et Pasteur, on professe généralement que chaque grain de levûre représente un végétal complet, une espèce d'algue, le *Cryptococcus cerevisiæ*, Kutz., qui se reproduit par gemmation; chaque individu n'étant qu'une sorte de vésicule mère, de la surface de laquelle naissent des bourgeons, qui s'en séparent après avoir acquis un certain développement. Ces diverses assertions constituent autant d'erreurs, et voici ce que l'on doit admettre.

Les corps organisés diversiformes, qui apparaissent dans les liqueurs en fermentation, telles que la bière et le cidre, et auxquels on donne le nom de levûre, ne représentent nullement une plante complète, et ne sont en réalité que des semences ou spores spontanés de divers végétaux inférieurs. On met ce fait hors de doute par la plus simple et la plus irrécusable observation. Lorsqu'ils se trouvent dans les circonstances convenables, on voit, en effet, les grains de levûre germer à l'instar des spores des cryptogames. A l'une des extrémités apparaît une petite tige qui s'allonge peu à peu, se cloisonne, se ramifie et se couvre de fructification. A l'aide d'une observation attentive, on peut suivre toutes les phases de la genèse de ces spores de la levûre : on les voit naître et se développer graduellement.

M. Pouchet s'est assuré que la levûre du cidre, par exemple, n'est que de la graine d'une espèce d'*Aspergillus*, dont il a étudié et dont il décrit toutes les phases du développement, depuis son apparition jusqu'à sa parfaite fructification.

MÉDECINE. — *Observations sur les circonstances et sur les causes des fièvres et du choléra en Algérie, et sur les moyens de les combattre*, par M. *Roy*. — L'auteur de ce travail croit pouvoir attribuer la production des fièvres et du choléra à des émanations phosphorées qui se dégagent des terrains argileux, sous la double influence de la chaleur et de l'humidité. Il appuie cette théorie de quelques considérations physiologiques, d'observations faites sur lui-même, d'expériences pratiquées sur les animaux, chez lesquels, dit-il, l'ingestion de principes phosphorés imparfaitement saturés, détermine une mort rapide, quand on dépasse la puissance de saturation de leurs éléments histologiques. (*Comm.* MM. Rayer, Boussingault.)

TÉRATOLOGIE. — *Anomalie des membres pelviens*, par M. *H. Larrey*. — M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire présente, de la part de M. le baron Larrey, un dessin figurant, de grandeur naturelle, une anomalie fort rare des membres pelviens chez l'homme.

Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, d'origine belge, l'aîné de sept enfants, tous bien conformés, offrant lui-même dans les autres parties de son individu, toutes les apparences d'une bonne constitution.

Le membre pelvien droit est double. Il se compose de deux cuisses, de deux jambes et de deux pieds, sans être également complet dans toutes ses parties similaires. Les deux cuisses, distinctes l'une de l'autre, par deux fémurs que séparent des tissus fibreux et musculaires, sont recouvertes d'un tégument commun jusque vers leur tiers inférieur.

L'un de ces deux membres, supportant le poids du corps, est situé en dedans et bien étendu; son genou, d'ailleurs normal, est flexible, mais la jambe n'est composée que d'un seul os, le tibia, et de muscles atrophiés, très peu contractiles, en même temps *que le pied, tout à fait informe et redressé en* avant avec ankylose, est pourvu seulement de trois orteils, dont l'un même reste à l'état rudimentaire. Le point d'appui du membre se prend ainsi sur le talon, qui suffit à la marche, sans nécessiter l'emploi d'aucun support.

L'autre membre, qui paraît être le membre parasite, inactif et atrophié, mais non privé de sensibilité, se trouve placé en dehors, dans la flexion, à l'angle aigu de la jambe sur la cuisse, avec ankylose complète du genou, déviation en arrière et déformation totale du pied, offrant sept orteils très mobiles, dont deux gros et un rudimentaire.

Quant au membre pelvien gauche, ou naturel, il n'a rien d'anormal et est fortement musclé.

Nulle autre anomalie extérieure n'est appréciable chez cet individu.

M. *Geoffroy Saint-Hilaire* pense que le membre surnuméraire doit être considéré comme résultant lui-même de la fusion de deux membres qui deviennent distincts à l'extrémité du pied. L'anomalie paraît une de ces monstruosités parasitiques dans lesquelles le parasitaire est réduit à deux membres imparfaitement développés et plus ou moins confondus, soit entre eux, soit avec le membre de l'autosite, ainsi qu'on l'observe souvent dans la pygomélie.

ANATOMIE. — *Note sur un nouvel organe du système nerveux*, par M. *W. Kuhne*. — Après avoir rappelé le mode de division, généralement connu, des fibres primitives des nerfs moteurs dans l'épaisseur des muscles, M. *Kuhne* ajoute : Voici ce qu'on voit en suivant les branches nerveuses, qui se trouvent réunies en grand nombre sur une très petite partie de la fibre musculaire :

1° L'enveloppe du nerf se réunit constamment au sarcolemme de la fibre musculaire, et c'est jusqu'ici que l'on observe les noyaux de l'enveloppe; 2° le double contour du nerf produit par son enveloppe médullaire cesse subitement; 3° le cylindre d'axe passe ici au-dessous du sarcolemme et se trouve dès lors en contact avec la substance contractile striée; 4° le cylindre d'axe devient alors plus large en quelques parties où il est garni de petits corps très granuleux, que j'appelle les *bourgeons nerveux périphériques;* 5° quand le cylindre d'axe intra-musculaire est court, il se termine par un de ces bourgeons.

*Les bourgeons nerveux périphériques* sont fixés sur le cylindre d'axe. Ils en font partie. Ils sont grands de 0mm,005 à 0mm,01, très granuleux et généralement pointus à un bout. Jamais on n'y voit de nucléole, et c'est par ces appareils que le cylindre d'axe du nerf moteur se trouve en contact le plus intime avec la substance contractile du muscle dans laquelle s'enfoncent les granulations du nerf.

MÉDECINE. — M. *Maggiorani*, professeur de médecine à l'Université de Rome, en adressant à l'Académie un *Mémoire sur les fonctions de la rate*, appelle l'attention sur les deux propositions suivantes développées dans ce travail :

1° Formation de graisse pendant la fermentation du sucre, déterminée par la pulpe splénique et son dédoublement en glycérine et acides gras; 2° modification du sang chez des lapins privés depuis six mois de la rate, et comparés à d'autres individus placés dans les mêmes circonstances à qui on ne l'avait pas ôtée : la différence principale consiste dans la moindre intensité de la couleur et sa pauvreté relative en fer chez les sujets mutilés; d'où semble résulter pour la rate la double fonction de présider à une métamorphose de la matière organique et d'accumuler le fer pour la confection de l'hémotosine.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBERT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

### *Correspondance.*

1° M le ministre d'État transmet : *a.* Deux rapports de M. le docteur *Fouquet* (de Vannes) sur une épidémie de scarlatine et une épidémie de fièvre typhoïde. — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de l'Ariége, des Landes et des Pyrénées-Orientales. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. *Deschamps* (d'Avallon) sur l'action que le principe aromatique du goudron exerce sur le phosphore. (*Comm.:* M. Guibourt ) — *b.* Une notice sur une nouvelle sonde utérine destinée à procurer le complet écoulement des eaux de l'amnios après la rupture des membranes, par M. le docteur *Saint-Martin de la Plagne*. (*Comm.:* M. Jacquemier.) — *c.* Un mémoire de M. le docteur *L. Corvisart*, intitulé : *Des sécrétions en général; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas.* (*Comm.:* MM. Wurtz, Longet, Bourdon ) — *d.* Une observation de congestion cérébrale sans épanchement, suivie de mort, et ayant donné lieu à une information judiciaire, par M. le docteur *Lecadre* (du Havre). (*Comm.:* M. Trousseau.) — *e.* Un travail intitulé : *Études historiques et critiques sur l'opuscule des hémorrhoïdes et celui des fistules*, par M. le docteur *Pétrequin* (de Lyon). (*Comm.:* M. Littré.) — *f.* Une note de M. le docteur *Mallez*, relative à de nouvelles sondes et bougies en *sève de balata.* Cette substance constitue une pâte plus fine, plus souple et plus élastique que la gutta-percha. Elle se ramollit dans l'eau chaude à 30 degrés, et ne devient jamais cassante. Les nouvelles bougies s'assouplissent à la seule chaleur du canal, de manière à en suivre toutes les flexuosités normales ou pathologiques, dont elles conservent la forme, devenant ainsi un excellent moyen de diagnostic. M. Mallez a eu déjà l'occasion de les employer dans un certain nombre de cas, et les avantages qu'il a retirés de leur emploi l'engagent à les signaler à l'attention des chirurgiens. (*Comm.:* MM. Ségalas et Guibourt.) — *g.* Un pli cacheté concernant les phénomènes de la déglutition révélés par l'observation laryngoscopique, par M. le docteur *Moura-Bourouillon*. (*Accepté.*)

M. *le secrétaire perpétuel*, en annonçant à l'Académie l'envoi de plusieurs mémoires pour les prix, fait savoir que l'un des mémoires adressés pour le prix Capuron (accouchements) n'est pas accompagné du pli cacheté de rigueur. L'auteur de ce mémoire, qui a pour épigraphe cette phrase : *La fécondité gît dans la misère*, est invité à envoyer ce pli cacheté, renfermant son nom, avant le 1er mars.

M. *Poggiale* dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Recherches sur le tartrate ferrico-potassique:* par M. *Roger*, pharmacien au Val-de-Grâce.

M. *Velpeau* fait hommage, au nom de l'auteur, d'une brochure sur les tumeurs osseuses à myéloplaxes, par M. *Eugène Nélaton*.

M. *le président* annonce la mort de M. le docteur *Murville* (de Lille), membre correspondant.

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Aug. Duméril*, qui fait hommage à l'Académie d'un portrait de son père.

L'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de M. Poiseuille sur les titres des candidats pour la section d'anatomie et de physiologie.

La séance publique est reprise à quatre heures et demie.

*Présentation.*

M. le docteur *Chassagny* (de Lyon) soumet à l'examen de l'Académie un forceps de son invention, dit *forceps à traction soutenue et à pression progressive.* (*Comm. :* MM. Moreau, Danyau, Jacquemier).

M. *Gosselin* est appelé à la tribune pour la lecture d'un rapport; mais sur une observation de M. *Robert*, appuyée par M. *Moreau*, la lecture de ce travail, qui est de nature à soulever une discussion, est ajournée jusqu'à l'issue des débats actuellement pendants.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1860.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES CALCULS HÉPATIQUES.

M. *Briquet* entretient la Société des faits suivants : le premier est destiné à démontrer que les concrétions biliaires peuvent ne pas exister quand tous les signes de la maladie pourraient être attribués à leur action.

OBS. I. — Une femme ayant depuis assez longtemps la coloration générale de l'ictère verdâtre, entre dans le service de M. Briquet. On sent, au bord inférieur du foie, et bien au dessus de l'immergence des canaux hépatiques, une tumeur arrondie, fluctuante, et, au niveau des canaux, on constate l'existence de granulations assez volumineuses.

Le diagnostic est ainsi posé : les granulations sont des calculs arrêtés dans les canaux, et déterminent la rétention biliaire dans la vésicule, dont l'ampliation constitue la tumeur située au-dessous du foie.

Cette tumeur devenant de plus en plus volumineuse, les douleurs prenant un caractère insupportable, on pratique la ponction de la vésicule; le troquart était assez fin; le liquide s'écoula; on le retira très rapidement. Aucun phénomène inquiétant ne suivit cette petite opération; mais la tumeur se remplit de nouveau, et, quelque temps plus tard, la malade mourut d'épuisement et de fièvre hectique.

On fut surpris de trouver, à l'*autopsie*, qu'il n'existait aucun calcul; le canal cholédoque avait été englobé et comprimé par un cancer du pancréas, et l'ouverture de ce canal se trouvait complétement imperméable; au-dessus du point de la compression, le canal cholédoque était énormément distendu. Le foie semblait normal en couleur, en volume et en consistance. La ponction de la vésicule n'avait pas été suivie d'adhérence de cette poche avec les parois abdominales.

M. *Briquet* rapporte ensuite le fait que voici :

OBS. II. — Il y a quelques années déjà, le savant confrère de la Charité reçut dans son service une femme arrivée au dernier degré de la cachexie bilieuse; la peau était couleur olive; la malade était excessivement amaigrie et épuisée par les douleurs.

Le remède de Durande fut administré sans succès pendant douze à quinze jours, et la malade mourut.

On trouva à l'*autopsie* un calcul ayant le volume d'une grosse olive, fixé par sa moitié supérieure dans la portion du canal cholédoque qui s'insère au duodénum, et plongeant dans celui-ci par sa moitié inférieure. La consistance de la moitié supérieure de ce calcul était remarquablement différente de celle de sa moitié libre; il était très dur dans e canal cholédoque, très ramolli dans le duodénum.

M. *Briquet* se demande si c'est à l'action exercée au passage par le remède de Durande qu'il faut attribuer ce changement survenu dans la consistance du calcul, ou si l'on doit l'attribuer au contact de celui-ci avec le liquide intestinal ou avec le produit de la digestion.

M. *Duparque* pense comme M. Briquet, que toutes les causes extérieures aux canaux cystiques et cholédoques qui compriment ces conduits au point de les rendre imperméables, peuvent, au même titre que les concrétions biliaires, donner lieu à la rétention de la bile. Il a vu dans un cas cet accident produit par la compression exercée sur le cholédoque par une tumeur cancéreuse du pylore.

L'inflammation du canal cystique, celle du duodénum, peuvent également être la source d'un obstacle à la circulation de la bile.

Si, dans le deuxième cas cité par M. Briquet, le remède de Durande a pu agir en le ramollissant sur la portion libre du calcul, cela ne peut être que par l'éther, qui entre dans la composition du médicament, car la térébenthine n'a pas de propriétés dissolvantes à l'égard de ce genre de concrétions.

L'éther a, de plus, une action antispasmodique qui, en provoquant le relâchement des parois des conduits biliaires, peut faciliter la progression des calculs. Si M. Duparcque a remplacé dans la mixture de Durande la térébenthine par l'huile de ricin, c'est qu'il a observé que ce premier médicament a quelquefois donné lieu à des accidents graves.

M. *Durand-Fardel* dit qu'il est admis généralement que l'éther dissolve les éléments graisseux, et la térébenthine les éléments alcalins des calculs. Il ne peut partager cette opinion et ne pense pas que la médication précitée puisse agir en dissolvant des calculs dans les canaux cystiques ou cholédoques. Qu'une action de ce genre s'exerce par le contact avec des tissus sur la vessie quand elle est baignée par de l'urine ayant des propriétés chimiques déterminées par des médications spéciales, ce sont là des phénomènes dont on peut comprendre le mécanisme. Il désire que des explications puissent lui faire saisir le mode d'action dissolvante d'un médicament sur les calculs biliaires renfermés dans la vésicule.

M. *Briquet* répond qu'en ce qui concerne les calculs de la vésicule, on n'a guère lieu de s'en préoccuper, parce que le plus souvent leur présence ne constitue ni une source de dangers ni une cause d'accidents.

Les calculs du canal cholédoque et des gros canaux hépatiques, au contraire, réclament souvent l'intervention du médecin. Celui-ci ne peut prétendre, il est vrai, à atteindre directement par l'administration de l'éther des calculs engagés loin dans ces canaux; mais l'action médicamenteuse peut être puissante quand ces calculs sont arrivés sur la limite de l'intestin.

M. Briquet peut ajouter aux observations par lui citées plus haut, celle d'un homme qu'une cachexie bilieuse avait amené au dernier degré de la vie. Le foie était très gros, et l'on sentait manifestement le calcul se déplacer sous le doigt. On administra l'huile de ricin; le malade rendit un calcul volumineux et fut guéri : ce calcul était très probablement arrivé à la dernière limite du canal cholédoque.

Ce praticien ne considère pas le remède de Durande comme très incendiaire. Il l'a employé souvent sans inconvénients, et il pense qu'en l'administrant avec mesure, on se met à l'abri des inconvénients.

M. *Duparcque* ne pense pas que ce médicament soit toujours dangereux; mais il a vu des cas dans lesquels son usage a aggravé la situation, et c'est pour éviter des accidents, fussent-ils exceptionnels, qu'il a eu recours à son mélange, qui est toujours bien supporté.

M. *Durand-Fardel* est souvent invité par des médecins à leur procurer la dissolution des calculs biliaires par l'emploi de l'eau de Vichy, à laquelle on attribue généralement un pouvoir dissolvant. Il ne croit pas que ce moyen puisse exercer la dissolution immédiate par son contact avec les calculs; la catégorie des cas dans lesquels le calcul est assez bas pour pouvoir être atteint par un

moyen chimique, et dans laquelle rentreraient les observations de M. Briquet, lui paraît exceptionnelle. Ces cas, fussent-ils encore plus fréquents, il ne pourrait admettre que l'éther conduit dans leur voisinage puisse dissoudre la cholestérine placée au centre du calcul.

M. Durand-Fardel n'a jamais pu constater, par l'examen direct, la présence des calculs dans les canaux, comme l'a pu faire M. Briquet.

La maladie essentielle est la production des calculs biliaires ; un des accidents, et le plus important qu'entraîne la présence de ces produits, est la colique hépatique.

Il faut donc distinguer le traitement du mal primitif de celui des manifestations symptomatiques qui en dépendent.

La première indication est de prévenir la formation des calculs : l'usage des eaux de Vichy la remplit complétement.

La colique se compose de deux éléments différents : le premier, qui est la congestion ; le second, qui est le spasme.

Les émissions sanguines sont très susceptibles de combattre la congestion; l'éther, les opiacés, atteindront le spasme et le vaincront.

M. *Duparcque* fait remarquer que tout en admettant, comme M. Durand-Fardel, que la colique n'est qu'un symptôme de la maladie, il n'a cependant eu en vue, en proposant son traitement, que de parer aux accidents causés par ce symptôme.

M. *Briquet*, répondant à l'observation faite par M. Durand-Fardel à propos de la constatation par l'examen direct des calculs, et considérée par lui comme au moins difficile, dit avoir senti les calculs dans une douzaine de cas. Le malade dont il a été question plus haut a été examiné à la fois par MM. Chomel et Rostan, lesquels, comme M. Briquet, ont senti sous le doigt la concrétion aussi bien en dehors des coliques que pendant l'accès. Ce calcul était très mobile, et on le déplaçait aisément. M. Briquet pense que les calculs biliaires contiennent le plus souvent une grande quantité de cholestérine, que, cette substance étant soluble dans l'éther, il est aisé de concevoir que dans les cas dans lesquels le calcul est placé à l'ouverture duodénale du cholédoque, il puisse être en partie dissous par l'usage du remède de Durande.

M. *Durand-Fardel* objecte que, l'action de l'éther appliqué directement sur une concrétion, comme cela a lieu dans un flacon rempli de cette substance, et dans lequel serait plongé un calcul, ne peut se comparer à l'influence éloignée et passagère déterminée sur un calcul par le mélange de Durande quand il sort de l'estomac.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE. — MÊME SUJET.

M. *Gros* demande quelques éclaircissements sur les signes qui peuvent révéler en quel lieu, canal cholédoque ou cystique, se trouvent les calculs biliaires qui déterminent la colique hépatique.

M. *Durand-Fardel* pense que la recherche des calculs dans les selles est une opération difficile, et que l'absence de ceux-ci n'est pas une preuve que des calculs n'auraient point passé dans l'intestin, car ils peuvent séjourner très longtemps dans cet organe. M. Durand-Fardel admet l'existence de calculs dans les canaux cystiques; lui-même en a vu à la Salpêtrière. Ils étaient enchatonnés.

M. *Sales-Girons* rapporte le cas d'une femme âgée qui portait une fistule dans la région du foie, et par laquelle avaient passé des calculs.

M. *Durand-Fardel* fait remarquer que ces cas ne sont pas rares, qu'ils sont le résultat de la présence de calculs nombreux dans la vésicule, et que, dans l'observation de M. Sales-Girons, rien ne peut faire supposer qu'ils ne vinssent pas de cette poche.

M. *Guibout* demande si M. Durand-Fardel a vu beaucoup d'exemples dans lesquels on ait trouvé à l'autopsie des calculs sans qu'il y ait jamais eu de coliques pendant la vie. M. Guibout en a rencontré un exemple.

M. *Duparcque*, faisant des autopsies à Bicêtre, a fort souvent constaté que la vésicule était remplie de calculs, de bile concrète, sans que le foie présentât aucune altération, et sans qu'il y eût eu des coliques hépatiques pendant l'existence.

M. *Durand-Fardel* dit que la circulation de la bile peut se faire sans le concours de la vésicule, et que, dans certains cas, on a trouvé celle-ci complétement atrophiée, sans lésion générale du foie ; d'autres fois, on l'a trouvée ratatinée par suite d'adhérences anciennes qu'elle avait contractées avec les intestins, offrant même quelquefois des communications directes avec ceux-ci. A coup sûr ni l'obstruction, ni les lésions de la vésicule, ne peuvent déterminer la colique hépatique.

M. *Briquet* dit que les calculs peuvent se présenter sous les aspects suivants sans donner lieu à des symptômes douloureux : 1° la vésicule est remplie de calculs; 2° il y a deux, trois, quatre calculs nageant dans la bile ; 3° un calcul reste dans l'extrémité du canal cystique ou à l'entrée de la vésicule, et celle-ci est remplie d'un mucus clair. Ces dispositions diverses peuvent persister longtemps sans donner lieu à des accidents; mais que, par suite d'un repas plus copieux, il se fasse une sécrétion plus considérable de bile, celle-ci pousse les calculs devant elle, ce déplacement donne lieu à du spasme, la colique survient, puis ce spasme cesse et l'accident avec lui. Si le calcul siége dans le canal cystique, la colique cesse par suite de l'espace plus grand que trouve le calcul en cheminant dans les canaux cystiques qui vont en s'élargissant.

---

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 1er MARS 1861.

Lecture sur l'hypertrophie relative des hémisphères cérébraux dans l'épilepsie, par M. *Duchesne*, interne à Saint-Louis.

Rapport de la Commission sur quelques points d'administration intérieure.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

ANÉVRYSME POPLITÉ; COMPRESSION DIGITALE; LIGATURE DE LA FÉMORALE. — FRACTURE DOUBLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — POLYPE NASO-PHARYNGIEN.

La discussion sur les hernies étranglées a été reprise dans cette séance. Cette question est exposée plus haut par M. Verneuil; nous reviendrons sur ce sujet, s'il y a lieu, lorsque la discussion sera terminée. Nous aurons à mentionner seulement quelques communications intéressantes faites à la Société.

Dans le courant du mois de novembre, M. *Thomas de Closmadeuc* a fait connaître à la Société un cas d'*anévrysme faux consécutif de la poplitée*, produit à la suite d'une blessure causée par le dard de la pastenague ; il commençait alors le traitement; il a eu recours d'abord à la compression digitale, intermittente. Le 17 novembre dernier, pendant un effort, le malade sentit dans le jarret un craquement qui fut suivi d'une augmentation de volume considérable, avec tension des téguments, fluctuation, etc. La compression digitale fut alors faite au niveau du pubis pendant dix jours; on comprimait pendant une heure et l'on cessait pendant une heure; la nuit, on laissait reposer le malade, qui éprouvait des douleurs et des crampes; on n'obtint aucun résultat satisfaisant; il y avait un œdème considérable de la jambe; les téguments étaient tendus, luisants, et l'on pouvait craindre la formation d'une eschare, dont la chute eût été suivie d'une hémorrhagie mortelle. M. de Closmadeuc proposa alors au malade la ligature de la fémorale, mais celui-ci s'y refusa; le 15 décembre, il survint de nouveau un craquement suivi de tuméfaction; le malade se décida alors. La ligature est faite à la partie moyenne de la cuisse. Les symptômes disparurent rapidement : plus de battements, tension moindre; la chaleur du membre n'était pas diminuée. Le fil tombe

le quatorzième jour; la cicatrisation de la plaie se complète. Le 25 janvier, il restait encore de la tuméfaction, mais on pouvait considérer la guérison comme assurée.

— M. *Prestat* (de Pontoise) présente un malade qui fut atteint d'une *fracture double du maxillaire inférieur ;* le fragment inférieur tombait en avant, jusqu'à la partie moyenne du cou; l'alimentation était devenue presque impossible; le dix-neuvième jour, M. Prestat, aidé de M. Morel-Lavallée, appliqua l'appareil en gutta-percha, imaginé par ce dernier. Dès lors, le malade put être alimenté, et les fragments purent être maintenus, réduits. Mais il existait dans ce cas une difficulté pour l'application de ce mode de contention, c'est l'absence de dents sur un des fragments; aussi M. Prestat dut perforer l'os maxillaire sur le bord de chaque fragment, et faire une sorte de suture à l'aide d'un fil de fer. La consolidation se fit, mais assez lentement. Aujourd'hui le malade est guéri, mais le fragment externe gauche dépasse l'autre d'environ 1 centimètre.

— M. *Deguise* présente une pièce anatomique : un *polype naso-pharyngien.*

Un jeune homme de vingt ans environ le consulta, il y a trois ans, pour un polype naso-pharyngien volumineux qui déterminait des hémorrhagies abondantes; une première opération fut faite alors par le procédé de M. Nélaton (incision du voile du palais, et excision d'une partie de la voûte palatine); le malade se rétablit complétement sans qu'on ait eu besoin de faire de cautérisations. Sept mois après, il revint avec une tumeur qui remplissait la concavité de la voûte palatine où elle arrivait par la perforation du voile du palais; une opération palliative est faite : excision de la plus grande partie de la tumeur avec l'écraseur linéaire. A ce moment, le malade était anémié et déjà dans de mauvaises conditions. Il y a sept mois, nouvelle repullulation. M. Deguise cherche à fortifier le malade avant d'entreprendre une nouvelle opération. Lundi dernier, M. Deguise enleva le maxillaire supérieur pour se frayer un passage jusqu'au polype; il y eut une perte de sang assez considérable, et le malade fut pris d'une syncope contre laquelle on essaya inutilement tous les moyens. Au bout de vingt minutes, le malade était mort.

A l'autopsie, on trouva les restes de la tumeur, dont une partie avait pénétré dans le crâne, en contact immédiat avec le cerveau, sans qu'aucun symptôme eût révélé pendant la vie la complication qui existait du côté de cet organe.

JULES ROUYER.

---

### Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

Nous n'avons à signaler que la présentation, par M. *Boucher* (de la Ville-Jossy), d'un malade qui a offert des symptômes de cachexie, avec chute des ongles, coloration bistrée de la peau, sans que ces symptômes aient paru pouvoir être rapportés à la *maladie d'Addison*. Le caractère de cette maladie, qui a été améliorée par les toniques, est restée indécise.

— M. *Henri Roger* a lu une notice nécrologique sur M. Aran, si douloureusement enlevé à la *Société*. (Voir aux *Variétés*, p. 144.)

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Clinical Lectures on the Principles and Practice of Medicine**, by JOHN HUGUES BENNETT, M. D., F. R. S. E. Professor of the Institutes of Medicine, and Senior Professor of Clinical Medicine in the University of Edinburgh, etc. 1 vol. in-8, Edinburgh, Adam and Charles Black, 1859. (*Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine.*) Troisième édition illustrée de 500 figures sur bois.

(Suite et fin. — Voir le numéro 2.)

La seconde partie de l'œuvre du professeur Bennett est consacrée à l'étude clinique des maladies, et elle ne le cède en rien à la première quant à l'importance et à l'intérêt. Elle est le complément obligé, la démonstration pratique, en quelque sorte, de cette pathologie générale dont nous avons si longuement entretenu nos lecteurs; elle vient justifier par des faits la plupart des assertions nouvelles émises par l'auteur sur l'évolution des produits morbides. A elles deux, enfin, ces deux parties distinctes du livre forment un tout complet, qui nous permet d'apprécier le médecin après nous avoir montré le théoricien et le doctrinaire, et dont tous les détails sont marqués au coin d'une véritable originalité, qualité malheureusement trop rare aujourd'hui.

Du reste, ce n'est point un cours de nosologie, ce n'est pas non plus un traité dogmatique que le médecin écossais nous donne ici; ce sont des leçons de clinique médicale, fondées sur un grand nombre d'observations; celles-ci présentent le tableau exact des symptômes et de la marche des diverses maladies, montrent les difficultés du diagnostic, et l'auteur les fait suivre de considérations intéressantes qui portent principalement sur la pathogénie et, la thérapeutique. Tel est le plan général de cet enseignement. Cette méthode, qui est celle des leçons écrites bien plus que celle des leçons orales, nous semble de tous points avantageuse, car l'étude des observations permet de vérifier *à chaque instant* les assertions du maître, et de contrôler la justesse de ses conclusions.

On conçoit aisément que l'auteur n'a pu conserver ici la division purement physiologique des maladies en deux grandes classes, dont l'une renferme les maladies de la nutrition, tandis que l'autre comprend les maladies de l'innervation. Une telle classification, acceptable à la rigueur lorsqu'on se place au point de vue de la pathogénie pure, ne saurait être admise un seul instant dès qu'il s'agit d'études cliniques. M. Bennett l'a parfaitement compris, et cessant de prétendre à une répartition nouvelle des espèces morbides, il les a simplement groupées d'après leur localisation dans les divers systèmes organiques. Il étudie donc dans autant de sections distinctes les maladies du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des organes génito-urinaires, de l'appareil tégumentaire, enfin les maladies du sang; classification fort commode sans doute et séduisante par sa simplicité même, mais qui a par malheur l'inconvénient de mettre la lésion à la place de la maladie, l'organe à la place du malade. Ce n'est pas là d'ailleurs son seul défaut; il est certains états morbides qui sont étrangement rebelles à un tel système de localisation, et nous aimons à croire que, quoique l'auteur ait fait rentrer dans les maladies du sang toutes les fièvres, et le rhumatisme, et la goutte, et le scorbut, et la syphilis, il n'a pas oublié que ce sont là des maladies générales par excellence, des altérations *totius substantiæ*. N'attachons donc aucune importance à une division purement artificielle, et laissons ces généralités pour suivre le professeur d'Édimbourg dans les détails de son enseignement. Nous voudrions pouvoir arrêter l'attention de nos lecteurs sur chacun des sujets qu'il embrasse, car il n'en est pas un qui ne pût donner lieu à des réflexions utiles. Une telle entreprise nous est malheureusement interdite, et nous devons nous borner à signaler certaines questions qui sont envisagées ici à un point de vue nouveau, ou qui ont été l'objet des études spéciales de l'auteur. Tel est le procédé qui nous permettra le mieux, ce

nous semble, de faire partager aux médecins français l'intérêt que nous a inspiré la lecture de l'ouvrage original.

En abordant l'étude des maladies du système nerveux, M. Bennett insiste fort sagement sur les difficultés du diagnostic, sur les déceptions qui attendent à l'amphithéâtre ceux qui prétendent arriver dans tous les cas à une détermination exacte et précise de la nature et du siége des lésions ; puis il fait remarquer l'importance qu'il y a à s'entendre préalablement sur le sens de certaines expressions, si l'on ne veut pas ajouter aux difficultés inhérentes au sujet lui-même, l'obscurité d'une terminologie confuse. Les discussions qui ont lieu en ce moment même à l'Académie de médecine démontrent surabondamment la justesse de ces observations, et sont bien propres à nous convaincre que l'auteur anglais ne prend pas ici *une précaution inutile*. Aussi, avant de passer outre, il définit avec précision l'apoplexie, l'épilepsie et la paralysie. « Nous entendons par *apoplexie*, dit-il, la perte de la connaissance et du mouvement volontaire qui a son origine dans l'encéphale ; par *épilepsie*, la perte de connaissance paroxystique accompagnée de convulsions ; par *paralysie*, la perte du pouvoir sensitif ou moteur dans une partie quelconque du corps. » « L'apoplexie ne dénote point nécessairement un épanchement sanguin dans le cerveau, pas plus qu'une hémorrhagie cérébrale n'amène nécessairement l'apoplexie. » Comme on le voit, M. Bennett prend le mot apoplexie dans son acception la plus large ; ce n'est pas pour lui une *espèce morbide*, c'est tout simplement un ensemble de phénomènes très nettement caractérisés, qui peut se rencontrer dans les conditions les plus variées des centres nerveux. Nous n'avons pas besoin de rappeler que c'était là l'interprétation d'Arétée (*De acutorum ac diuturnorum morborum causis, signis et curatione*, Venise, 1552) ; de Paul d'Égine (*Pauli Æginetæ de re medica libri septem*, Venise, 1528), celle en un mot qui régna exclusivement dans la science jusqu'à l'époque où les travaux de Wepffer (*Observationes anatomicæ ex cadaveribus eorum quos sustulit apoplexia, cum exercitatione de ejus loco affecto*, Schafouse, 1658), et surtout ceux de F. Hoffmann (*Opera omnia*, Genève, 1751), dirigeant plus particulièrement l'attention sur les épanchements sanguins du cerveau, firent prendre le mot apoplexie comme synonyme d'hémorrhagie cérébrale. Ce fut là le point de départ de nombreuses erreurs ; on rattachait à une lésion univoque un état morbide qui appartient aux altérations les plus diverses, et la confusion fut complète le jour où l'on substitua la lésion anatomique aux phénomènes symptomatiques, le jour où l'on admit des apoplexies pulmonaires, rénales, spléniques, etc., ce qui constituait autant d'hérésies au point de vue du langage médical traditionnel. Cette étrange déviation du mot apoplexie est, comme on le sait, l'œuvre de Laennec ; mais peut-être en pourrait-on trouver des traces bien avant lui, car déjà Dolœus donne le nom d'apoplexie pulmonaire à la coagulation et à la stase du sang dans les poumons ; malheureusement, l'idée de la déchirure du tissu, de l'extravasation, en un mot, n'est pas suffisamment exprimée (*Dissert. de catarrho suffocativo*, auctore Bruno, Altorf, 1690). Quoi qu'il en soit, on tend aujourd'hui à revenir en arrière, à rendre au terme apoplexie sa signification classique, et nous avons vu avec plaisir M. Bennett se ranger à cette manière de voir, et circonscrire son sujet de la façon la plus nette en faisant entrer dans sa définition la notion de l'*origine encéphalique* des accidents.

Il n'a pas été moins heureusement inspiré en se refusant à voir, dans le ramollissement du cerveau, une maladie spéciale distincte ; pour lui, et nous ne pensons pas qu'on puisse adopter aujourd'hui une autre doctrine, le ramollissement cérébral est un état anatomique dont le seul caractère constant est la diminution de consistance de la substance cérébrale ; la coloration et les conditions de vascularité sont sujettes aux plus grandes variations. L'auteur anglais admet, pour le ramollissement du cerveau, six processus différents : 1° une exsudation infiltrée entre les éléments du tissu nerveux ; 2° une extravasation hémorrhagique qui agit mécaniquement sur ce tissu, et le déchire ; 3° la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses, indépendante de toute exsudation ; 4° l'imbibition de la sérosité dans la substance cérébrale, d'où la perte des rapports qui existent entre les cellules et les tubes nerveux ; 5° une influence toute mécanique qui se fait sentir après la mort, au moment où l'on ouvre le crâne ; 6° la putréfaction. Un peu plus loin, M. Bennett admet, en se fondant sur une observation très remarquable (la quinzième), la possibilité d'un ramollissement par obstruction artérielle ; de sorte qu'en réalité, cette lésion reconnaît à ses yeux sept causes bien distinctes. Il nous paraît aisé de montrer que ces sept variétés renferment, et au delà, toutes les espèces de ramollissement qui ont été décrites, et qui ont donné lieu à tant de discussions. Le ramollissement par exsudation n'est autre que le ramollissement inflammatoire de Lallemand (*Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*), de Raikem (*Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologique*, 1826), de M. Bouillaud (*Traité de l'encéphalite*, Paris, 1825), ou le ramollissement ataxique de Récamier ; le ramollissement par extravasation sanguine est celui qui a été dès longtemps signalé dans les parois des foyers hémorrhagiques, et dont Rochoux a voulu faire un ramollissement hémorrhagipare (*Recherches sur l'apoplexie*) ; c'est encore le ramollissement par apoplexie capillaire de MM. Cruveilhier (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) et Diday (*Gazette médicale de Paris*, t. IV). La dégénérescence graisseuse nous paraît cadrer parfaitement avec les descriptions que nous ont données du ramollissement non inflammatoire MM. Rostan (*Recherches sur le ramollissement du cerveau*, Paris 1820), Abercombie (*Des maladies de l'encéphale*, traduction de M. Gendrin), MM. Monneret et de la Berge (*Compendium méd.*, t. II) ; l'imbibition de la sérosité a été signalée par Dance (*Archives générales de medecine*, t. XXII) et M. le professeur Cruveilhier (*loc. cit.*). Quant à l'influence des obstructions artérielles, elle avait déjà été indiquée par Bright et Carswell (*Cyclopædia of Practical Medicine*), et les travaux récents sur l'embolie ont encore agrandi le domaine de ce processus étiologique (1).

L'exposé de M. Bennett serait complet s'il eût fait entrer en ligne de compte le ramollissement atrophique secondaire par abolition fonctionnelle, dont le professeur Ludwig Türk a entretenu, il y a quelques années, l'Académie impériale de Vienne (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1852-1853), et dont M. Gubler a publié une remarquable observation (*Archives générales de médecine*, 1859). Nous mentionnerons enfin, pour ne rien omettre, une autre espèce de ramollissement caractérisé par l'infiltration graisseuse des cellules de la névroglie ; on en trouvera un très bel exemple, emprunté au *Cours d'anatomie pathologique de Virchow*, dans *Wiener medizinische Wochenschrift*, 19 janvier 1861. Quelle conclusion devons-nous tirer de ces faits si nombreux et si divers ? Elle est évidente : on ne saurait être exclusif en pareille matière ; vouloir presser les faits pour les classer tous sous un même chef est une tentative illogique ; on a pu l'entreprendre à une époque où l'on était relativement peu éclairé sur les caractères et la pathogénie de ces divers ramollissements ; on a pu alors y voir *une espèce morbide*, et défendre cette doctrine avec quelque apparence de raison ; cela est devenu impossible aujourd'hui, le ramollissement du cerveau est un état anatomique qui se rencontre dans les conditions les plus opposées des centres nerveux, qui se forme d'après les processus les plus divers. Étudier ces processus, noter ces conditions variées de l'encéphale, enregistrer avec soin les données nouvelles dont la science s'enrichit, voilà tout ce qui est en notre pouvoir ; nous ne devons pas prétendre à distinguer symptomatiquement ces diverses formes de ramollissement, alors que nous sommes le plus souvent bien embarrassés pour admettre ou rejeter l'existence même de la lésion. Telle est l'opinion de M. Bennett, et si nous avons aussi longuement insisté sur cette question, c'est que nous tenions à montrer que le professeur d'Édimbourg l'a envisagée sous son véritable aspect, et l'a traitée de la façon la plus sage. Nous n'ajouterons qu'un mot. On a beaucoup discuté et l'on discute encore la question de savoir si le ramollissement blanc des vieillards est inflammatoire aussi bien que le

(1) Voy. les travaux de Virchow, l'ouvrage de Cohn (*Klinik der embolischen Gefæsskrankheiten*, Berlin, 1860), et un cas rapporté à la Société pathologique de Londres (*Atrophic softening of the Pons Varolii, Embola of one of the Cerebellar Arterial Branches* [*Medical Times and Gazette*, 19 janvier 1861]).

ramollissement rouge des adultes. On met sans cesse en avant les conditions de coloration et de vascularité, si différentes dans les deux cas, pour refuser au premier le caractère phlegmasique que l'on accorde sans peine au second, et l'on oublie de faire intervenir dans le débat un élément d'une valeur considérable, à savoir l'âge; et nous ne parlons pas seulement ici de l'âge de la lésion, qui a aussi son importance, mais de l'âge du sujet qui la porte.

La puissance de réaction, et partant les expressions symptomatiques, sont bien différentes chez le vieillard et chez l'adulte; cette dissemblance dans les manifestations extérieures de la maladie entraîne des modifications non moins profondes dans les altérations anatomiques; rien d'étonnant, dès lors, à ce que ces lésions se traduisent à nos yeux par des caractères différents, tout en restant identiques dans leur nature. Il se passe pour le ramollissement cérébral ce que nous voyons tous les jours pour la pneumonie et l'érysipèle, par exemple. Dans cette dernière maladie, entre autres, les lésions cutanées sont facilement et constamment accessibles à l'observation, et il est aisé de constater que la coloration, la vascularité et la résistance de la peau varient considérablement avec l'âge. Cette interprétation pleine de justesse appartient à notre savant maître M. le docteur Béhier, et nous pensons qu'elle peut définitivement juger cette question litigieuse.

M. Bennett a divisé, du reste, les maladies des centres nerveux en deux grandes classes : dans la première, il comprend toutes celles qui présentent des lésions anatomiques appréciables et persistantes (*structural diseases*), et il en rapporte trente-sept exemples fort intéressants à différents points de vue; dans la seconde classe, il renferme les affections qui n'ont pas de caractères anatomiques propres, et qui ne se révèlent que par les perturbations fonctionnelles qu'elles produisent (*fonctional disorders*); il admet que ces désordres fonctionnels peuvent se développer sous l'influence de trois conditions pathogéniques bien distinctes : la congestion subite, les anomalies de l'action diastaltique ou réflexe, les empoisonnements (alcool, chloroforme, strychnine, plomb, etc.). Nous nous permettrons d'ajouter une quatrième condition, dont il faut tenir compte avec le plus grand soin, sous peine d'erreur grave, c'est l'anémie cérébrale, dont les travaux de M. Brown-Séquard nous ont fait connaître l'influence. (Voyez Brown-Sequard's *Researches on Epilepsy : its Artificial Production*, etc. London, 1860.)

L'importance du sujet nous excusera sans doute de nous être aussi longuement arrêté sur les maladies des centres nerveux; de plus, nous désirions montrer avec quelle originalité de vues, avec quelle richesse de détails, le professeur d'Édimbourg a traité les questions auxquelles il a touché. Nous ne pouvons, à notre grand regret, consacrer autant de temps aux autres sections de son œuvre; mais nous prévenons une fois pour toutes le lecteur qu'il peut y recourir avec confiance, certain de trouver sur tous les points des renseignements utiles et souvent nouveaux.

Depuis que les travaux de Gardner ont fait connaître l'état de collapsus dans lequel se trouvent les cellules pulmonaires correspondantes aux tuyaux bronchiques enflammés, depuis que les expériences de Hutchinson et de Mendelssohn ont démontré que l'acte de l'expiration surpasse en force celui de l'inspiration, la doctrine de Laennec sur la production de l'emphysème pulmonaire, doctrine connue sous le nom de théorie de l'inspiration, ne peut plus être admise ; et la théorie, dite de l'expiration, doit désormais régner exclusivement. La principale objection qui lui ait été faite, à savoir que l'expiration est incapable de distendre une portion quelconque des poumons, a été victorieusement combattue par Jenner : « L'expiration, étant principalement accomplie ou du moins considérablement aidée par les muscles abdominaux qui repoussent en haut le foie, etc., la courbure du diaphragme augmentant notablement en cet instant, il en résulte que l'air n'est pas seulement poussé des parties centrales du poumon dans les grosses bronches, puis dans le larynx, mais qu'il est refoulé aussi à la circonférence de l'organe, c'est-à-dire vers les points qui sont le moins comprimés durant l'acte expiratoire. » (*Medic. chirurg. Transact. of London*, XL.) M. Bennett adopte pleinement cette interprétation dont il a pu vérifier la justesse dans un cas de fissure sternale : ce n'était qu'au moment d'une expiration forcée que les poumons se développaient assez pour venir faire saillie à travers l'ouverture anormale. Du reste, il ne regarde en aucune façon l'emphysème comme une maladie spéciale, ayant une existence et une individualité propres, il n'y voit qu'une lésion secondaire mécaniquement développée dans le cours des bronchites chroniques, et dans toutes les circonstances où il y a un obstacle à l'exercice régulier des fonctions du poumon. — On trouvera à la fin de ce chapitre des détails intéressants sur un procédé de traitement, vanté par le docteur Horace Green (de New-York), dans les bronchites chroniques, l'asthme et la phthisie : nous croyons qu'il est resté inconnu en France, et nous devons en dire quelques mots : il consiste à injecter dans les bronches, au moyen d'un cathéter élastique, 2 à 6 grammes d'une solution de nitrate d'argent contenant de 50 centigrammes à un gramme de sel pour 30 grammes d'eau. M. Bennett a essayé ce moyen dans le courant de l'année 1857 sur plusieurs malades : « J'ai été fort surpris, dit-il, de voir que ces injections n'amenaient pas la plus légère irritation ; elles étaient suivies d'une sensation agréable de chaleur dans la poitrine (quelques sujets éprouvèrent une sensation de froid), puis la toux devenait plus facile, et toute expectoration cessait pour quelque temps. » Il ajoute que de nouvelles expériences sont encore nécessaires, mais qu'on n'a aucune espèce d'accidents à craindre, si l'on a soin de ne pratiquer l'injection que lorsque l'introduction de la sonde ne cause ni dyspnée ni toux.

Bien que dans notre premier article nous ayons déjà dit quelques mots de la doctrine de l'auteur sur le traitement de la pneumonie, nous y revenons en ce moment, parce que nous avons à cœur de rectifier une erreur dangereuse. Lorsque les idées de M. Bennett furent pour la première fois importées en France, il y a quelques années, elles furent sans doute ou exagérées ou mal comprises; quoi qu'il en soit, on a cru pouvoir résumer sa manière de voir en quelques mots : la pneumonie et la plupart des maladies inflammatoires doivent être traitées par les alcooliques et uniquement par les alcooliques. Or, rien n'est moins exact; il y a eu erreur de personne, et cette formule thérapeutique ne convient qu'à Robert Bentley Todd (voy. Todd's, *Clinical Lectures*, London) ; encore n'est-il pas certain que, malgré son absolutisme sur ce sujet, ce dernier auteur voulût accepter la responsabilité d'un tel principe. Pour ce qui est de M. Bennett, il se guide dans la pneumonie, comme ailleurs, d'après les indications; et s'il vante l'efficacité du vin et de l'alcool, c'est seulement dans le cas où le pouls faiblit; il revient sans cesse sur ce point; il ne saurait donc y avoir de doute à cet égard ; le lecteur peut, d'ailleurs, vérifier la pratique du médecin écossais, en étudiant les douze observations de pneumonie qu'il a insérées tout au long dans son livre. Ce qui caractérise sa méthode thérapeutique, ce qui en faisait la nouveauté à l'époque où il en a été pour la première fois question parmi nous, c'est l'alimentation des malades, non plus seulement dans les fièvres à longues périodes, comme Graves l'avait déjà recommandé, mais dans les phlegmasies les plus aiguës, dans ces maladies, enfin, dont la diète absolue était depuis des siècles l'indication principale; ajoutons, en outre, que M. Bennett n'est pas plus absolu pour la question du régime que pour celle des spiritueux, et qu'il a, dès longtemps, posé ce principe très sage, que l'alimentation doit toujours être en raison inverse des forces du malade, et du degré de résistance qu'il pourra opposer à la maladie. Or, bien que ces idées ne soient pas toujours rapportées à leur véritable auteur, elles n'en dominent pas moins aujourd'hui le traitement de la pneumonie, surtout chez les vieillards, et dans les formes adynamiques, et, chaque jour, elles font en France de nouveaux progrès. Cette modification inattendue de la thérapeutique est due à l'initiative du professeur d'Édimbourg, et c'est en cela que consiste, selon nous, le service immense qu'il a rendu à l'art médical. « Je suis arrivé à cette conclusion, dit-il, que la pneumonie primitive survenant chez lesi ndividus bien portants, loin d'être une maladie dangereuse, se termine presque toujours favorablement (une mort sur 26 cas), si l'on a soin de prévenir l'épuisement du malade, si l'on maintient ses forces, si l'on évite toute médication débilitante ; il faut aussi administrer quelques sels et les diurétiques pour favoriser l'excrétion des produits

morbides, et *recourir au vin et aux aliments, si le pouls devient faible*. On calmera les douleurs locales, au moyen de fomentations chaudes et de cataplasmes (p. 682). »

Un des premiers, comme on le sait, M Bennett a combattu la doctrine qui voyait dans le tubercule un produit spécial ayant son organisation et son évolution propres ; aussi lira-t-on avec le plus vif intérêt le chapitre qu'il a consacré à la phthisie pulmonaire ; pour lui la production des tubercules est due à une perturbation des actes nutritifs, par suite de laquelle la proportion des matières albuminoïdes augmente dans le sang, en même temps que les matières grasses diminuent ; sous l'influence de ce liquide ainsi altéré, les poumons deviennent le siége de congestions locales, qui amènent une exsudation albumineuse, c'est là le tubercule. Celui-ci manquant de matières grasses en suffisante quantité, les molécules élémentaires sont inaptes à former des noyaux, elles restent à l'état de noyaux avortés, et constituent les corpuscules tuberculeux. Dès lors, le développement ultérieur des cellules est impossible. Ces idées étaient déjà contenues dans la première édition du livre qui nous occupe, et avaient été exposées tout au long dans un autre ouvrage du même auteur : *The Pathology and Treatment of Pulmonary Tuberculosis*, Edinburgh, 1853. Nous ne voyons pas qu'on ait rien ajouté depuis à cette doctrine qui a rallié tous les observateurs, et dont nous croyons pouvoir résumer ainsi les points principaux. Sous l'influence d'une nutrition pervertie, il se fait dans le poumon, à la suite de congestions locales, une exsudation albumino-graisseuse ; c'est le tubercule, produit qui n'a rien d'hétéromorphe ; les produits tuberculeux appartiennent à une organisation beaucoup moins avancée que les produits cancéreux ou inflammatoires ; ceux-ci sont vasculaires, les premiers ne le sont pas. Dans le cancer existent des cellules douées d'un pouvoir de prolification remarquable ; rien de pareil ne se rencontre dans le tubercule qui ne présente que des cellules imparfaitement développées, et complétement inaptes à s'organiser ultérieurement ; les transformations qu'on a regardées jusqu'ici comme les phénomènes du métamorphisme ascendant des tubercules ne constituent en réalité qu'une *série de métamorphoses régressives* ; enfin le cancer, siége d'une *nutrition véritable qu'il doit à ses vaisseaux*, s'accroît par la multiplication de ses éléments, ou par l'assimilation des tissus qui l'entourent, la masse tuberculeuse ne s'accroît que si une exsudation nouvelle s'ajoutant à la première vient en augmenter le volume.

Quelques mots enfin sur la leucocythémie, à la découverte de laquelle le nom de M. Bennett est définitivement attaché, et sur le traitement de la syphilis, et notre tâche sera terminée ; nous serons bien loin sans doute d'avoir donné une idée complète de l'œuvre, mais nous en aurons du moins fait ressortir les particularités les plus saillantes ; nous ne pouvions avoir d'autre prétention.

Ce n'est point sur la question de priorité si souvent débattue entre M. Bennett et M. Virchow, que nous voulons arrêter l'attention de nos lecteurs ; nous croyons être plus utile en exposant rapidement les idées du médecin écossais sur le mode de production de la leucocythémie. Il admet avec Wharton Jones (*London Philos. Transact.*, 1846), et contrairement à Paget (voy. Kirke's *Physiology*), que, chez les mammifères, les globules rouges du sang ne sont autre chose que les noyaux des cellules incolores mis en liberté ; ces noyaux, soumis à un accroissement endogène, subissent une division fissipare, passent dans le sang, contenus encore dans leurs cellules respectives ; puis, par suite de la disparition de la membrane cellulaire, ils deviennent les corpuscules sanguins colorés. Quant aux globules blancs, ils sont produits dans les glandes lymphatiques, dans le foie, dans la rate, dans la thyroïde et les capsules surrénales ; il est probable qu'il faut aussi comprendre dans ce groupe les glandes de Peyer, qui ont été trouvées hypertrophiées dans plusieurs autopsies de leucocythémiques. Ainsi se trouve constituée une classe d'organes qui méritent à tous égards le nom d'organes hématopoiétiques, puisqu'ils forment l'un des éléments les plus importants du liquide sanguin. Ces globules blancs proviennent-ils des cellules épithéliales détachées des culs-de-sac de ces diverses glandes ; ou bien naissent-ils d'une effusion plasmatique sous forme de molécules dont l'agrégation et le développement ultérieurs donnent lieu à des formations plus élevées ? Peu importe en ce moment. Une fois formés, ils passent dans le torrent circulatoire ; à l'état normal, ils se colorent presque tous, perdent leur membrane de cellule, et deviennent globules rouges ; mais, dans la leucocythémie, par suite de l'hypertrophie des organes précédemment indiqués, les globules blancs sont plus nombreux, les noyaux libres sont relativement diminués, de là un abaissement proportionnel du chiffre des globules rouges. Cette interprétation des faits a été vérifiée récemment par Holland (*Journal of Microscopical Science*, t. I) et par Neale (*Medical Times and Gazette*, t. VIII). Ajoutons que, d'après les travaux d'Oesterlen, il faudrait joindre aux organes que nous avons énumérés les glandes pituitaire et pinéale (*Beitraege zur Physiologie des gesunden und kranken Organismus*, Jena, 1843). — Il n'est pas hors de propos de rappeler ici que Virchow, partant d'un autre point de vue, et admettant avec Kölliker (*Microscopische Anatomie*, t. II, p. 282), et Ecker (*Wagner's Handwoerterbuch*, *Blutgefaessdrüsen*), que la rate et les glandes lymphatiques ont pour fonction de *détruire les globules rouges*, attribue la leucocythémie à la destruction exagérée de ces globules qu'amènent les hypertrophies glandulaires ; de là la prédominance relative des globules blancs. — Enfin M. Bennett s'est mis à l'abri de tout reproche de précipitation ou de conclusion prématurée ; car il n'accorde point encore à la leucocythémie la qualité d'espèce morbide, et paraît plutôt disposé à y voir un état anormal du sang, qui peut se rencontrer dans une foule de circonstances diverses.

En 1828, Fricke (de Hambourg) publia le résultat de ses expériences sur le traitement comparatif de la syphilis avec et sans mercure : sur 1,649 malades, 582 furent soumis au traitement mercuriel, 1,067 guérirent sans l'intervention de cet agent ; la durée moyenne de la maladie fut de 51 jours dans ce dernier cas, de 85 dans le premier. Les rechutes furent plus fréquentes, les accidents secondaires furent plus sévères chez les sujets qui avaient pris du mercure. En 1833, le conseil de santé de France publia les rapports qui lui avaient été envoyés par les médecins et les chirurgiens militaires. Quelques-uns de ces rapports concluent en faveur d'une légère médication mercurielle, mais tous s'accordent sur ce fait que l'emploi des préparations mercurielles augmente d'un tiers la durée de la maladie. En Angleterre, l'impulsion fut donnée par Fergusson et par Rose (*Medico Chirurgical Transact.*, t. IV-VIII) ; en même temps, John Thomson, professeur à l'Université d'Édimbourg, prenait une part active à cette croisade, et faisait dominer en Écosse cette conviction que le mercure n'est qu'une source d'accidents dans les affections syphilitiques. C'est en Irlande seulement que, grâce aux travaux de Carmichaël et de Collis, le traitement de la vérole par le mercure a conservé son crédit. M. Bennett vient apporter à la doctrine nouvelle l'appui de son autorité : « En tenant compte, dit-il, de tout ce qui a été publié, le nombre des expériences s'élève aujourd'hui à plus de 80,000 ; ces expériences ont eu pour résultat d'établir d'une manière incontestable que la syphilis est guérie plus vite, et expose moins aux accidents secondaires lorsqu'on la traite par une médication simple que lorsqu'on a recours aux préparations mercurielles (p. 95). » L'auteur a exposé avec détails ce qu'il entend par le *traitement simple* ; nous ne pouvons traduire ici le passage tout entier, mais nous voulons du moins indiquer les bases de sa thérapeutique : repos au lit, boissons délayantes (eau d'orge, de réglisse, de graines de lin), abstinence de toutes les viandes stimulantes, diète douce et légère, quelquefois lactée, régime atténué en proportion de la jeunesse et de la force du malade. Ces principes causeront ici un profond étonnement, et cependant les faits sont là ; bien plus, ils se multiplient de jour en jour. Aujourd'hui cette question occupe l'Allemagne tout entière, les journaux et les écrits périodiques sont remplis des controverses qu'elle soulève, les médecins les plus autorisés sont divisés en deux camps : celui des mercuristes et celui des antimercuristes ; des volumes entiers ont été publiés depuis deux ans pour démontrer le caractère hydrargyrique des prétendus accidents secondaires, et l'influence capitale de la cachexie mercurielle sur la production des

accidents tertiaires (Hermann-Lorinser). Tout récemment encore le docteur Overbeck a fait paraître sur ce sujet une monographie importante (*Mercur und Syphilis*, Berlin, 1861); d'un autre côté, des hommes éminents, Michaëlis, Waller, Virchow, n'ont pas dédaigné de prendre part à cette discussion, et de combattre ce qu'ils ont appelé la mercuriophobie. Quelle sera l'issue de ces débats si vivement engagés? Nul ne saurait le dire; ce qu'il y a de certain, c'est que les antagonistes du mercure font de nombreux prosélytes, et que la question veut être étudiée à nouveau. Tel est le motif qui nous a engagé à consigner ici ces détails, et à renseigner nos lecteurs sur ce nouvel ordre d'idées; nous croyons fermement, quant à nous, que si le mercure ne succombe pas dans la lutte, il y perdra du moins son antique autocratie.

D^r^ Jaccoud.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

Le corps médical de Paris vient de faire une perte des plus regrettables. M. le docteur Aran, agrégé à la Faculté de médecine et médecin de l'hôpital Saint-Antoine, vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans, à un rhumatisme cérébral.

Nous ne pouvons mieux faire, dans cette douloureuse circonstance, que de publier la plus grande partie d'une notice lue, dans la dernière séance, par M. le docteur Henri Roger, secrétaire général à la *Société médicale des hôpitaux*, dont M. Aran était l'un des membres les plus actifs et les plus distingués.

..... M. Aran devait à son seul travail la position déjà élevée qu'il occupait dans la médecine contemporaine, et que, par le travail, il eût faite plus éminente encore. Après avoir commencé ses études médicales à Bordeaux, il vint à Paris, où il les termina brillamment. Doué d'une ardeur infatigable et d'une rare persévérance, animé par une louable et légitime ambition, il se jeta dans la voie des concours, et, sans autre appui que son savoir, sans autre patronage que ses remarquables qualités, il sortit de ces luttes, trop souvent épuisantes, médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté.

Les études préparatoires des concours n'avaient jamais fait négliger à M. Aran les travaux d'érudition pure ou de clinique: il était attaché à la rédaction de plusieurs feuilles périodiques, aux *Archives*, à l'*Union médicale* entre autres, et il était assurément le plus fécond, le plus précieux des collaborateurs. Tantôt il faisait connaître aux lecteurs de ces journaux les productions des médecins anglais, et par ses analyses critiques vulgarisait les écrits des maîtres avant de devenir maître à son tour, tantôt il publiait ses propres recherches, et il devait à ce double labeur d'être connu et estimé par les étrangers presque autant que par ses compatriotes.

Professeur agrégé, M. Aran fit à l'École pratique des cours particuliers de thérapeutique, devant un auditoire empressé et fidèle; il se créait ainsi des titres à une chaire qu'il aurait certainement obtenue du suffrage des professeurs, et qu'à une autre époque il eût disputée et enlevée par le concours. Chargé, l'année dernière, de suppléer, à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Rostan, il s'acquitta de cette tâche difficile avec un plein succès; dans ce vaste amphithéâtre où il avait à lutter contre une redoutable comparaison, il sut, par ses leçons originales et solides, attirer la foule et la retenir.

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Aran s'acheminait, dès six heures du matin, à pied, vers ce lointain hôpital où il faisait de longues visites: voyant tout par lui-même, fixant le diagnostic, notant l'action des remèdes, dictant l'histoire médicale des malades, formant avec patience les élèves à l'art difficile de l'observation, et terminant ces laborieuses matinées par des conférences cliniques auxquelles se pressaient autant de médecins étrangers que d'étudiants et de jeunes praticiens.

Il serait trop long d'énumérer ici rien que les titres des ouvrages dus à l'étonnante fécondité de notre collègue: je signalerai seulement les principaux. A peine sorti de l'internat, M. Aran faisait paraître, en 1842, un *Manuel pratique des maladies du cœur et des gros vaisseaux*; très versé dans la littérature étrangère, il a successivement publié, en 1855, une traduction du *Traité de percussion et d'auscultation* de Skoda, qu'il éclaircissait, en le commentant, et, en 1859, les *Recherches sur l'inflammation de l'utérus et de ses annexes* de Bennett (de Londres): par cette dernière traduction, il eut la double satisfaction de faire connaître un bon livre, et d'accroître la réputation d'un ami. Enfin, il venait de nous donner un *Traité clinique des maladies de l'utérus*, ouvrage épuisé en moins d'un an, et dont il préparait déjà une seconde édition.

Je citerai encore sa thèse d'agrégation sur *les morts subites*, son mémoire sur l'*atrophie musculaire progressive*, qu'il avait lu à notre Société à l'appui de sa candidature, et la communication qu'il fit tout récemment à l'Académie de médecine, sur la *cachexie exophthalmique*.

Dans ces dernières années, il s'était voué spécialement à l'étude de la matière médicale, et il avait enrichi le *Bulletin de thérapeutique* de nombreux mémoires, parmi lesquels on remarque ceux sur la *vératrine*, sur le *chloroforme*, et (triste et singulier rapprochement!) sur le traitement du rhumatisme, de cette cruelle maladie qui devait nous l'enlever.

Sa mort laisse inachevés un très grand nombre de travaux, et entre autres un *Dictionnaire de thérapeutique* dont les premières lettres étaient déjà rédigées.

Je n'ai pas à vous rappeler, messieurs, ce que fut notre collègue au sein de la *Société médicale des hôpitaux*; combien de travaux importants il nous communiqua, et quelle part active il prit à nos discussions. Vous aviez aussi apprécié tous, depuis longtemps, la droiture de son caractère, et sa fermeté d'âme qui ne s'est jamais démentie, même à la dernière heure.

Cette fermeté n'excluait pourtant pas la tendresse: avec les joies de l'intelligence notre collègue sut goûter aussi celles du cœur; et c'est auprès d'une vieille mère, qui pour lui était toute la famille, qu'il aimait à reposer son esprit fatigué!

Notre collègue n'était pas seulement un savant: *c'était*, dans la plus complète acception du mot, un praticien habile dans l'art de réaliser les conceptions de la théorie. On le voyait, à la ville comme à l'hôpital, aussi hardi qu'ingénieux, varier ses modes de traitement: plein de foi dans la thérapeutique, il aspirait à en reculer les limites; animé du désir de soulager ses semblables, il aimait mieux employer des remèdes mêmes douteux que de s'avouer impuissant et désarmé en face du mal.....

---

M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera son cours au Collége de France le mercredi 6 mars 1861, à quatre heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants. Le cours de cette année aura pour objet l'*étude philosophique des êtres*.

— Par décret du 23 février 1861, M. Loir, professeur titulaire de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Bineau, décédé.

— Par arrêtés du 18 février 1861, M. le docteur Chenantais, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Nantes, est nommé professeur de pathologie externe à ladite École, en remplacement de M. Gély, décédé.

M. le docteur Heurtaux est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Chenantais; et M. le docteur Laennec chef des travaux anatomiques à ladite école.

---

Erratum. — C'est par erreur que l'observation publiée par M. Germain dans le dernier numéro (p. 119) a reçu le titre de: *Observation d'hémophilie*. Il s'agit d'un cas d'*hémorrhagie artérielle du cordon, suite de castration*.

*Le Rédacteur en chef*: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 8 MARS 1861. N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Élection de M. Cl. Bernard. — De la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie. — Actes involontaires des épileptiques. — Forceps de M. Chassagny (de Lyon). — Emploi du virus-vaccin contre la syphilis : M. Lukomski. — Le microscope, le stéréoscope et la photographie. — II. **Travaux originaux.** Du forceps à traction soutenue et à pression progressive. — III. **Correspondance.** Congestion cérébrale apoplectiforme observée par un médecin sur lui-même. — Remarques. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** De la luxation spontanée du cristallin. — VI. **Bibliographie.** Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale. — L'année médicale. — Annuaire général des sciences médicales. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — IX. **Feuilleton.** Revue professionnelle.

## I

Paris, le 7 mars 1861.

*Académie de médecine :* ÉLECTION DE M. CL. BERNARD. — DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME ET DE L'ÉPILEPSIE. — *ACTES INVOLONTAIRES DES ÉPILEPTIQUES.* — FORCEPS DE M. CHASSAGNY (de Lyon). — EMPLOI DU VIRUS-VACCIN CONTRE LA SYPHILIS : M. LUKOMSKI. — LE MICROSCOPE, LE STÉRÉOSCOPE ET LA PHOTOGRAPHIE.

L'Académie de médecine a dignement ouvert la dernière séance par l'élection, presque unanime, de M. Claude Bernard, dans la section d'anatomie et de physiologie. Le résultat était prévu et applaudi d'avance. Ces faciles triomphes

De toute autre valeur éternels monuments,
Ne sont d'Achille oisif que les amusements.

On a repris ensuite la discussion soulevée par la lecture de M. Trousseau. M. Devergie, que sa haute compétence en matière de médecine légale appelait à exprimer son avis sur la question des actes involontaires des épileptiques, ne s'en est pas tenu à ce côté incident, quoique d'une importance capitale, de la discussion soulevée par M. Trousseau. Il a commencé par s'expliquer sur l'existence de la congestion cérébrale apoplectiforme, qui est, selon lui, une cause assez fréquente de mort subite, non plus seulement chez les aliénés paralytiques, mais chez des individus bien portants. On verra au compte rendu de la séance que l'argumentation de M. Devergie, faits et doctrines, s'accorde entièrement avec la nôtre; jusque-là qu'il a vu comme nous des sujets succomber rapidement à une congestion des méninges, le tissu encéphalique restant exempt d'hypérémie. Cette concordance si complète affermit encore nos convictions déjà si enracinées (1).

En ce qui concerne les déterminations involontaires et quelquefois subites des épileptiques, nos lecteurs doivent être édifiés déjà par le remarquable mémoire publié ici même par le

(1) Voir sur le même sujet une note du docteur Subiot, p. 153.

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — Encore un mot sur les médecins de l'*Italie Une*. — Description physique et morale de Garibaldi. — Les élèves en médecine à la *Sapienza* de Rome. — Abaissement du chiffre des médecins en France; quelles conséquences? quel remède? — Le bal et le concert dans les asiles d'aliénés.

La chronique du docteur Aliquis sur *les médecins de l'Italie Une* (1860, p. 753 et 769) n'a point passé inaperçue dans la presse médicale italienne; elle a été reproduite *in extenso* par la GAZETTE MÉDICALE LOMBARDE, et accompagnée de quelques notes complémentaires ou rectificatives du rédacteur en chef, M. G. Stambio. Notre collègue a eu raison de penser que le ton « plaisant et presque ironique » du feuilleton couvrait un fond de sérieux intérêt pour les sentiments généreux qui ont précipité le corps médical d'Italie dans le mouvement national. On sait ici, par une longue expérience, l'élévation d'esprit et la pureté de cœur que les médecins ont coutume de mettre au service des causes populaires. Pour célébrer leur courage, leur désintéressement, leurs nobles aspirations, une lyre ne serait pas de trop; malheureusement, le feuilleton n'a que des pipeaux. Quand avec cela il se met à chanter l'*Iliade*, on ne doit pas être surpris qu'il ait l'air de la parodier; mais le cœur y est. Pour ce qui est de la fidélité du récit, la plupart des rectifications de la GAZETTE LOMBARDE, — bien motivées, nous le croyons aisément, — ne portent pas sur des faits assez importants pour valoir d'être reproduites, d'autant qu'il faudrait, pour les rendre intelligibles, rappeler les passages auxquels elles se rapportent. Sur un point seulement nous tenons à une exactitude parfaite, parce qu'exactitude est ici justice. M. Bertani n'est pas, comme notre texte le donnait à penser, le seul créateur du fédéralisme des journaux de médecine de la Péninsule : le nom de M. Strambio est avec celui de M. Bertani au bas du programme de fédération.

Depuis la publication de nos articles, un médecin de l'Italie Une

savant médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, M. Morel (*Gaz. hebd.*, 1860, p. 773, 819 et 839). M. Devergie paraît avoir ignoré l'existence de ce travail, puisqu'il s'est borné à en citer un autre, également très important, que M. Falret fils a publié, à la même date, dans les ARCHIVES DE MÉDECINE. Le fait que l'orateur n'a guère rencontré, le fait de détermination irrésistible chez les épileptiques, est mis si vivement en lumière par ces deux publications qu'il s'impose à tous les yeux.

Et, comme l'a dit M. Tardieu dans une des plus faciles et des plus élégantes improvisations dont puisse se vanter la tribune de l'Académie de médecine, ce fait diffère, par son mobile comme par ses manifestations, de la folie homicide des mélancoliques. L'épileptique, semblable en cela à l'hystérique, à l'idiot, à l'alcoolisé, à la femme grosse ou en état puerpéral, — semblable même à certains individus jouissant d'une santé parfaite, et qui n'avaient encore donné aucun signe de dérangement mental (voy. Esquirol, t. II, chapitre *De la monomanie*), — est poussé aveuglément, irrésistiblement, comme par un ressort, à des actes bizarres ou funestes. Chez les mélancoliques, l'acte est raisonné; il est suggéré par une idée fausse ou une hallucination, et il en découle logiquement. Cela est vrai d'une manière générale ; mais si M. Devergie avait eu le tort de rapporter à la mélancolie ce que M. Trousseau avait attribué à l'épilepsie, comme si le caractère des actes déraisonnables était le même dans les deux affections, peut-être M. Tardieu, de son côté, a-t-il établi entre les deux formes mentales une démarcation trop profonde. D'une part, il est des épileptiques dont les actes sont déterminés, comme dans la mélancolie, par des hallucinations; et, d'autre part, les mélancoliques peuvent, eux aussi, subir l'impulsion irrésistible d'un instinct sauvage, et tuer ou incendier sans mobile apparent, sans intérêt même imaginaire, machinalement enfin.

Un passage dont il faut surtout louer M. Tardieu est celui où, montrant dans les défiances des magistrats à l'égard des médecins légistes, un motif de ne pas exagérer les prétentions de la psychiatrie, il a énergiquement repoussé le privilége d'immunité dont quelques paroles prononcées dans le débat semblaient vouloir couvrir la plupart des épileptiques. Qui ne connaît, en effet, des épileptiques de très vieille date restés en pleine et entière possession de leur liberté morale, et qui n'en a vu commettre, dans cet état normal de leur esprit et de leur conscience, avec le sentiment de leur faute et de leur responsabilité, de ces actes mauvais que la société a le droit de réprimer ! Comme l'a dit l'orateur, il est bien de soustraire des innocents aux sévérités de la justice, mais il est aussi impératif de ne pas en garantir les coupables.

La discussion continuera dans la prochaine séance. On attend les aliénistes.

— En annonçant dans notre dernier numéro la présentation à l'Académie d'un nouveau forceps de l'invention d'un honorable médecin de Lyon, M. Chassagny, nous avons promis à nos lecteurs de publier la partie essentielle du mémoire de l'auteur en la faisant précéder de quelques réflexions (1). C'est qu'en effet nous croyons qu'il est dans le rôle et du devoir de la presse, non-seulement de signaler les tentatives d'innovation qu'on cherche à introduire dans le domaine de l'art, mais encore d'appeler une attention spéciale sur celles qui offrent un caractère sérieux et réfléchi. L'innovation proposée par M. Chassagny a incontestablement ce caractère, sauf à examiner si elle satisfait aux *desiderata* que laisse subsister le forceps ordinaire dans les cas d'extraction difficile de la tête retenue au détroit supérieur.

Exercer sur la voûte du crâne, c'est-à-dire sur la partie réductible de la tête, une pression qui ne soit pas limitée par sa base, c'est-à-dire par sa partie irréductible, pression augmentant à mesure que la puissance d'extraction augmente elle-même, telle est la conception de l'auteur, que le titre de son mémoire (*du forceps à traction soutenue et à pression progressive*) traduit fort exactement du reste. L'application de cette idée a nécessité malheureusement un appareil instrumental fort compliqué et de nature à en gêner la vulgarisation, alors même qu'il remplirait mieux que le forceps commun certaines indications particulières.

Pour arriver à presser principalement *sur la voûte* du crâne, l'inventeur s'est servi d'un forceps autrefois en vogue à Lyon, du forceps de Thenance, forte pince à branches non croisées, s'articulant par juxtaposition à son extrémité manuelle. Dans l'intention de l'approprier au but qu'il s'est proposé, M. Chassagny a diminué le volume des branches, afin de leur donner un certain degré d'élasticité, en vertu de laquelle le sinus que forment les cuillers tend à s'effacer, en comprimant plus la voûte que la base du crâne, lorsqu'on presse sur les branches à leur partie moyenne pour les rapprocher l'une de l'autre. Les mains, la serviette de Thenance sont évidemment insuffisantes pour

(1) Voir dans le numéro, p. 149.

s'est signalé par une expédition originale. Il est allé mettre le siége, non devant Gaëte ou Castello del Tronto, mais devant Garibaldi lui-même. Il a mesuré la hauteur de sa taille (qui est de 1 mètre 64 centimètres), la largeur de ses épaules, le contour de ses reins, etc.; et la précieuse conséquence de ce toisage est que Garibaldi est *un homme bien proportionné*. Nous avons entendu dire que le lion des champs de bataille était un vrai agneau dans la vie privée ; en voilà bien la preuve. Il faut une grande patience, quand on est un illustre général, pour se prêter à ce rôle de recrue, à moins qu'on ne croie avoir affaire à un tailleur.

On devine bien que notre confrère n'en voulait pas seulement aux épaules du héros, mais encore à sa tête, et que la passion phrénologique l'avait amené à Caprera. Nous savons déjà par ce qui précède que Garibaldi n'a pas la bosse qui distinguait le maréchal de Luxembourg, c'est-à-dire la bosse dans le dos; quelle proéminence allait-on découvrir sur son crâne? Nous songions assez naturellement à la *combativité*, à la *fermeté*, un peu aussi — depuis que nous savions le libérateur en train d'élever les murs de son jardin, — à la *constructivité;* mais point; on ne fait connaître que *la résultante mathématique de l'assemblage des organes* (encéphaliques). De cette résultante des proéminences et des enfoncements, du rond et du carré, du bon et du mauvais, de la ligne droite et de la ligne courbe, du blanc et du noir, il appert que Garibaldi possède au plus haut degré l'abnégation, la prudence, l'austérité des mœurs, la méditation, l'éloquence grave, la loyauté, *la déférence envers ses amis* et la *perceptivité à l'égard des hommes qui l'entourent.*

Ce remarquable document a été adressé, par notre confrère lui-même, au SIÈCLE, dans lequel un journal moins sérieux est allé le prendre pour l'accommoder à sa manière, pensant sans doute qu'il aurait dû en avoir la primeur.

— Nous profitons de l'occasion pour accuser ici réception d'une lettre timbrée de Rome, contenant de curieux détails sur l'hostilité réciproque des élèves papistes et des élèves unitaires de la *Sapienza*, sur la position officielle de ces derniers à l'égard de

produire un tel rapprochement. C'est ici que se place un mécanisme ingénieux qu'on saisira facilement en lisant la description de l'auteur avec le dessin sous les yeux (voir p. 150). Mais ce n'est pas tout; il fallait encore un point d'appui; M. Chassagny l'a pris sur les genoux de la femme, à l'aide d'une sorte de joug armé lui-même d'un autre mécanisme pour enrouler la corde de pression et de traction.

A coup sûr, la première impression que donne cet appareil instrumental, alors même que le jeu en a été bien étudié et bien compris, n'est pas favorable; mais on ne saurait disconvenir qu'il ne soit bien imaginé pour développer une force irrésistible, lente, graduée et n'exposant point, comme les tractions manuelles, à léser le périnée lorsque les cuillers viennent à lâcher prise. Peut-on dire pour cela qu'il répond mieux que le forceps ordinaire aux indications qui se présentent lorsque la tête est retenue par le cercle osseux que forme le détroit supérieur? Nous ne le pensons pas. Sans doute les os de la voûte du crâne, unis par des commissures membraneuses, jouissent d'une certaine mobilité qui permet à la tête de s'allonger, de s'adapter dans certaines limites aux passages qu'elle doit traverser. Mais ce résultat est déjà presque entièrement obtenu, lorsqu'il s'agit d'intervenir, par l'action prolongée des puissances expultrices naturelles. Et encore faudrait-il, pour que la pression instrumentale pût être utile, qu'elle s'exerçât sur les points du crâne par lesquels celui-ci est retenu. Or quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent peut-être, la tête est retenue entre le promontoire et un point de l'arc antérieur du bassin, et ne peut être saisie que par les côtés opposés; la pression, loin de diminuer l'obstacle, tendrait donc plutôt à l'augmenter. Pour peu que la disproportion entre le rétrécissement du bassin et le volume de la tête soit prononcée, celle-ci ne peut être entraînée qu'à la condition de déprimer, *de fracturer le crâne sur un ou plusieurs points*. Qui ne voit de suite à quels dangers sont exposés l'utérus et la vessie? Une force irrésistible pourrait aller jusqu'à désunir la symphyse pubienne. L'application du forceps au détroit supérieur est sans nul doute une conquête précieuse de la science moderne; mais elle ne conserve ce caractère qu'à la condition que cette application soit faite avec réserve et ménagement. Dès qu'elle entraîne des dépressions, des fractures du crâne, la satisfaction d'extraire un enfant entier est achetée trop cher, car cet enfant est presque toujours mort; et si l'on parvient quelquefois à le ranimer, ce n'est le plus souvent que pour quelques heures ou quelques jours; tout cela en exposant la mère aux plus grands dangers. Dans ces cas difficiles et périlleux où il n'y a rien de bon à gagner pour l'enfant, il existe quelque chose de préférable pour la mère qu'une traction irrésistible, quelque douce et graduée qu'elle soit, c'est la crâniotomie, c'est la céphalotripsie. Lorsque l'indication à suivre ne peut être posée d'abord, et qu'elle reste incertaine pendant un temps plus ou moins long, la supériorité des tractions manuelles est incontestable; elles donnent, après quelques instants, une notion assez exacte de la force de résistance, de son étendue, et de ce qu'on peut attendre de leur prolongation. C'est à notre avis avec beaucoup de raison qu'on a conseillé de limiter ces tentatives à deux, à trois au plus, séparées de quelques heures; encore faut-il que l'état général de la patiente le comporte. A Lyon, des confrères, des amis de l'auteur ont fait à sa méthode ces objections, et bien d'autres, qu'il s'est attaché à réfuter en détail. Une défense habile peut bien séduire quelques esprits, mais malheureusement elle ne change pas la nature des choses, et il semblera au plus grand nombre que l'auteur n'a pas tenu un compte suffisant des conditions essentielles du problème qu'il s'est proposé de résoudre. Nous lui ferons un dernier reproche, c'est d'avoir fait un tableau trop rembruni, quoi qu'il en dise, des tractions exercées par le forceps commun; s'il a vu deux, trois personnes se suspendre sur le manche, c'est une imprudence condamnée par tous les praticiens autorisés.

Maintenant il nous est agréable de pouvoir dire que M. Chassagny a fait preuve d'un esprit ingénieux et inventif qui mérite des encouragements; nous ne sommes même pas éloigné de croire qu'on pourra tirer quelque profit de son invention en la simplifiant. Nous avons cherché à montrer que le forceps de Thenance modifié n'offre réellement pas les avantages que l'auteur lui attribue; mais nous ne rejetterions pas absolument l'appareil à traction s'il pouvait s'accrocher au-devant du pivot du forceps ordinaire. Seulement, nous voudrions que cet appareil pût prendre son point d'appui ailleurs que sur les genoux de la femme, sur le bord du lit, par exemple, de manière à pouvoir diriger les tractions plus en arrière et à se rapprocher de l'indication qu'a voulu remplir M. Hubert de Louvain, en adaptant au-dessus de l'articulation du forceps ordinaire un manche sinueux dirigé en arrière. Car une difficulté ajoutée à tant d'autres dans l'emploi du forceps au détroit supérieur, c'est de ne pouvoir exercer les tractions dans la direction de ce détroit; aussi faut-il s'attacher à tirer sur la base du manche et le plus possible en arrière.

— Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié le nom d'un

---

l'autorité universitaire, enfin sur les fâcheux contre-coups que l'enseignement reçoit des secousses politiques. La législation de la presse, en France, tolère plus qu'elle ne permet, dans les feuilles scientifiques non soumies au timbre, certaines généralités sur les événements où le corps médical se trouve plus ou moins directement intéressé; mais elle leur interdit absolument de s'immiscer à des conflits où leur intervention deviendrait nécessairement une profession de foi. Il nous est donc commandé de nous abstenir. Nous exprimerons seulement le regret d'apprendre que M. Maggiorani, professeur de médecine légale à la Sapience, dans la douleur de voir son fils expulsé de l'école, a cessé de faire son cours. Le docteur Maggiorani a le tort, dans la circonstance, de n'être ultramontain que sous le rapport géographique; mais il n'en occupait pas la chaire avec moins de distinction, comme il n'en est pas moins un des praticiens les plus expérimentés du pays. On nous écrit aussi que le suppléant à la chaire de botanique pratique est un homœopathe. Puissent ses connaissances scientifiques n'être pas comme sa thérapeutique!

— Une opinion assez répandue est que le nombre des médecins en France est trop considérable, eu égard à la population. Parmi les malades, ce sont les mauvais plaisants qui le disent; parmi les praticiens, tous ceux qui ne réussissent pas. Un de nos collègues de la presse, très familiarisé avec la statistique du corps médical, M. Roubaud, fait remarquer que tout au contraire, tandis que le chiffre de la population de la France s'élève sensiblement à chaque recensement quinquennal, la population médicale a été trouvée abaissée à chaque recensement fait par notre confrère, c'est-à-dire en 1853, en 1857 et en 1861. « Sans remonter, dit-il, aux chiffres de notre première statistique de 1853, et en nous arrêtant aux résultats obtenus en 1857 et en 1861, nous trouvons que, pour la première époque, le nombre total des praticiens était de 18,023, partagé en 11,258 docteurs et en 6,765 officiers de santé, tandis qu'en 1861 le nombre total des praticiens est de 17,520, dont 11,242 docteurs et 6,278 officiers de santé. La différence entre ces deux évaluations est au détriment de l'année 1861, et s'élève au chiffre de 503 praticiens; mais cette diminu-

jeune savant étranger qui croit avoir trouvé dans l'inoculation répétée du *virus-vaccin* un excellent remède contre la syphilis. Depuis 1858 M. Justin Lukomski ne cesse d'adjurer les médecins, au nom de l'humanité, d'expérimenter ce moyen qui, de l'aveu de tous, a le mérite d'être inoffensif, et dont l'efficacité lui paraît incontestable. Cependant les communications adressées sur ce sujet à différentes compagnies savantes n'y ont rencontré que des incrédules. Il a paru tout d'abord invraisemblable que le vaccin recélât en lui d'autres vertus que celles dont la découverte a immortalisé le nom de Jenner; puis, s'il faut tout dire, M. Lukomski n'étant pas médecin, mais professeur de chimie, avec le grade de capitaine d'état-major en Russie, il était naturel de penser que des erreurs pouvaient s'être facilement glissées dans ses appréciations médicales. On se défie, parmi les médecins, de l'intervention des militaires dans les questions de vaccine. Lorsque, plus tard, une commission nommée par la Société de chirurgie eut rendu compte, par l'organe de M. Alph. Guérin, son rapporteur, des résultats obtenus sous ses yeux par M. Lukomski lui-même, et qu'elle eut déclaré ses résultats complétement nuls, on pouvait croire le procès jugé en dernier ressort. Mais voici que M. Lukomski, par une chance rare et fort heureuse pour lui, se trouve être meilleur prophète dans son pays que dans le nôtre et voit ses idées prises au sérieux par le corps médical de Moscou. En 1860 parut une brochure en russe, ayant pour auteur M. V. Yeltsinski, et contenant les détails de CENT expériences de vaccinations antisyphilitiques, TOUTES couronnées d'un plein succès; toutes instituées, point important, à la clinique universitaire de Moscou, sous les auspices du professeur Popov, en présence d'un nombre considérable de praticiens de la ville. C'est cet ouvrage qui a été présenté à l'Académie de médecine par M. Malgaigne, dont la générosité ne fait jamais défaut aux novateurs honnêtes. M. Lukomski a fait de l'opuscule de son compatriote une traduction française très abrégée, qu'il a adressée, sous forme de circulaire, à la plupart de nos confrères de Paris. On vient d'en publier une traduction allemande (*Radicale Heilung der Syphilis vermittelst Kuhpocken Vaccination*. Leipzig et Heidelberg, 1860). Ajoutons encore qu'un journal de Berlin (*Allgemeine medic. Centralzeitung*, n$^{os}$ du 4 février et du 20 juin 1860) a inséré deux articles du docteur Kreyser, où il est question de trente-trois nouveaux cas recueillis à l'hôpital militaire de Moscou, tous également favorables. De sorte que voilà, de compte fait, cent trente-trois observations cliniques que M. Lukomski peut faire valoir à l'appui de la thèse qu'il soutient. *Sed etiam perpendendæ*. Nous ne sommes pas en mesure, quant à présent, d'approfondir l'examen de ces faits vraiment extraordinaires; disons seulement que ce sont précisément ces cent trente-trois succès sur cent trente-trois malades qui nous remplissent de doute. A force de déceptions successives nous en sommes tous venus là en thérapeutique. Quand l'aiguille du baromètre s'arrête trop complaisamment au beau fixe, nous présumons volontiers que l'instrument manque de précision.

Quoi qu'il en soit de cette première impression toute d'instinct, et dont nous ne voudrions pas qu'on exagérât l'importance, il nous a paru intéressant de dire à nos lecteurs combien la vaccination antisyphilitique de M. Lukomski a fait de chemin en Russie. Nous voulions en même temps donner un témoignage d'estime à un homme laborieux, qui a pour seul mobile un sentiment de philanthropie ardent et désintéressé, et dont la foi enthousiaste aurait droit à nos sympathies même dans ses exagérations et dans ses erreurs.

— Nous réalisons l'intention que nous avons manifestée dans notre avant-dernier numéro, de rappeler les applications qui ont été faites en France des procédés de la photographie à la reproduction des images microscopiques. Nous profiterons en même temps de l'occasion pour dire un mot d'un autre genre d'épreuves photographiques applicables également à la médecine.

Dès l'apparition du daguerréotype, plusieurs savants songèrent en France à en diriger les étonnants résultats vers l'étude des êtres infiniment petits.

Les premières épreuves en ce genre, faites sur plaqué d'argent, les unes par M. Clerget, les autres par M. Bertsch, furent présentées en 1841 à la Société d'encouragement et, malgré le miroitage qu'offraient les planches daguerriennes, ces épreuves étaient déjà d'une grande netteté.

Plus tard, en 1846, M. le docteur Donné, aidé par M. Léon Foucault, publia un atlas de son cours, dont les planches, gravées avec soin d'après des plaques daguerriennes, offrent une suite de sujets relatifs à l'étude des tissus et des liquides organiques.

Malgré l'habileté des artistes qui ont exécuté cet atlas et l'active surveillance de notre habile confrère, on conçoit que ces planches, qui ne sont que des copies, ne peuvent avoir qu'un degré relatif d'exactitude; mais ces recherches ne devaient pas s'arrêter en si beau chemin. Une centaine de planches exécutées sur papier par la lumière seule, furent, en

---

tion se fait surtout sentir sur les officiers de santé; car, tandis qu'elle n'est que de 16 pour les docteurs, elle est portée à 487 pour le second ordre des médecins. »

D'où M. Roubaud conclut, non sans apparence de raison, que, conformément aux prévisions qu'il avait émises dès 1857, le décret du 22 août 1854, en établissant les jurys médicaux et en obligeant les aspirants au titre d'officier de santé à se présenter devant une faculté ou une école préparatoire, tend à éteindre le second ordre de médecins (1).

Quel remède? Aplanir le chemin du second ordre? abaisser pour une classe de praticiens le niveau de l'éducation médicale? Non; à aucun prix. Mieux vaut une pénurie de bons médecins qu'une profusion de médecins de qualité inférieure. A tout prendre, l'état de choses actuel n'a rien d'inquiétant; car 17,520 praticiens pour la France entière donnent environ un praticien pour 2,000 habitants, et c'est la proportion qu'il faut pour assurer à l'homme de l'art un sort convenable. Ce qui met en péril le service médical, c'est moins le nombre que le mode de répartition des médecins. Et ce mode de répartition, à quoi tient-il? Presque uniquement à des conditions locales. On se porte en foule vers les centres populeux, au risque de s'y heurter à une concurrence effrénée, et l'on déserte les régions où la population, disséminée par petits groupes, privée de bonnes voies de communication, promet beaucoup de fatigues pour peu d'argent. Le remède topique consisterait donc à mieux régulariser la distribution des secours. Le mieux serait peut-être d'attendre ce résultat des conquêtes de la civilisation, de la multiplication des routes, de l'extension de la richesse et de l'in-

(1) M. le préfet de la Seine vient, par un arrêté, d'inviter les médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes du département de la Seine, à déclarer avant le 1$^{er}$ mai, à leurs mairies ou sous-préfectures respectives, leurs nom et prénoms, qualités, domicile, dates de réception, etc., *sous peine d'être considérés comme démissionnaires*. Cette dernière disposition de l'arrêté aurait besoin d'explication.

Nous profitons de l'occasion pour adresser aux auteurs d'ANNUAIRES de médecine une remarque et une prière. Un certain nombre d'officiers de santé sont inscrits dans ces annuaires parmi les docteurs; quelquefois même, c'est après avoir figuré plus ou moins longtemps dans la première catégorie qu'ils sont, pour une nouvelle édition, ransportés dans la seconde. Il nous paraîtrait important, à plusieurs points de vue, ue ces erreurs fussent rectifiées.

1851, présentées per M. Bertsch à l'Académie des sciences. Après avoir apporté aux instruments d'optique de remarquables modifications, dans les détails desquels nous ne pouvons entrer, M. Bertsch a, depuis plusieurs années, entrepris un long et intéressant travail. C'est une suite d'études d'histoire naturelle au microscope, formant au règne animal de Cuvier un complément, dont cinq ou six cents feuilles photographiées au microscope d'après nature — avec des amplifications qui vont souvent jusqu'à 1,500 diamètres — sont déjà terminées.

Les tissus, les vaisseaux, les parties solides et liquides, l'anatomie des plantes et des insectes, les organes de reproduction, de respiration, de nutrition et de fructification, les acariens, les parasites et les infusoires ont leur place dans ce grand atlas, dont les planches reproduisent les objets les plus ténus de l'organisme avec une netteté et une perfection que ne peut atteindre la main du plus habile graveur. Tous ceux qui s'occupent de l'organisation des êtres trouveront dans ce travail des documents d'autant plus intéressants que les sujets y sont reproduits, non tels que trop souvent, par esprit de système, ils ont été dessinés dans les ouvrages antérieurs, mais tels que la nature les présente réellement.

Cette application à l'étude de l'histoire naturelle d'une des plus grandes découvertes de notre temps, est, on le voit, d'origine française. Tandis que, en Angleterre, on n'en est encore qu'à de timides essais, un grand et sérieux travail, encouragé, nous sommes heureux de le dire, par M. le ministre de l'instruction publique, s'accomplit ici depuis plusieurs années. Il contribuera certainement aux progrès de la science de l'organisation.

L'autre application dont nous voulons parler est relative aux épreuves photographiques connues sous *le nom de photographies microscopiques*. Voici en quoi elles consistent : sur une plaque de collodion ayant moins d'un millimètre carré on tire une épreuve, soit d'un paysage, soit d'une gravure. L'image, excessivement réduite, n'est pas visible à l'œil nu ; on trouve seulement sur la plaque de verre qui la supporte une petite lame blanchâtre, que la tête d'une épingle ordinaire pourrait couvrir ; mais cette image, placée au foyer du microscope, nous fait voir avec une précision et une netteté remarquable, les plus petits détails du paysage ou du monument que la photographie s'est ainsi chargée de peindre sur un si petit espace. Or, une des difficultés de la reproduction des préparations microscopiques étant la nécessité de les faire apparaître à un *foyer réel* dans de grandes dimensions, ne serait-il pas possible d'employer ici un artifice analogue à celui que nous venons de rappeler? Ne pourrait-on pas obtenir ainsi des épreuves très réduites, invisibles ou peu distinctes à l'œil nu, qu'un appareil analogue à celui de la lanterne magique pourrait faire voir agrandies à un nombreux auditoire, ou que le microscope pourrait révéler dans la solitude du cabinet ; car on conserve plus facilement des épreuves photographiques que des préparations microscopiques, que tout le monde n'est pas apte ou du moins habitué à préparer?

Mais la photographie semble aussi destinée à rendre des services à l'étude de l'anatomie pathologique. Jusqu'à présent on s'était presque toujours borné à obtenir une épreuve isolée de la pièce dont on voulait conserver l'image ; mais la fidélité même de la reproduction, en donnant à tous les détails la même importance, en les plaçant presque tous sur le même plan, rendait le dessin confus et inintelligible, d'autant plus qu'on n'avait pas, pour se guider, les modifications de couleur sur une épreuve d'une coloration uniforme. L'application du stéréoscope à l'étude de la reproduction photographique des pièces pathologiques paraît destinée à rendre des services. Jusqu'à présent cependant le stéréoscope s'est montré à peu près insuffisant pour ce qui regarde les préparations fraîches, mais il n'en est pas de même pour les préparations sèches. En effet, si l'on regarde à l'œil nu une épreuve stéréoscopique représentant, par exemple, les artères, les nerfs et les muscles de la face, tout paraît confus ; mais cette image, placée dans l'appareil stéréoscopique, en nous donnant la sensation de relief, nous donne en même temps une reproduction exacte et distincte de la pièce dont la photographie s'est chargée de nous donner le dessin.

A. Dechambre.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

Du forceps a traction soutenue et a pression progressive. — Extrait d'un travail lu à l'Académie de médecine dans la séance du 26 février 1861, par M. le docteur Chassagny (de Lyon).

... J'ai dit précédemment pourquoi toutes mes sympathies étaient acquises au forceps de Thenance. En faisant disparaître les défauts que j'ai signalés, en y apportant les perfectionnements que rendent

---

struction publiques, en continuant à exiger du second ordre les garanties demandées par le décret de 1854. La concurrence se déplacerait avec les intérêts sociaux. Mais si l'on voulait une solution plus prompte, il n'y aurait à opter qu'entre deux moyens : ou multiplier les médecins cantonaux en améliorant leur position ; ou ne plus recevoir d'officiers de santé pour tous les départements sans exception, mais seulement pour ceux où l'insuffisance des secours médicaux serait patente et durable. Le nombre des officiers de santé diminuerait encore, c'est vrai ; mais il ne diminuerait que là où ils sont absolument inutiles ; car on n'ignore pas qu'on les rencontre en nombre considérable dans les grands centres de population, où il y avait déjà sans eux surabondance de praticiens.

— Nous lisons dans l'Abeille médicale du 25 février un article plein de goût et d'*humour* sur *un bal à la Salpêtrière*. Nous aurions souhaité seulement que l'auteur, — le soi-disant *docteur Sampigny*, — s'expliquât plus clairement sur le mérite de ce genre de distraction dans l'asile des fous. Nous avons assisté à plusieurs expériences semblables. C'était triste. Les ébats de ces insensés serraient le cœur ; les oripeaux mal arrangés de ces têtes vides faisaient l'effet d'une couronne de roses au front d'un mort ; la figure allumée de jeunes érotiques donnait de l'effroi, et l'on se sentait plein de pitié pour les pauvres mélancoliques à l'œil sombre et profond, pour ces Ophélies d'hôpital, qui regardaient passer le tourbillon de la danse comme l'autre regardait fuir les fleurs qu'elle livrait au courant de l'onde. Nous n'avons pas, pour notre part, emporté de ce spectacle une impression favorable quant à son utilité thérapeutique. Nous voudrions de grand cœur nous être trompés, puisque l'expérience n'a pas été abandonnée ; mais quant à présent, nous serions d'avis qu'on s'en tînt aux concerts comme il vient d'en être donné un à l'hôpital Saint-Luc.

— Tout le monde connaît la diversité d'aptitude de M. Piorry. On sait qu'il y a en lui de l'Hippocrate, du Tyrtée, du Lucrèce, du Béranger, du Rossini et même un peu de Raphaël ; voilà maintenant qu'on y découvre du Perrault. L'ingénieux professeur de cli-

possibles les progrès de l'obstétrique et ceux non moins grands de la coutellerie moderne, j'espère arriver à produire un instrument qui échappera à la plupart des reproches que l'on peut adresser à ceux employés jusqu'à ce jour.

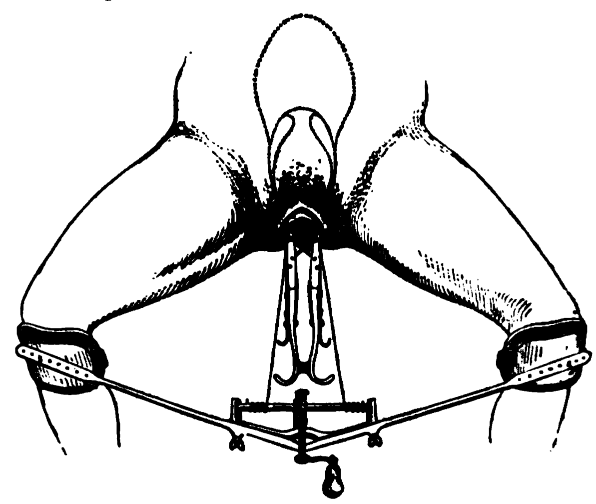
Mon forceps n'est pas croisé, ses branches se joignent par juxtaposition vers leur extrémité manuelle, où elles s'articulent à l'aide de deux ailerons fixés à chacune d'elles. L'un d'eux est porteur d'une vis, l'autre est percé d'un trou ouvert sur le côté pour laisser entrer la tige de la vis, et évasé à sa surface supérieure pour en recevoir la tête.

Chaque branche, de l'articulation à l'extrémité des cuillers, a une longueur de 40 centimètres, cette longueur me paraît parfaitement suffisante pour arriver à toutes les hauteurs du bassin; la courbure sur le plat commence à 20 centimètres de l'extrémité des cuillers; elle est peu prononcée; le sinus ménagé entre les deux branches ne mesure pas à sa partie la plus large plus de 5 centimètres et demi. La courbure sur le champ est très prononcée; cette courbure un peu exagérée ne gêne en rien les applications au détroit inférieur et dans l'excavation; dans les applications au détroit supérieur, elle permet de saisir la tête d'une manière plus sûre, et de tirer dans l'axe du détroit sans déprimer trop fortement le périnée.

Jusqu'ici ce forceps ne présente rien de particulier, il a sur le forceps croisé l'avantage que lui donne la longueur de ses branches; mais il a tous les défauts que constitue cette longueur, il n'est encore que le forceps de Thenance; c'est maintenant que vont se dessiner les différences radicales et caractéristiques qui constituent son individualité.

Les branches du forceps de Thenance sont rigides, et leur inflexibilité est une des conditions essentielles de cet instrument; pour obtenir cette condition, on les faisait excessivement fortes et volumineuses, et quelques fabricants y ajoutaient des nervures. Les branches de mon forceps, au contraire, sont flexibles, et pouvant compter sur l'habileté du fabricant, sur la bonne qualité de l'acier, sur la bonté de sa trempe, je me suis appliqué à leur donner une élasticité telle, que leur longueur aidant, il m'est facile de faire disparaître une grande partie de la courbure sur le plat. Le résultat que j'ai obtenu est tel, que si l'on place à l'extrémité des cuillers un corps solide ayant, je suppose, un diamètre de 10 centimètres, si l'on rapproche la partie moyenne des branches à l'aide d'une certaine compression, le sinus qu'elles circonscrivent, et qui avant cette pression mesurait 5 centimètres et demi, pourra être réduit à 4 centimètres et demi.

Au point où nous venons d'amener l'instrument, plaçons une tête dans ses cuillers et saisissons-la comme nous l'avons fait avec le forceps croisé, par son diamètre bipariétal. Les bosses pariétales vont subir une certaine pression avant que l'extrémité des cuillers vienne se mettre en contact avec la base du crâne; cette pression sera, en raison du rapprochement presque parallèle des branches, plus considérable que celle obtenue par le forceps de Levret. Mais supposons les extrémités de ces branches arrêtées sur les diamètres incompressibles de la base, c'est-à-dire au point où les forceps employés jusqu'ici, ne peuvent plus exercer aucune pression, le mécanisme de l'instrument va se transformer d'une manière complète.



Si l'on continue d'exercer une certaine compression sur sa partie moyenne, on va diminuer la courbure de ses cuillers et faire subir à la tête une diminution équivalente à celle que subit le sinus; en un mot il va agir sur la tête à la façon de ces instruments que l'on sert sur nos tables pour casser les fruits secs. La base du crâne représentera la pièce intermédiaire à laquelle s'articulent les branches de ces instruments; l'articulation ne se fera pas à l'aide d'une charnière, mais par une simple juxtaposition qui produira un résultat parfaitement identique, c'est-à-dire que la voûte du crâne sera non-seulement aplatie, mais attirée vers la partie postérieure des cuillers, et par conséquent allongée comme le fait la nature, et chose de la plus haute importance, cette réduction de la tête s'opérera sans qu'il soit possible, quelle que force que l'on emploie, de transmettre à la base du crâne une pression plus considérable que celle qui résulte de l'élasticité des branches.

Mais la main ne saurait soutenir pendant toute la durée de l'application la force nécessaire pour produire ce rapprochement et le rendre permanent; il fallait trouver un mécanisme qui pût le maintenir dans cette position. On ne pouvait penser ni à la serviette de Thenance, ni à l'encliquetage dont parle le docteur Martin jeune; tous ces moyens ne présentent pas assez de fixité et ne pourraient pas d'ailleurs s'appliquer assez haut dans le vagin pour ne laisser de libre au-devant d'eux qu'une courte portion des branches. Pour atteindre ce résultat, une double corde

---

nique vient de proposer à l'administration supérieure un *plan d'une nouvelle construction de l'hôpital de la Charité*, qu'on croirait dressé par un architecte doublé d'un vérificateur en bâtiments et d'un agent-voyer. L'hôpital serait reconstruit sur son emplacement agrandi par l'acquisition de quarante-quatre maisons sur les rues Jacob, Taranne, des Saints-Pères et Saint-Benoît; le tout estimé 5,280,000 francs, d'où il faudrait déduire la valeur des matériaux de démolition et celle des terrains. L'originalité de la combinaison consiste en ce que, sur les côtés du parallélogramme donné par les démolitions, on élèverait une trentaine de maisons de belle apparence, avec réserve d'ouvertures de 30 mètres pour construction de portiques servant d'entrées à l'hôpital. Tout calcul fait, le produit de ces maisons représenterait en capital la somme nécessaire à la construction du monument, qu'on aurait ainsi, en quelque sorte, pour rien. Cette idée est véritablement digne de considération, et elle a déjà reçu à Paris une application qui n'a rien de désagréable à l'œil. Les constructions élevées en face de l'hôtel de ville, et où se trouvent actuellement les bureaux de l'administration publique, ont été coupées par des maisons particulières d'un style approprié et qui n'en gâtent aucunement l'harmonie. Reste à savoir si les supputations de M. Piorry sont exactes; il ne manquerait plus à sa gloire que de cacher Barème sous sa redingotte.

Dr Aliquis.

---

— La Société médicale d'Amiens a décerné les prix suivants pour les questions mises au concours en 1860 :

Une médaille d'or, de la valeur de 100 francs, A M. Coet (Émile), pharmacien à Roye, pour son mémoire sur la topographie médicale de la ville de Roye.

Une médaille d'or, de la valeur de 200 francs, à M. Debous (Achille), docteur en médecine à Valenciennes (Nord), auteur du mémoire sur l'alimentation des nouveau-nés.

Une mention honorable à M. Debourges, médecin à Rollot (Somme), pour son mémoire sur la même question.

de boyaux est fixée à chacune des branches et va passer sur une poulie de renvoi fixée à la branche opposée, à 21 centimètres de son extrémité, puis vient s'accrocher à une crémaillère jouant sur la face externe de chacune des branches, de façon qu'en tirant le crochet par lequel se terminent les crémaillères, on tend les cordes de boyaux et l'on conserve ainsi le rapprochement qu'a produit la pression de la main, un double cliquet empêchant ces crémaillères de remonter. Dans cet état on peut facilement s'assurer que la tête est saisie de la manière la plus solide, car avec un effort assez considérable, il est impossible de produire à l'extrémité des cuillers le moindre écartement.

L'instrument ainsi complété, nous possédons un nouveau forceps satisfaisant aussi exactement que possible à toutes les conditions du programme posé par la théorie, et paraissant devoir remplir toutes les indications. Essayons de le soumettre à l'expérimentation et abordons d'emblée un des problèmes les plus difficiles de l'obstétrique.

La tête est au-dessus du détroit supérieur où elle n'a pu s'engager. On peut apprécier son volume relativement trop considérable, et en même temps un rétrécissement notable des diamètres du bassin. Tous les efforts de la femme ont été impuissants, l'application du forceps est indispensable, l'opérateur est parvenu à placer solidement les branches et à les articuler, il a déployé dans ce premier temps de l'opération toute l'adresse que l'on est en droit d'attendre d'une main habile, au service d'une intelligence et d'un jugement exercé; il laisse un moment de répit à la malade, s'assure de la solidité de la prise de l'instrument, se recueille et rassemble ses forces pour la lutte qu'il va être appelé à soutenir. C'est ici que j'aborde la partie la plus difficile de mon travail en même temps que va commencer pour l'accoucheur le temps le plus ardu de l'opération, et, j'en appelle aux souvenirs de tous les praticiens, quel est celui, je parle des plus habiles et des plus aguerris, qui, à ce moment suprême, a toujours pu se défendre d'un certain mouvement d'appréhension, en présence de l'énormité de la tâche qui va lui être imposée? Et ce sentiment n'est-il pas parfaitement justifié quand on sent que l'intelligence est sur le *point d'abdiquer au profit de la force brutale*, et que l'homme d'étude, l'homme de cabinet, va être obligé de puiser dans l'énergie de sa volonté, dans la puissance de son dévouement, les forces nécessaires pour accomplir un labeur que personne n'oserait imposer au manœuvre le plus rompu aux fatigues corporelles?

C'est en vain que l'accoucheur conservera son sang-froid et voudra dominer la situation, il arrivera un moment où il sera nécessairement dominé par elle. C'est en vain qu'il cherchera à se conformer aux préceptes de l'art; il tirera bien d'abord avec la seule force des bras, mais il ne tardera pas à peser de tout le poids de son corps, et lorsqu'il entraînera le lit, la malade et les aides, son pied viendra de lui-même et instinctivement chercher le bord du lit pour y trouver un point d'appui qui lui permette de soutenir et même de redoubler ses efforts; bientôt lassé, surmené, il ne tirera plus que par secousses, il aura recours à l'assistance des aides, puis, perdant toute délicatesse du tact, ne suivant plus les progrès du travail, il pourra ne pas percevoir la sensation d'une résistance vaincue, voir son forceps lâcher prise sans qu'il en ait eu conscience, ou bien après avoir surmonté brusquement toutes les résistances osseuses, il pourra lui faire franchir tout d'un coup les obstacles opposés par les parties molles, en y produisant les désordres que peut entraîner l'absence de toute dilatation préalable.

On m'accusera sans doute d'avoir assombri le tableau, d'avoir évoqué des fantômes, je m'empresse de reconnaître que ces accidents sont rares; mais il suffit qu'ils soient arrivés à des accoucheurs d'une habileté et d'un mérite incontestés, pour que personne n'ait le droit de se croire à l'abri de semblables éventualités, et de bien plus graves encore; et d'ailleurs dans les cas même où l'habileté de l'accoucheur aura évité tous les accidents, il n'en est pas moins vrai que l'insuffisance de ses forces constitue de sérieuses difficultés, qu'à cause d'elles, les tractions sont peu persistantes, brusques, saccadées, violentes, comme tout ce qui émane de la faiblesse; dépassant de beaucoup la somme de ses forces normales, l'opérateur n'a plus conscience de celles qu'il emploie et n'en saurait mesurer l'intensité, et s'il ne peut mesurer les siennes, que sera-ce de celles des aides dont il se verra souvent forcé de réclamer le concours?

Les accidents qui peuvent résulter de cette absence de toute donnée dynamométrique, et de ces efforts souvent trop faibles et par conséquent mal dirigés, constituent-ils un état de choses assez sérieux pour que le médecin doive s'en préoccuper et y chercher un remède? La création d'une force facile à appliquer, à diriger et à mesurer, constituerait-elle un service rendu à la science? Et en supposant un cas où, l'insuffisance des forces étant bien constatée, une consultation réunissant les hommes les plus éminents viendrait de décider qu'il ne reste plus qu'à pratiquer la céphalotripsie, alors même que l'enfant est encore vivant, la conscience éprouverait-elle quelque soulagement si l'on voyait surgir une nouvelle ressource qui permît d'épargner à la mère une aussi terrible opération, tout en lui conservant quelque espérance de sauver son enfant? Poser de semblables questions, n'est-ce pas les résoudre, et s'imposer le devoir de tout faire pour arriver à un pareil résultat?

Dans toute application de forceps, les efforts de traction ne sauraient produire un effet utile qu'autant que la femme est parfaitement immobilisée. Or dans les procédés ordinaires, cette immobilité s'obtient d'abord par le poids de la malade, puis par la résistance qu'opposent les aides chargés de la retenir, par les genoux, par les aisselles, etc. Il faut donc qu'il y ait synergie parfaite entre l'accoucheur et les aides; il faut que la résistance de ces derniers soit supérieure à celle que la tête doit surmonter pour franchir la filière du bassin.

En dehors de ces conditions, les efforts de l'accoucheur seront inutiles, et ne sauraient avoir d'autre résultat que de soulever et d'attirer la malade.

Cette absence de fixité dans le point d'appui en amenant une déperdition considérable des forces explique leur insuffisance dans beaucoup de cas, et n'explique pas moins bien leur violence et leur mauvais emploi; en effet, des aides inquiets, préoccupés, souvent effrayés, n'opposent qu'une résistance nulle ou insignifiante, ce n'est qu'en se sentant entraînés qu'ils sont rappelés à la mission qu'on leur a confiée; ils réagissent alors brusquement, et les efforts de l'accoucheur, qui avaient été progressivement accrus, et qui à ce moment peuvent être arrivés à leur apogée, se heurtent contre cette résistance improvisée, et acquièrent toute la violence d'un choc, quelques soins que l'on ait apportés à éviter toute secousse.

La question se résume donc pour nous dans la recherche d'un point d'appui, mais d'un point d'appui fixe, solide, immuable, d'un point d'appui tel, que le plus léger effort produise un effet utile, que le fœtus ne puisse subir la moindre traction sans que la malade n'oppose en même temps la plus solide résistance.

De toutes les portions du corps qui auraient pu fournir ce point d'appui, les genoux m'ont paru le plus favorablement disposés; c'est donc sur eux que je m'établirai pour organiser un système de traction qui ne sera pas sans analogie avec les procédés employés pour produire, dans les fractures, l'extension et la contre-extension, la tête du fœtus saisie par le forceps représentant le fragment inférieur, et le corps de la femme repoussé par les genoux représentant l'extrémité supérieure.

Avec ces dispositions, les genoux devant supporter tous les efforts de la traction, je les protége par des genouillères convenablement rembourrées, et garnies à leur face antérieure de plaques de fer, au centre desquelles sont fixées deux petites tiges de même métal; un arc de cercle d'une longueur à peu près égale au plus grand écartement des cuisses d'une femme de taille élevée, s'appuie sur ces plaques; un certain nombre de trous est percé aux extrémités de cet arc, de manière à faire entrer la tige des genouillères dans ceux que l'on désire, et à permettre de varier à volonté l'écartement des cuisses; l'arc étant ainsi placé, sa concavité regardant les parties génitales, les cuisses sont fixées de la manière la plus solide; elles ne peuvent plus ni s'écarter, ni se rapprocher, et tout effort s'appuyant sur la partie moyenne de l'arc sera réparti d'une manière égale sur chacune d'elles; le point d'appui se trou-

vant ainsi constitué, il ne s'agit plus que d'organiser la traction.

A la partie moyenne de l'arc j'adapte un treuil formé par une tige d'environ 20 centimètres de longueur et d'un centimètre de diamètre; cette tige représente la corde du segment central de l'arc; elle pivote sur deux tenons fixés dans la concavité de ce dernier; elle est garnie à chacune de ses extrémités d'un crochet destiné à arrêter la corde organe de la traction. Au milieu de ce treuil je fixe solidement une roue dentée de 3 centimètres de diamètre. Il est évident que si j'agis sur la circonférence de cette roue pour entraîner le treuil dans un mouvement de rotation, j'aurai trois fois plus de force que si j'agis sur le treuil lui-même. Cette roue, qui a trente dents, est commandée par une vis sans fin à trois filets qui, croisant le treuil à angle droit, se termine en dehors de l'arc par une petite manivelle. Cette vis devant faire 10 tours pour en faire exécuter un à la roue, en supposant qu'on agisse sur elle par un levier égal au rayon de cette dernière, la force qui avait été multipliée par 3 sera encore multipliée par 10, et l'on aura $1 \times 3 = 3 \times 10 = 30$. Si la manivelle par laquelle on fait mouvoir la vis a deux fois et demie la longueur du rayon de la roue, la force se multipliera encore par 2 1/2, et l'on aura $1 \times 3 = 3 \times 10 = 30 \times 2\ 1/2 = 75$. Tels sont les chiffres auxquels je me suis arrêté. Si donc une corde est fixée aux deux extrémités du treuil, en agissant sur la manivelle je la ferai enrouler avec une force 75 fois plus considérable que celle que je déploierai réellement.

Un encliquetage fixant la corde au point où elle vient d'être enroulée, il suffit de lever un petit chien qui est au-dessous de la roue d'engrenage pour faire immédiatement cesser la traction.

Maintenant que je possède un point d'appui immuable et un système de traction qui me permet de développer à mon gré une force considérable, dont je peux parfaitement mesurer l'intensité, dont je peux à volonté interrompre et reprendre l'action, il ne me reste plus qu'à relier cet appareil au forceps, et à faire des deux instruments un tout continu. Les poulies qui existent à chaque branche du forceps, et qui m'ont déjà servi à réfléchir les cordes de boyaux destinées à maintenir leur rapprochement, vont encore me servir de point d'attache.

Par un mouvement excessivement facile, une forte corde de boyaux sera placée à cheval sur ces deux poulies en soulevant l'extrémité du pont flexible qui les recouvre, et chacune des extrémités de cette corde venant se fixer aux crochets du treuil, le forceps sera attaché de la manière la plus solide, et il sera nécessairement entraîné par le mouvement communiqué au treuil à l'aide de la manivelle, et cette corde, au moment de sa tension, se réfléchissant à angle droit sur les poulies, tendra à resserrer les branches, et les rapprochera d'autant plus que la traction sera plus énergique.

Ainsi sera justifié le nom que j'ai donné à cet instrument de forceps à traction soutenue et à pression progressive.

Pour compléter cette description, il me resterait à faire ressortir les avantages de ce mode de traction et à démontrer comment elle agit pour diriger la tête suivant les axes du bassin. J'atteindrai plus facilement ce but et j'éviterai des redites en reproduisant et en discutant les objections qui ont été soulevées par les amis et les confrères auxquels j'ai eu l'occasion, soit de soumettre mes idées avant leur exécution, soit de montrer l'instrument lui-même.

Ces objections pouvaient porter d'une part sur le forceps lui-même, de l'autre sur le système de traction.

Le forceps, en général, a été approuvé sans réserve; tout le monde a été frappé des avantages qu'offrait la solidité de sa prise, de son innocuité, et de la façon toute nouvelle dont il concourait à la réduction de la tête.

Quelques personnes seulement ont trouvé que ces cordes de boyaux, ces poulies de réflexion, ces crémaillères pour tendre les cordes, constituaient un appareil un peu compliqué. A cela, on peut répondre que les poulies sont inutiles, qu'il est facile de faire réfléchir les cordes sur une simple surface arrondie, que les crémaillères peuvent être construites d'une manière plus simple et moins gênante pour la main de l'opérateur; qu'en définitive, si tout cela constitue une complication, ce n'est qu'une complication de fabrication, et que l'application en est considérablement simplifiée. Il est, en effet, bien plus facile de se servir d'un appareil préparé à l'avance, tenant à l'instrument, que de réclamer un linge, une serviette, que dans sa préoccupation l'entourage de la malade aura souvent bien de la peine à vous donner, et, lorsque l'opération sera terminée, l'action de presser sur deux petits cliquets pour faire instantanément cesser la compression de la tête sera bien plus simple que celle de dénouer une serviette, un lien quelconque.

Quant au système de traction, il a suscité de nombreuses critiques, mais qui toutes sont plus instinctives que raisonnées, qui sont plutôt arrachées par la surprise et l'étrangeté du procédé que dictées par une sévère appréciation des faits. Aucune d'elles ne saurait supporter une discussion sérieuse, et, d'ailleurs, j'ai été assez heureux pour les voir toutes réfutées de la manière la plus victorieuse par l'expérience.

Je vais les reproduire en les classant d'après leur importance.

La première impression se traduit en général par un sentiment de défiance et d'appréhension; on est disposé d'abord à s'exagérer la puissance dont je dispose, à la considérer comme une force aveugle, brutale, incoercible, capable de vaincre toutes les résistances, mais en brisant tous les obstacles.

En se dégageant de ces idées préconçues, en examinant froidement la question, on ne tarde pas de se convaincre qu'il n'en est point ainsi. En effet, je dispose, il est vrai, d'une force considérable; mais, pour la mettre en jeu, je n'ai besoin que de l'intervention d'un petit nombre de muscles de l'avant-bras et de la main. Ne faisant effort qu'avec mes doigts, organes essentiels du tact, la résistance ne saurait augmenter sans que j'en sois immédiatement averti et mis en demeure de cesser immédiatement la traction.

La force n'est donc pas aveugle. Si je l'ai multipliée par 75, j'ai en même temps ralenti sa vitesse dans la même proportion. Lorsque je fais faire à la manivelle un tour complet, c'est-à-dire quand je fais un mouvement de 15 centimètres d'étendue, je n'ai tiré que d'un millimètre; elle ne saurait donc être brutale qu'autant que j'agirais moi-même sans circonspection.

Je ne saurais donc trop le répéter; ce n'est pas par la violence que j'agis, mais seulement par la bonne direction donnée à mes efforts, et surtout par leur continuité: *gutta cavat lapidem non vi sed sæpe cadendo*. On pourrait trouver dans les arts de nombreux exemples de forces relativement minimes produisant par leur continuité des effets prodigieux. Si l'on veut bien, du reste, en comprendre l'action, que l'on suppose la tête divisée du sommet à la base en tranches d'un millimètre d'épaisseur, une de ces tranches ne différera pas d'une manière appréciable de la tranche qui la précède et de celle qui la suit; lors donc que j'aurai tiré d'un millimètre, la tête n'aura subi qu'une très faible compression et le bassin n'aura été que très peu distendu, et cependant j'aurai pu déjà apercevoir une légère augmentation de résistance; je suspendrai donc un moment mes efforts, je laisserai au bassin le temps de céder, à la tête celui de se mouler aux surfaces, avec lesquelles elle est en contact, et lorsque je recommencerai la traction, la résistance aura cessé. Je ferai passer encore une ou plusieurs tranches, jusqu'à ce que je me voie forcé de m'arrêter de nouveau, arrivant ainsi, par une série de reprises et de temps d'arrêt, à mener à bonne fin les accouchements les plus difficiles et à reléguer au rang des opérations les plus rares de la chirurgie la céphalotripsie ou l'opération césarienne.

2° En général, on a paru douter de la possibilité de bien tirer dans l'axe des détroits. Dans le principe, je répondais qu'il était très facile par l'élévation ou l'abaissement des manches d'imprimer la direction convenable; mais en examinant la chose de plus près, en suivant attentivement l'opération, je n'ai pas tardé de me convaincre que cette intervention était tout à fait inutile, et même qu'elle pouvait être dangereuse. En effet, sous l'influence de la traction, le forceps s'oriente de lui-même, absolument comme si la tête était poussée d'arrière en avant par les forces expulsives de la matrice; l'insertion de la corde se faisant très près de la tête, cette dernière ne saurait être entraînée dans une autre direction que celle qui lui est tracée par la filière du bassin. Il se passe

là le même phénomène que l'on observe dans le halage des bateaux; lors même que les chevaux tirent du bord de la rivière, le bateau n'en suit pas moins la direction qui lui est imprimée par le gouvernail et continue de progresser dans l'axe de la rivière; dans les deux cas c'est une application de la théorie du parallélogramme des forces.

En est-il de même lorsque l'on opère les tractions à la main? Agissant sur l'extrémité d'un long lévier inflexible, l'accoucheur dispose d'un moyen puissant pour changer violemment la ligne de direction. S'il est inhabile, troublé, il pourra facilement ne produire aucun effet utile, parce qu'il oubliera les préceptes de l'art, et qu'il tirera dans une mauvaise direction, et d'ailleurs l'ignorance n'est pas seule exposée à ce danger : une tumeur, une déformation anormale du bassin, aura pu changer la direction de la ligne que doit suivre la tête, et imposer à l'accoucheur l'obligation de s'écarter des règles de l'art, et de tirer dans un sens tout à fait opposé. Si ces anomalies n'ont pas été saisies du premier coup d'œil ou si elles ne pouvaient être reconnues qu'après l'événement, on comprend tout l'avantage qu'on aura à être guidé par l'instrument lui-même, et quels dangers pourront ainsi être évités, car des tractions mal dirigées ne sont pas seulement inutiles, mais elles sont surtout dangereuses, et par elles bien des ruptures des symphyses s'expliqueraient beaucoup mieux que par l'effort excentrique que le bassin est appelé à supporter.

3° Quelques personnes pensent que, dans les applications de forceps, la tête n'est pas amenée par les efforts directs de la traction, mais bien par les mouvements de latéralité, d'abaissement et d'élévation imprimés aux manches de l'instrument, comparant la manœuvre employée à celle que l'on met en usage pour arracher un pieu de terre, un clou d'une planche.

Pour ma part, je suis disposé à attribuer une grande puissance à ces mouvements, tout en pensant, pour des raisons que je développerai en traitant de la rupture des symphyses qu'on doit être très réservé dans leur emploi, mais je les explique par une tout autre théorie.

Lorsque, pour arracher un clou, un pieu, on leur fait subir des *mouvements latéraux répétés, on a l'intention* de tasser la terre ou les fibres du bois, d'agrandir ainsi le trou, et de faire cesser les adhérences. Il n'en saurait être de même dans l'espèce, car lorsque j'incline à droite le manche du forceps, c'est dans le but de dégager les saillies qui peuvent être retenues à gauche; opérant alors un peu de traction, je reporte l'instrument à gauche, pour dégager à leur tour les saillies qui sont retenues à droite, répétant ainsi les manœuvres du voiturier dont l'équipage est trop faible pour gravir une pente escarpée; il fait pivoter sa voiture sur une roue; puis, immobilisant à son tour celle qui vient de progresser, il fait, par un mouvement inverse, avancer celle qui lui avait fourni le premier point d'appui.

4° On a paru craindre que les genoux ne soient très fatigués par la pression qu'ils auront à supporter, et même que le col du fémur ne courût les risques d'être fracturé. Cette crainte est la conséquence de l'exagération avec laquelle on a évalué les efforts de la traction. La pression que les cuisses auront à supporter sera certainement moins forte que celle qu'exerce le poids du corps multiplié par des fardeaux, augmenté par les chocs de la marche, du saut, par la chute d'un lieu élevé. L'expérience a d'ailleurs démontré la force de résistance de cet os, en prouvant que ses fractures sont presque toujours directes. Du reste, dans les cas les plus difficiles, la malade n'accuse aucune douleur et se plaint à peine d'un peu de gêne produite par cette pression.

5° Enfin, on m'a reproché d'agir d'une manière continue, et de ne pas imiter la nature dont les contractions sont intermittentes.

A cela je répondrai que je suis bien disposé à imiter la nature, mais que je ne voudrais pas la suivre jusque dans les errements que lui impose la faiblesse humaine. Les contractions sont, il est vrai, intermittentes, mais c'est une conséquence de la loi qui impose à notre système musculaire des alternatives forcées de repos et d'action. Quel est l'accoucheur qui n'a pas été souvent dans le cas de les regretter, et qui, alors que la tête est encore mobile, n'aurait pas voulu pouvoir la retenir au point où une douleur venait de la placer, pour ne pas voir la douleur suivante perdue inutilement sans pouvoir quelquefois faire regagner le terrain qui a été perdu dans l'intervalle? Et d'ailleurs la continuité qu'acquerront ces douleurs dans les derniers temps du travail ne prouvent-elles pas que la femme subit ces intermittences, mais qu'elles n'existent pas d'après un but providentiel?

6° On a paru craindre que cet appareil effrayât les malades ou les assistants.

Dans les applications déjà nombreuses que j'ai pu faire, je n'ai pas remarqué ce sentiment; au contraire, l'impression m'a paru très favorable; j'ai pu voir que les personnes qui avaient déjà été témoins d'applications de forceps par les procédés ordinaires, étaient tout à fait rassurées par l'emploi de mon instrument, et que celles qui assistaient pour la première fois, le considéraient comme tout naturel; à leurs yeux l'opération semblait prendre un caractère de régularité qui les portait à croire que c'était là le procédé ordinairement employé.

---

## III

## CORRESPONDANCE.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

**Congestion cérébrale apoplectiforme observée par un médecin sur lui-même.** — Remarques.

Monsieur le Rédacteur,

Quand une opinion émise par un éminent professeur comme M. Trousseau n'est pas acceptée *à priori*, il faut, pour la combattre, des hommes d'un mérite incontesté et des faits nombreux et bien observés. Dans la discussion sur la congestion apoplectiforme, ni les uns ni les autres n'ont manqué.

Cependant, ayant dans nos notes un fait qui, comme le demande M. Beau, *sort du cercle restreint de la médecine mentale*, j'ai cru devoir le relater.

Un homme, sans symptômes préalables, en causant, a tout à coup un étourdissement; il cesse de voir, de parler; il marmotte quelques mots inintelligibles, s'affaisse sur lui-même et tombe sans connaissance. Après un quart d'heure ou une demi-heure, sous l'influence d'une forte saignée du bras et de sinapismes aux jambes, il revient à lui sans altération *aucune* de la sensibilité n de la motilité.

Deux ans après, les mêmes accidents se reproduisaient dans les mêmes conditions : *Cet homme, c'était moi.*

La première attaque, qui date de vingt-sept ans, eut lieu un matin à la salle de garde de l'hôpital militaire de Metz, et fut considérée, par nos honorables collègues d'alors, *Willaume et Moizin*, comme un *coup de sang* (congestion cérébrale apoplectiforme).

La seconde eut lieu aussi un matin à l'hôpital militaire de Strasbourg, au milieu de mes camarades, et fut considérée par eux et par *Bégin et Goupil*, de si regrettable mémoire, comme une congestion cérébrale.

Comme eux, comme tout le monde, je l'ai cru et l'ai dit alors comme je le dis encore aujourd'hui, après vingt-sept ans.

J'étais jeune, fortement constitué, d'un tempérament sanguin type; l'attaque n'était pas nocturne; il n'y avait pas de mouvements convulsifs, pas même, m'a-t-on dit, la plus *petite grimace*, et j'en sortais sans hébétude, sans même trace d'obnubilation intellectuelle.

Personne, parmi les nombreux témoins de ces fâcheux accidents, n'a pensé un seul instant qu'ils pussent être de nature épileptique.

Je partageais si bien l'opinion générale sur mon compte, que je me voyais déjà fatalement voué à mourir d'apoplexie dans un avenir plus ou moins rapproché.

Lorsqu'en 1837, je fus envoyé en Afrique, mes préoccupations furent vives au sujet de l'influence que pourrait avoir la température élevée de l'Algérie sur un cerveau aussi enclin à la congestion.

Heureusement mes craintes ont été vaines, et aujourd'hui, comme en 1833, à Metz, et en 1835, à Strasbourg, je puis dire encore : J'ai eu une congestion encéphalique, un *coup de sang*, comme on s'exprimait alors.

Si, comme le dit judicieusement le savant rédacteur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *la maladie se caractérise autant ou mieux par sa marche que par ses symptômes*, il est plus que probable que si j'eusse été épileptique je le serais encore.

Cependant M. Trousseau a eu raison de soutenir que les congestions cérébrales apoplectiformes n'étaient souvent que de l'épilepsie ou des accès épileptiformes; mais il aurait dû ajouter que sa remarque s'appliquait principalement aux hommes d'un âge avancé ou aux aliénés. — C'est un grand service qu'il a rendu aux malades de cette catégorie en leur épargnant les coups de lancette, les sangsues, etc.; mais ce serait au contraire une chose bien fâcheuse si, par l'autorité de sa parole et de son nom, il parvenait à faire considérer et traiter comme épileptiques, les hommes jeunes et vigoureux tombant tout à coup sans connaissance.

La proposition du célèbre professeur n'a que le tort d'avoir été trop généralisée; non-seulement elle n'est pas applicable au cas qui m'est personnel, mais elle ne peut l'être davantage à bien d'autres malades. Peut-on considérer comme épileptiques ces pauvres militaires qui, sous l'influence d'une marche rapide et prolongée ou d'un exercice un peu rude, chargés comme ils le sont d'habitude, tombent tout à coup comme foudroyés?

Ce ne sont pas non plus des épileptiques, ces moissonneurs, ces rouliers, ces hommes de peine, ces chauffeurs, que la vie abandonne tout à coup sous le poids d'une atmosphère brûlante? Je laisse à juger de ce qui adviendrait si à de semblables malades on n'appliquait le plus vite possible le traitement des congestions encéphaliques.

J'ai en ce moment dans mon service un hémiplégique dont voici l'histoire : Agé de vingt-cinq ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament éminemment sanguin, il a eu, il y a deux ans, à Paris, trois attaques dans l'espace de deux mois. Les deux premières ont été prises pour des accès épileptiformes, et la troisième, qui a été terrible, amenait *la paralysie du côté gauche*.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires.

Heureusement pour ce pauvre jeune homme qu'après avoir épuisé en vain depuis deux ans tous les traitements possibles, il a enfin éprouvé de l'électrothérapie une si notable amélioration qu'il a tout lieu de compter sur une entière guérison.

En résumé, je crois qu'au point de vue thérapeutique surtout, il est irrationnel et dangereux de confondre l'épilepsie avec la congestion apoplectiforme.

D[r] SUBIOT,
Médecin-major de 1[re] classe.

Marseille, le 22 février 1861.

---

# IV

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIOLOGIE. — *Animalcules infusoires vivant sans gaz oxygène libre, et déterminant des fermentations*, par M. *L. Pasteur*. — On sait combien sont variés les produits qui se forment dans la fermentation appelée *lactique*. L'acide lactique, une gomme, la mannite, l'acide butyrique, l'alcool, l'acide carbonique et l'hydrogène, apparaissent simultanément ou successivement en proportions extrêmement variables et tout à fait capricieuses. M. Pasteur a été conduit peu à peu à reconnaître que le végétal-ferment qui transforme le sucre en acide lactique est différent de celui ou de ceux (car il en existe deux) qui déterminent la production de la matière gommeuse, et que ces derniers, à leur tour, n'engendrent pas d'acide lactique. D'autre part, il a également reconnu que ces divers végétaux-ferments ne pouvaient, dans aucune circonstance, s'ils étaient bien *purs*, donner naissance à l'acide butyrique. Il devait donc y avoir un ferment butyrique propre.

Des expériences multipliées ont démontré à M. Pasteur que : 1° *le ferment butyrique est un infusoire; 2° cet infusoire vit sans gaz oxygène libre.*

C'est, ajoute-t-il, le premier exemple connu de ferments animaux, et aussi d'animaux vivants sans gaz oxygène libre. Non-seulement les infusoires dont il est ici question vivent sans air, mais l'air les tue. (*Comm. :* MM. Chevreul, Milne Edwards, Decaisne, Regnault, Claude Bernard.)

MÉDECINE. — M. *Pappenheim* signale un cas de déformation du testicule déterminée par l'application trop longtemps prolongée des bandelettes de Fricke, déformation qui aurait aboli chez l'individu qui la présente, le pouvoir de reproduction.

PHYSIOLOGIE. — M. *Tigri*, dans une lettre écrite à M. Élie de Beaumont, reproduit une communication qu'il avait déjà faite, et qu'il suppose à tort n'être pas parvenue à l'Académie. Cette première lettre, dans laquelle l'auteur traitait des voies que peuvent suivre certaines matières colorantes pour passer de la mère au fœtus, a été présentée dans la séance du 4 février courant, et se trouve analysée dans le *Compte rendu* de cette séance. M. Tigri reproduit aujourd'hui l'opinion qu'il avait émise relativement à la déglutition des eaux de l'amnios par le fœtus; il persiste à croire que cette déglutition, qui pour le fœtus humain commence, dit-il, régulièrement entre le septième et le huitième mois, concourt à sa nutrition, et que le méconium qu'on trouve dans le tube intestinal au moment de la naissance est le résidu de la digestion du liquide qui a été ainsi avalé.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet : *a*. Les rapports de MM. les docteurs *Curel* (de Napoléonville), *Palanchon* (de Cuisery), *Dehée* (d'Arras), sur différentes épidémies. — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements du Rhône, de la Drôme, de l'Orne, du Var, de la Charente et des Côtes-du-Nord. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les rapports de M. le docteur *Zaleski* et de M. le docteur *Privat* sur le service médical des eaux minérales de Fonsange (Gard) et de La Malou (Hérault). (*Commission des eaux minérales*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire intitulé : *Avantage possible de l'emploi de l'oxygène pur dans les divers cas d'asphyxie*, par M. le docteur *Fiévet* (de Tournon-sur-Rhône). (*Comm.:* MM. Bouchardat et Gavarret.) — *b*. Un mémoire sur une épidémie de diphthérie observée à Anduze (Gard), par M. le docteur *Bonifas*. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Rebory* (de Digne), qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Renvoi à la section.*) — *d*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Lebel* (de Valognes). (*Accepté.*)

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Moura-Bourouillon*, qui demande l'ouverture du pli cacheté adressé par lui dans la séance du 26 février, et contenant une note relative aux *phénomènes de la déglutition révélés par le laryngoscope*.

M. le *Secrétaire perpétuel* annonce que parmi les mémoires adressés pour les prix, il en est un qui n'est pas accompagné du pli cacheté exigé par les règlements.

Pour être admis à concourir, l'auteur de ce mémoire, qui a pour épigraphe : « *Si vis cognoscere nomen da præmium*, » est invité à se conformer à cette formalité dans le plus bref délai.

M. *Tardieu* dépose sur le bureau le compte rendu du service médical du chemin de fer d'Orléans pendant l'année 1860, par MM. les docteurs *Bisson* et *Gallard*.

M. *Trousseau* offre en hommage, au nom de l'auteur, une brochure sur l'*épilepsie larvée*, par M. le docteur *Morel*, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

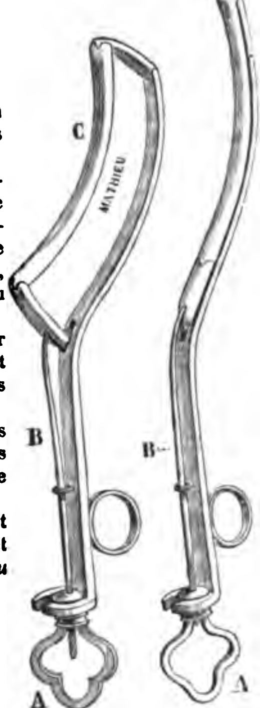
M. *Mathieu* présente à l'Académie un dilatateur rectal qu'il a fabriqué d'après les indications de M. Nélaton.

Cet instrument, dont la courbure est disposée de manière à pénétrer dans la partie profonde du rectum, est pourvu d'un mécanisme qui permet aux deux branches de s'écarter parallèlement en un point donné, sans dilater l'orifice anal. Son volume, au moment de l'introduction, est très petit.

Au moyen de la vis A, que l'opérateur fait agir pour opérer la dilatation, il peut graduer à volonté le degré d'écartement des branches.

Cet instrument a été employé plusieurs fois avec avantage dans les rétrécissements du rectum, son mécanisme est simple, facile à manœuvrer et à entretenir.

L'auteur fait observer que cet instrument est construit depuis plus de deux ans, et qu'il figure dans l'*Encyclopédie du XIXe siècle*, revue de 1859.




*Lectures.*

Hydrologie médicale. — M. O. *Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° *Un rapport sur l'eau minérale d'une source découverte à Soultzmatt* (Bas-Rhin). Cette eau appartient à la classe des eaux *acidules bicarbonatées*, sodique et calcaire (mixtes). Elle est semblable à celle autorisée en 1853 dans la même localité ;

2° *Un rapport sur deux sources d'eaux minérales découvertes à Casoul-lès-Béziers* (Hérault). Ces eaux appartiennent à la classe des eaux salines magnésiennes et calcaires. L'une des sources servira comme buvette, et l'autre, plus riche en principes salins, sera employée, comme elle l'est déjà, pour l'usage des bains principalement ;

3° *Un rapport sur l'eau minérale de Reyrieux* (Ain). Cette eau est ferrugineuse, carbonatée, calcaire ; elle est froide, et, à la source, sensiblement hépatique ou sulfureuse.

La commission propose d'accorder l'autorisation d'exploiter, demandée par les propriétaires de ces diverses sources. (*Adopté.*)

*Élections.*

M. le *Président* donne lecture de la liste de présentation adoptée dans le dernier *comité secret* pour la nomination d'un membre titulaire dans la *section d'anatomie et de physiologie* : en première ligne, M. *Claude Bernard* ; en deuxième (*ex æquo*), MM. *Béclard* et *Sappey* ; en troisième, M. *Verneuil* ; en quatrième, M. *Béraud*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 79, M. *Bernard* obtient 72 voix ; M. *Sappey*, 4 ; MM. *Béclard*, *Verneuil* et *Béraud*, chacun une.

M. *Claude Bernard*, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

A la suite de cette élection, le *conseil d'administration* propose, par l'organe de M. le *Président*, de déclarer immédiatement une nouvelle vacance et de charger la dernière commission des onze de déterminer la section dans laquelle il devra être pourvu à un remplacement. (*Adopté.*)

*Discussion sur la congestion cérébrale.*

M. *Devergie*. Je me rends à l'invitation que M. Trousseau a adressée aux médecins légistes. Néanmoins, je dois dire avant tout que j'ai été surpris du peu d'empressement des pathologistes à prendre la défense de la congestion cérébrale ; si bien que, sans l'intervention de M. Bouillaud, on pourrait dire aujourd'hui : « De par l'Académie, il n'existe plus de congestion cérébrale apoplectiforme, et il est interdit aux médecins de saigner les malades atteints de cette prétendue affection. » Je viens joindre mes protestations à celles de M. Bouillaud, et porter témoignage en faveur de la congestion cérébrale.

Sans m'arrêter à de vaines discussions de mots, laissant au temps le soin de faire justice du néologisme de M. Trousseau et de la nomenclature de M. Piorry, j'entre tout de suite en matière, et j'aborde cette question : Existe-t-il une congestion cérébrale apoplectiforme ?

M. Trousseau a déclaré formellement que, depuis quinze ans, il n'avait pas vu un seul exemple de cette maladie, et qu'il fallait en attribuer les phénomènes à une attaque de nature épileptique ou éclamptique.

Pour moi, j'admets l'existence de la congestion, et j'en distingue trois degrés.

Dans un premier degré il y a de la pesanteur de tête, de l'incertitude dans la démarche, un certain embarras dans les facultés intellectuelles, des éblouissements, etc.

Au second degré, on observe de la pâleur de la face, de la perte de connaissance, un sommeil pénible, laborieux ; et, au bout de trois ou quatre heures, le sommeil se dissipe, le malade conserve seulement de la lourdeur de tête, du malaise, etc.

Au troisième degré, le malade tombe soudain privé de sentiment et de mouvement ; il meurt en quelques minutes.

Dans les cas de congestion cérébrale qui entraînent la mort, on trouve des lésions anatomiques différentes : tantôt la congestion siége uniquement, soit dans les méninges, soit dans la substance cérébrale ; tantôt l'hypérémie occupe le cerveau et les méninges simultanément. A l'autopsie, on voit du sang infiltré dans la pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, le réseau vasculaire péri-encéphalique plus ou moins gorgé de sang, et la substance cérébrale imbibée et comme saturée par l'excès de ce fluide.

M. Trousseau a argué de la pâleur de la face en faveur des idées qu'il soutient et contre la présomption d'une congestion encéphalique.

M. Devergie donne lecture d'une observation recueillie par un interne et relative à un individu qui mourut à la suite d'un coup de sang, et chez lequel on trouva une congestion très intense des méninges, bien que la face, au moment de l'attaque, eût été d'une pâleur mortelle.

Il faut donc admettre qu'il y a des congestions intra-crâniennes qui sont indépendantes de la congestion de la face et *vice versâ*.

En consultant une statistique rigoureusement faite, je trouve que la congestion cérébrale compte pour 6 cas sur 40 dans les causes de mort subite.

Si M. Trousseau nie la congestion dans le cerveau, il la niera sans doute aussi dans les autres organes. Niera-t-il, par exemple, la congestion pulmonaire ? Je pourrais pourtant lui répondre, preuves en main, que la congestion pulmonaire simple est assez commun, plus commun que l'apoplexie ou hémorrhagie pulmonaire. J'ajoute même que la plupart des morts subites attribuées à l'apoplexie pulmonaire sont le fait de congestions des organes respiratoires, sans épanchement sanguin.

Je crois donc que M. Trousseau a été trop absolu, et qu'il faut admettre désormais, comme auparavant, l'existence de la congestion cérébrale, avec ses différentes formes et ses divers degrés.

J'arrive au second point de la question. Ici je me rapproche de M. Trousseau. Cependant je crois qu'il a été encore un peu loin en affirmant que beaucoup d'épileptiques étaient victimes de leur déplorable maladie devant les tribunaux. Les magistrats sont très accessibles aux raisons fournies par la médecine légale et admet-

tent volontiers les circonstances tirées de l'état mental chez un prévenu.

Mais ce que M. Trousseau a dit des épileptiques n'est-il pas plus applicable aux mélancoliques, aux lypémaniaques? Dans la grande majorité des cas, les suicides, les meurtres, imputables à une impulsion maladive, sont commis par des aliénés atteints d'hallucinations.

Ce n'est pas à dire que les épileptiques ne puissent aussi se livrer à des violences inouïes. MM. Falret, Voisin et Moreau (de Tours) m'ont rapporté de nombreux exemples qui confirment cette assertion.

Ces impulsions délirantes s'observent chez les épileptiques affectés du grand mal, comme chez ceux qui ne présentent que des vertiges ou le petit mal.

En général, c'est dans l'intervalle des accès que ces fureurs éclatent, et presque jamais ou jamais à la suite des attaques.

Ce n'est donc pas, comme le dit M. Trousseau, sous l'influence de la congestion épileptiforme que les épileptiques se laissent emporter à des actes de violence ou d'homicide. Ce que je dis là se trouve confirmé dans un excellent mémoire que M. le docteur Jules Falret a publié dans les *Archives générales*, en décembre dernier. La congestion épileptique, au moment où elle se montre, ne peut conduire qu'à la dépression du sentiment et du mouvement, et jusqu'alors les actes de violence ont été observés seulement dans l'épilepsie confirmée depuis longtemps.

M. *Tardieu :* Il ne doit plus être question maintenant de la congestion cérébrale. M. Trousseau aurait même pu se dispenser de soulever un débat sur l'ensemble de cette affection; il pouvait se contenter de signaler, de mettre en relief le *coup épileptique*, l'*ictus épileptique*, et l'influence que cette névrose, sous ses formes insidieuses et souvent méconnues, peut exercer sur les conditions physiologiques et morales d'un individu : question d'un immense intérêt, et qui vient d'être étudiée à fond par M. Morel, le savant médecin en chef de Saint-Yon, sous le titre d'*épilepsie larvée*.

M. Trousseau a dit : Il y a deux caractères de l'épilepsie larvée, c'est l'*ictus* d'une part, et d'autre part la *détermination instinctive*. Ce rapprochement est très heureux et très réel : le choc épileptique frappe, en effet, tantôt sur les sens, tantôt sur les actes et la volonté du malade. Seulement je dois faire des réserves; j'estime que, de même que le choc apoplectique n'appartient pas uniquement à l'épilepsie, les déterminations instinctives ne lui appartiennent pas, non plus, exclusivement.

Voici, je crois, les faits auxquels M. Trousseau a fait allusion : un homme mange dans la rue; il éventre, sans motif, un passant qu'il ne connaît même pas. Un ouvrier quitte brusquement son travail et part sans raison pour un voyage lointain; il revient aussitôt. Ces gens-là ont obéi à ce qu'on appelle une impulsion irrésistible, bien différente de ce que l'on nomme l'*impulsion délirante* chez les aliénés, ou la *manie épileptique*, généralement consécutive aux accès d'épilepsie.

Les idiots et les imbéciles sont très sujets à ces impulsions instinctives. (M. Tardieu en cite sommairement quelques exemples.)

Les alcoolisants peuvent aussi, dans certains cas, subir cette influence. Je ne parle pas ici des gens ivres, mais de ceux dont l'intelligence, en dehors de l'accès d'ivrognerie, reste abrutie par des excès alcooliques répétés.

Les hystériques obéissent aussi très fréquemment à des incitations du même genre. Il y a quelques années, je fus appelé à examiner, avec M. Calmeil et M. Lassègue, une jeune Autrichienne d'une éblouissante beauté, d'une haute naissance, qui vivait, dans Paris, au milieu de la plus honteuse, de la plus dégradante débauche. Un an après, elle massacrait son enfant nouveau-né, sans avoir l'air de soupçonner le moins du monde la gravité de son crime. Elle était hystérique, et, de plus, dans l'état puerpéral.

Quelques femmes, pendant la grossesse, la période puerpérale et d'allaitement, sont sujettes à ces étranges aberrations d'esprit qui les poussent instinctivement à des actes délictueux.

Ce n'est donc pas seulement l'épilepsie larvée qui amène les individus à commettre de ces sortes d'actes; c'est encore l'idiotie, l'imbécillité, l'alcoolisme, l'hystérie, l'état puerpéral, la gestation, l'allaitement, etc.

Voilà le fait bien établi. Que va-t-il en résulter pour la médecine légale? Suivant M. Trousseau, si l'on reconnaît que l'individu est épileptique, le médecin doit le déclarer irresponsable! Je crois que cette doctrine, prise d'une manière absolue, est extrêmement dangereuse pour la société, fort compromettante pour la dignité du médecin. Je m'explique.

Il y a des épileptiques qui savent fort bien ce qu'ils font, et qui doivent être jugés responsables de leurs actes. (M. Tardieu cite l'exemple d'un contrebandier convaincu d'avoir tué des douaniers, qui a été acquitté comme atteint d'épilepsie.) Cependant je suis porté à croire, ajoute l'orateur, que ce prévenu, tout épileptique qu'il fût, a agi de propos délibéré, et qu'il avait parfaitement la conscience de son crime.

Je pourrais rapporter encore le fait d'un jeune épileptique qui tua, d'un coup de couteau, un de ses camarades qui se raillait de sa maladie.

M. Trousseau a appliqué sa doctrine aux suicides. Voyez encore où cela mène! Un épileptique se suicide; en conclurez-vous qu'il était aliéné, inapte à jouir de ses droits civils, et qu'il est nécessaire d'annuler son testament? C'est là, vous le voyez, une question dont la portée est immense au point de vue judiciaire, comme sous le rapport social.

Il est donc convenu qu'un individu ne sera pas rendu irresponsable de ses actes par cela seul qu'il est épileptique. Il faut que le médecin arrive devant la justice, avec ces caractères précis qui établissent parfaitement l'état d'aliénation, l'impulsion instinctive, épileptique, hystérique, alcoolique, etc., sur des preuves irrécusables.

M. Devergie a surtout attribué les actes de ce genre aux mélancoliques, aux hallucinés. Ces cas sont fréquents, en effet, et M. Tardieu cite l'exemple d'un halluciné qui tua son concierge, s'imaginant que le pauvre homme avait livré aux femmes du quartier le secret d'une maladie vénérienne dont il se cachait avec le plus grand soin.

Mais ces faits doivent être distingués de l'impulsion épileptique. Les hallucinés obéissent à l'influence d'un délire spécial; chez l'épileptique c'est une impulsion soudaine, ne dépendant nullement d'une idée délirante, d'aucun mobile, et ne laissant rien après l'accomplissement de l'acte.

Tels sont les caractères scientifiques que je ne fais qu'énoncer ici sommairement, et que le médecin doit savoir développer devant la justice.

Ici M. Tardieu cite un passage emprunté à un des premiers magistrats du temps, qui s'élève contre la prétention des médecins légistes de s'immiscer dans les affaires juridiques et d'empiéter sur les attributions de la magistrature.

Voilà, ajoute l'orateur, des paroles bien blessantes, bien injustes. Elles tombent de haut; et si je les rappelle, c'est pour faire comprendre combien il importe au médecin appelé devant la justice de ne pas compromettre la dignité de la profession par des témoignages qui ne reposeraient pas sur des données scientifiques certaines, et sur des preuves parfaitement authentiques.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

BEC-DE-LIÈVRE. — GOÎTRE SUFFOCANT. — DÉPRESSION DU CRANE D'UN ENFANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

La discussion sur les *hernies étranglées* a été reprise dans cette séance (voir plus haut); plusieurs membres de la Société sont encore inscrits pour les séances suivantes.

M. *Depaul* a présenté la tête d'un enfant sur lequel il avait pratiqué l'opération du *bec-de-lièvre* d'après la modification proposée par M. Henry (de Nantes) (voir le n° du 15 février). L'enfant

succomba vingt-quatre heures après à une complication étrangère à l'opération; l'adaptation des lambeaux était parfaite et le résultat eût été très satisfaisant au point de vue de la restauration des parties. M Depaul doit faire plus tard un rapport sur la lecture faite par M. Henry.

— M. *Gosselin* présente une pièce anatomique recueillie sur une jeune fille qui succomba à la suite de l'asphyxie produite par un *goître suffocant*. Il y a trois mois, la malade n'avait pas remarqué encore l'apparition de cette tumeur, dont la marche a été extrêmement rapide; il y a un mois seulement que la suffocation commença, elle entra alors à l'hôpital où on put constater les progrès rapides de ce symptôme. Une opération de trachéotomie fut commencée *in extremis* et ne put être terminée; la jeune fille succomba pendant que l'on cherchait la trachée qui avait été déviée de sa direction naturelle, ainsi que cela arrive dans beaucoup de cas de ce genre. La tumeur paraît être constituée par du tissu cancéreux.

— Dans la séance du 6 février (voir le n° du 8), M. Depaul a présenté à la Société le crâne d'un fœtus sur lequel on remarquait une dépression sur le frontal, produite par le passage de l'enfant à travers un bassin rétréci. M. *Blot* soumet à l'examen de la Société un jeune enfant bien portant sur lequel on remarque une dépression semblable. Le bassin de la mère n'a que 8 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur; une première fois la céphalotripsie dut être faite à terme par M. P. Dubois; on avait recommandé à cette femme, dans les cas où elle redeviendrait enceinte, de venir à sept mois et demi pour qu'on pût déterminer prématurément l'accouchement, mais elle ne vint qu'à huit mois et demi. On provoqua l'accouchement; il y avait présentation de l'épaule; M. Blot fit la version et put amener l'enfant au dehors; il y avait également une dépression qui n'amena aucun désordre; il avait déjà observé la même innocuité dans quatre cas, sauf une fois quelques légères convulsions du côté opposé à la lésion. Comme d'un autre côté, on peut exercer des tractions assez fortes sur la tête de *l'enfant sans craindre de produire des lésions de la colonne* cervicale, M. Blot pense que, dans bon nombre de cas, on pourra exercer ces tractions qui permettront d'amener au dehors l'enfant vivant, sans craindre autre chose que ces dépressions qui sont sans danger, comme le démontrent les faits cités par M. Depaul et par M. Blot.

JULES ROUYER.

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**De la luxation spontanée du cristallin**, par M. FISCHER, interne des hôpitaux.

La luxation traumatique du cristallin transparent, assez souvent observée, est admise par tous les auteurs. Le cristallin peut se déplacer, soit en restant dans la chambre postérieure, soit en passant à travers la pupille, pour tomber dans la chambre antérieure. La rupture de la sclérotique peut amener ce que l'on a appelé la luxation sous-conjonctivale; enfin, une blessure de la capsule par un instrument vulnérant est presque toujours suivie du déplacement de la lentille. Cependant quelques auteurs d'ophthalmologie ont décrit une autre variété de luxation, encore peu connue, et dont les exemples sont rares; c'est la luxation spontanée. Quelques chirurgiens élèvent même des doutes sur l'existence de cette variété, qu'ils attribuent, dans presque tous les cas, à un traumatisme, cause première, mais souvent éloignée, de l'affection. Telle paraît être l'opinion des auteurs du COMPENDIUM DE CHIRURGIE. A la suite d'un premier ébranlement, la capsule se déchire ou ses connexions avec les parties voisines s'affaiblissent. Aucun symptôme n'indique ces désordres, et la transparence de l'appareil cristallinien se conserve; mais plus tard, sous l'influence d'une nouvelle secousse, la déchirure augmente, et le cristallin quitte sa place. Ainsi s'expliquent beaucoup de déplacements de cet organe, qui paraissent, au premier abord, spontanés ou dus à une cause très légère.

Le malade présenté par M. Larrey, en 1851, à la Société de chirurgie (1), offrait une luxation *spontanée* du cristallin de l'œil gauche; la lentille était restée tout à fait transparente, et l'on ne donnait comme antécédents de traumatisme possible que des convulsions pendant la première enfance; en 1852, le cristallin devint opaque, et M. Larrey en fit l'extraction par kératotomie supérieure. Les suites de l'opération n'ont pas été heureuses; le malade a perdu la vue de l'œil gauche, et la cornée est devenue opaque. Ce même malade, âgé aujourd'hui de vingt-trois ans, s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richet, portant une luxation spontanée du cristallin de l'œil droit. C'est son observation qui a été le point de départ du mémoire très intéressant de M. Fischer. Mais cette observation nous donne sur le malade un renseignement qui manquait lors de sa présentation à la Société de chirurgie en 1851, c'est qu'il avait fait, en 1845, une chute sur la tête, de la hauteur d'un second étage, et que, dès cette époque, commencèrent à se montrer des troubles, d'abord légers, de la vision. Cette circonstance semble plaider en faveur de l'opinion de MM. Denonvilliers et Gosselin, qui est aussi celle de Mackenzie. Cependant, des faits rapportés dans le travail de M. Fischer tendent à prouver la spontanéité de la luxation, en l'expliquant par des lésions antérieures des milieux de l'œil, lésions qui permettent alors à un traumatisme léger d'amener le déplacement de la lentille. En effet, on ne peut regarder comme cause suffisante un éternument, un mouvement brusque de la tête, etc.

Le mécanisme de la luxation a été expliqué de diverses manières. M. Sichel croit à un allongement du ligament suspenseur du cristallin, d'où résultent d'abord un flottement du cristallin et de l'iris, puis un abaissement spontané de la lentille oculaire. C'est une explication ingénieuse, mais hypothétique.

Mackenzie admet la séparation complète de ce ligament suspenseur, mais on ne peut produire sur le cadavre la séparation de la capsule d'avec la zone de Linn sans déchirer la cristalline.

M. Fischer se range à l'opinion de MM. Denonvillers et Gosselin, qui admettent dans tous les cas une déchirure de la capsule, soit traumatique, soit consécutive à une altération des milieux de l'œil.

MM. Græfe, Sichel, Dixon, ont invoqué, dans certains cas, une disposition congénitale et héréditaire du cristallin. C'est ainsi que Dixon a observé une luxation incomplète du cristallin sur une femme et sur ses trois fils. Chez tous, il y avait un tremblotement de l'iris.

Les symptômes de la luxation complète consistent surtout dans l'apparition de la lentille cristalline dans la chambre antérieure. Assez souvent on a pu, en faisant coucher le malade sur le dos, faire repasser le cristallin dans la chambre postérieure, que l'on ait ou non employé d'abord la belladone ou l'atropine pour dilater la pupille. Mais presque toujours, dans ces cas, la luxation n'a pas tardé à se reproduire, et à devenir parfois irréductible. Le cristallin déplacé peut rester transparent, et ce fait a semblé, à Mackenzie et à M. Sichel, une preuve de la non-déchirure de la capsule. Cependant Græfe, Cammerer, Chelius et Ammon, ont montré que la limpidité de la lentille séparée de sa capsule peut persister pendant longtemps.

Néanmoins, l'opacité consécutive du cristallin luxé paraît être le cas ordinaire, et sa présence dans la chambre antérieure, son passage trop fréquent à travers la pupille, peuvent devenir une cause d'inflammation oculaire.

Lorsqu'il y a luxation complète, il faut tenter la réduction après l'emploi d'onctions belladonées ou d'instillations de sulfate d'atropine. Si la réduction ne peut être obtenue, la kératotomie paraît être l'opération la plus rationnelle; mais ce traitement même ne paraît être que palliatif, par cela même que l'accident luxation dépend d'une maladie grave de l'œil, qui doit entraîner plus tard la perte de la vue. Dans l'observation qui fait la base de ce travail,

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, tome VII, page 754.

l'insuccès de l'extraction faite sur l'œil gauche engagea le chirurgien à s'abstenir de toute opération, de crainte de déterminer rapidement des accidents inflammatoires suivis de la perte de l'œil droit, seule ressource du malade.

OBS. — (Hôpital Saint-Louis, service de M. Richet, salle Saint-Augustin, n° 43.) — Nicole (Jean), âgé de vingt-trois ans, journalier, entre à l'hôpital le 18 avril 1860.

*Antécédents.*— En 1845, le malade tomba sur la tête, de la hauteur d'un second étage. Il n'y eut pas de fracture, mais la myopie antérieure augmenta beaucoup; cependant le malade pouvait encore lire et écrire sans trop de difficulté.

Cette chute aurait déterminé, d'après M. Larrey, une amblyopie, et plus tard un synchisis étincelant de l'œil gauche.

En 1850, le malade, en abaissant fortement la tête, éprouve une secousse dans l'œil gauche : la vue devient trouble; puis, en rejetant la tête en arrière, tout rentre dans l'état normal. Cette série de phénomènes peut être reproduite à volonté. Un médecin d'Orléans est consulté, et prescrit des collyres, qui ne produisent du reste aucune amélioration.

En 1851, M. Larrey examine le malade au Val de-Grâce; il est étonné de trouver le cristallin parfaitement transparent, logé dans la chambre antérieure. La lentille peut passer et repasser facilement de la chambre antérieure dans la chambre postérieure par l'inclinaison de la tête en arrière, et réciproquement de la chambre postérieure dans l'antérieure par l'inclinaison de la tête en avant.

Pendant quelque temps, le cristallin se déplaça sans occasionner d'inflammation et sans perdre sa transparence; mais, six mois après, on remarqua un commencement d'opacité, et, en octobre 1852, la cataracte était entièrement formée; néanmoins sa mobilité n'avait pas été modifiée. M. Larrey pratiqua l'extraction par kératotomie supérieure; l'opération fut rendue difficile par les adhérences qui existaient déjà dans la chambre antérieure.

Les suites de l'opération ont été fâcheuses : le malade a perdu la vue du côté gauche; la cornée est opaque. L'œil droit a conservé ses fonctions, quoique la myopie y soit très prononcée.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Louis (avril 1860), le malade, en abaissant la tête, sentit le cristallin droit se luxer, et put immédiatement le replacer en rejetant la tête en arrière.

Voici ce que l'on constate aujourd'hui :

Les globes oculaires sont assez saillants; la chambre antérieure droite paraît un peu plus ample d'avant en arrière; l'iris est refoulé en arrière et forme un entonnoir, très évasé, il est vrai, à concavité antérieure; la pupille est large, ovoïde, à grand axe transversal, et déformée en dehors; les fibres ont conservé leur contractilité sous l'influence de la lumière, mais il existe un *tremulus iridis* bien marqué; le bord de la pupille est entier, non frangé.

Quand le malade abaisse fortement la tête en avant, il sent une secousse légère, et le cristallin vient se loger dans la chambre antérieure, à sa partie inférieure. La lentille est transparente, sans trace d'opacité commençante; sa teinte est très légèrement ambrée, la lumière s'y réfléchit et lui donne un éclat particulier qui la fait ressembler à une goutte d'eau ou d'huile.

Si la tête du malade est rejetée en arrière, on voit le cristallin glisser jusqu'à l'ouverture pupillaire, s'enfoncer rapidement et tomber à plat dans la chambre postérieure, en déprimant par sa circonférence les bords de l'iris.

La lecture et l'écriture sont devenues difficiles; cependant le malade peut se conduire et reconnaît très bien les personnes qui l'entourent; pas de diplopie; une lumière fixée paraît entourée de rayons intenses.

Mais, après la luxation du cristallin, la vision devient beaucoup plus confuse, les objets lumineux semblent multiples; à la distance de plus d'un centimètre, le malade ne peut compter les doigts qu'on place dans le champ de la vision.

Le soleil, le grand air éblouissent; la vue est favorisée par les temps sombres.

Pas de signes d'inflammation de l'œil.

Le malade fut soumis, pendant quelque temps, à l'usage d'un collyre au sulfate de strychnine; ce médicament n'eut aucun succès durable, et la luxation continua à s'effectuer volontairement.

Le 25 mai, le malade quitta l'hôpital. Six mois après, il entra à Lariboisière (service de M. Chassaignac). Pas de changement dans son état. (*Archives générales de médecine*, janvier 1861, p. 40.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale**, par MM. DURAND-FARDEL, LE BRET et J. LEFORT. — 2 vol. in-8; Paris, J.-B. Baillière et fils, 1860.

Il est peu de sujets sur lesquels on ait autant écrit que sur les eaux minérales; mais dans cette nuée de livres et de mémoires, il y a un choix à faire, car le nombre de ceux dont la valeur est incontestable, est relativement très restreint. Mais les divers documents publiés par les auteurs, sont épars dans de nombreux recueils; pour en tirer tout le parti possible, il est essentiel de les réunir et coordonner, après un sévère contrôle, et, établissant ainsi, pour tous les sujets que l'on a réunis, la notion, aussi précise que l'état de la science peut la donner en ce moment, il est utile d'en faciliter la recherche par une forme commode et appropriée à ce genre d'étude. Arriver à ce résultat et démontrer que, grâce à l'importance prise aujourd'hui en médecine par les eaux minérales, et aux travaux que la connaissance de cette branche de thérapeutique a produits, il existe un ensemble de matières qui composent, à proprement parler, l'*hydrologie médicale*, tel a été le double point de vue qui a présidé à la conception et à l'exécution du dictionnaire dont nous rendons compte aujourd'hui.

Nous trouvons dans le dictionnaire, non-seulement les *sources minérales* et les *sources thermales* dont l'existence et l'utilité ont une notoriété en Europe et ailleurs, mais encore une série d'articles, de méthode et de doctrine, où sont exposés les principes de la science hydrologique, et résumés les faits d'un ordre général qui constituent l'*hydrologie générale;* c'est ce que démontre la lecture des articles *Classification* et *Nomenclature*, envisagées dans leur mode le plus rationnel : *Eaux minérales*, considérées sous l'aspect de généralisation, *spécialisation*, *traitement thermal*, etc. Tous les dictionnaires d'eaux minérales donnent quelques notions écourtées de géographie sur les sources; *mais, le plus souvent*, ces notions se bornent à dire : Piémont, Suisse, France. Le nouveau dictionnaire réalise un progrès sensible sur ses devanciers, en réunissant certains groupes géologiques formellement tracés, et en étudiant ainsi, ce qu'on n'avait pas fait avant lui, les régions où la présence d'un nombre déterminé d'eaux minérales a été constatée, c'est ce que démontre nettement la lecture des articles : *Alpes*, *Caucase*, *Pyrénées*, *Vosges*, etc. Les auteurs du dictionnaire donnent encore des détails suffisants sur tout ce qui regarde les procédés d'*analyse chimique*, de *géologie* et d'*histoire naturelle*, questions qui sont intimement liées à l'étude des sources employées en médecine. Certaines questions cependant ne sont pas traitées aussi complétement que nous l'eussions désiré, l'article *Matières organiques* par exemple, mais ce sont là de légères taches qu'il sera bien facile de faire disparaître dans une nouvelle édition.

Les auteurs ont consacré des articles assez étendus au sujet des *appareils* et *installations balnéothérapiques*, qui forment une partie intéressante du traitement thermal, et jouent un grand rôle dans quelques-unes de ses applications; c'est ainsi que des articles étendus traitent d'une manière toute spéciale des procédés d'*hydrothérapie* et d'*inhalation*, dont il est tant parlé aujourd'hui, et qui jouissent d'une vogue méritée, pour quelques cas spéciaux, mais non toujours.

Toute la partie de cette série de questions, qui relève particulièrement de l'*art de l'ingénieur*, a été traitée par un savant ingénieur en chef des mines, M. J. François, dont tout le monde connaît les travaux remarquables, et qui fait autorité sur tous les points de cette matière. Le dictionnaire renferme encore une revue des questions d'*administration* que comporte l'exploitation des eaux minérales, et l'utilité de cette étude est assez évidente pour que nous n'insistions pas à ce sujet.

Quant à la partie médicale, les auteurs, dont les travaux sont déjà connus de nos lecteurs, se sont surtout attachés à fixer, autant qu'il leur semblait possible, les indications du traitement par les eaux minérales, dans chacune des maladies, et des conditions de

l'organisme qui sont de leur ressort. Pour cela, sans s'attacher à reproduire l'énumération des trop nombreuses applications qui ont été attribuées, volontairement ou non, à la plupart des sources, les auteurs ont cherché à mettre bien en évidence la véritable spécialité de chacune d'elles. Consultant tous les ouvrages généraux et les notices particulières publiés en France et à l'étranger, sur les diverses sources et maladies, ils ont cherché à ne donner place qu'aux renseignements qu'une saine critique peut accepter, éloignant toutes les assertions qui n'étaient pas suffisamment prouvées. Les articles de pathologie thérapeutique et ceux qui traitent de chaque station en particulier, présentent cette marche analytique, et impriment en quelque sorte un cachet de rigueur à l'ouvrage entier. Composition chimique, thermalité, modes d'emploi, circonstances adjuvantes de site, de climat et d'hygiène, telles sont les bases sur lesquelles roule cette appréciation, et si l'insuffisance des renseignements acquis la limite quelquefois, on doit reconnaître la justesse du point de départ, et souhaiter que les questions d'hydrologie médicale, si souvent obscurcies, se dégagent bientôt à l'aide de ce *criterium*.

Le *Dictionnaire des eaux minérales* dont nous venons de rendre un compte succinct, réunit donc, dans l'ordre alphabétique, les connaissances hydrologiques les plus variées, mais aussi les plus pratiques, de manière à en présenter l'ensemble et à les vulgariser tout à la fois. Il résume ou complète les traités dogmatiques et les documents spéciaux, mais il ne saurait les suppléer; sa place nous semble marquée à côté d'eux dans les bibliothèques, et on le consultera avec fruit et facilement, car des renvois permettent au lecteur de reconstituer l'ensemble des questions, relient les articles entre eux, et, de plus, un *index*, soigneusement rédigé, offre le tableau synoptique des diverses matières qui composent chacune des divisions de l'hydrologie, et facilite en même temps la recherche et l'étude.

J.-Léon Soubeiran.

---

**L'Année médicale. — Annuaire général des sciences médicales**, 3e année, 1859; par M. le docteur Cavasse. (1 vol. in-12. Paris, chez Adrien Delahaye; Londres, chez Williams and Norgate.)

Il n'a point tenu à nous que nous ne parlions avec plus d'empressement de ce livre et que nous ne signalions son apparition en temps plus opportun. Il faut se prendre de ce retard à un petit malentendu que nos lecteurs nous dispenseront de leur expliquer, parce qu'ils n'ont, je l'affirme, aucun intérêt à le connaître.

M. le docteur Cavasse, fidèle à son engagement réel envers ses abonnés et au contrat tacite et purement moral qui le lie désormais vis-à-vis du corps médical, a fait paraître son *Annuaire* dans le courant du mois de décembre dernier. C'était une manière d'étrennes à ses confrères, et, nous sommes heureux de l'ajouter, étrennes utiles au premier chef. Là-dessus, nous ne craignons pas de recevoir un démenti de la part de ceux qui connaissent l'ouvrage; mais nous voulons justifier notre témoignage aux yeux de ceux qui n'ont pas le livre entre les mains. Puissions-nous, en même temps, les animer du désir d'en enrichir leur bibliothèque!

L'*Annuaire général des sciences médicales* est tout bonnement un petit travail de bénédictin. Comme son nom l'indique, il renferme l'exposé de tout ce qui a été dit et de tout ce qui a été écrit, dans le courant de l'année, sur les différentes branches de l'art de guérir. Anatomie, physiologie, médecine, chirurgie, accouchements, maladies des enfants, thérapeutique, pharmacie, eaux minérales, hygiène, toxicologie, médecine légale, rien n'est omis, rien n'est négligé dans cet ouvrage, qui est à la fois un catalogue et une encyclopédie médicale en miniature : — un catalogue pour toutes les œuvres qui ne renferment rien de neuf, rien d'original (l'auteur se contente de les signaler par leur titre et par leur indication bibliographique); — une sorte d'encyclopédie pour tous les travaux frappés au coin de l'originalité et qui sèment une idée nouvelle ou qui marquent un progrès de la science.

Mémoires, rapports, thèses, observations cl iniques, discussions scientifiques, tout ce qui s'imprime dans les journaux, tout ce qui se lit ou se dit dans les académies et dans les sociétés savantes, trouve sa place dans l'*Annuaire général*, et devient, suivant son importance, l'objet d'une simple mention ou d'un résumé sommaire. M. Cavasse ne fait point de critique; il se borne au rôle modeste d'historien, analysant avec une habile concision qui n'exclut ni l'exactitude ni la clarté, et s'appliquant avec un soin scrupuleux à faire ressortir la pensée principale, l'esprit dominant, le but et la portée de l'œuvre.

A ce compte, il est vrai de dire que la publication de M. Cavasse présente un tableau très fidèle des efforts tentés ou des progrès accomplis, chaque année, en médecine, en même temps qu'elle justifie pleinement son ancien titre d'*Annuaire général des sciences médicales* et son nouveau nom d'*Année médicale*. Cet ouvrage s'adresse donc à la fois aux praticiens affairés qui n'ont ni le temps ni la patience de lire des travaux de longue haleine, mais qui veulent pourtant se tenir au courant de la science, et aux travailleurs zélés dont il simplifie singulièrement la besogne en leur facilitant des recherches bibliographiques, souvent difficiles et laborieuses.

Nous ne saurions trop féliciter M. Cavasse d'avoir eu le courage d'entreprendre une tâche si pénible et si ingrate; déjà son active persévérance a mené l'œuvre à bien. Puisse le succès toujours croissant de l'*Annuaire général des sciences médicales* ajouter un fleuron à la couronne que la Société de chirurgie vient de décerner récemment à l'auteur pour sa thèse intitulée : *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx!*

A. Linas.

---

## VII

## VARIÉTÉS

— M. le docteur Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine, vient de recevoir la décoration de Saint-Stanislas de Russie. Cette distinction a été accordée à notre honorable confrère pour les services rendus à la marine par son important *Traité d'hygiène navale*, que vient de traduire, par ordre du gouvernement russe, un comité présidé par l'inspecteur général du service de la marine, à Cronstadt.

— M. Renault, inspecteur général des Écoles vétérinaires, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.

— La commission administrative de la *Société centrale de l'Association générale*, dans sa séance du 1er mars, sous la présidence de M. Michel Lévy, a statué sur l'admission des nouveaux membres dont les noms suivent : MM. Laloy, Magne, Bessières, A. Richard, Chappmell, Fano, Le Saulnier, Marey, Marty et Jeaux.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce la formation, dans cette ville, d'une nouvelle Société scientifique. Plusieurs jeunes médecins se réunissent pour donner une héritière à l'ancienne Société médicale d'émulation.

— Les journaux anglais annoncent que notre illustre confrère sir Benjamin Brodie a dû subir l'extraction du cristallin, pour une cataracte traumatique développée par suite de la lésion accidentelle de la lentille, lésion reçue pendant l'iridectomie à laquelle il s'était soumis. Les dernières nouvelles ne donnent qu'un espoir modéré de voir les fonctions de l'œil se rétablir.

— Par arrêté en date du 28 février, M. le docteur Zambacco est nommé chef de clinique de M. le professeur Piorry.

— Par arrêté du 23 février, M. Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, et professeur de chimie dans cet établissement, est autorisé, sur sa demande, à se faire suppléer dans cet enseignement, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1860-1861, par M. Riche, agrégé de chimie près ladite École.

— Par arrêté du 25 février, M. Dumas, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, par M. Sainte-Claire Deville, docteur ès sciences.

— M. de Castella, médecin et chirurgien honoraire de l'hôpital de Pourtalès, chevalier de l'Aigle rouge, vient de mourir à Fribourg (Suisse), à l'âge de soixante-douze ans.

— M. le docteur Jacquet, propriétaire à Rians, canton des Aix-d'Angillon (Cher), vient de mourir dans cette commune. Par son testament, il avait institué pour légataire universelle une dame de Paris, qui avait également testé en sa faveur. Par une singulière coïncidence, cette dame est décédée le même jour et presque à la même heure que notre confrère. Il est dès lors d'un grand intérêt pour les héritiers d'établir lequel des deux a survécu à l'autre.

— M. le docteur Fournier, de Lempdes, vient de succomber à Clermont-Ferrand, à l'âge de soixante-dix-huit ans.

*Pour toutes les variétés* : A. DECHAMBRE.

---

## VIII

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI. — Mai. Clinique, par *Serres*. — Observations sur l'épilepsie, par *Guyon*. — Sur la torsion du vagin et du col de la matrice, par *Mottet*. — Diagnostic de la boiterie du pied chez le bœuf, par *Coculet*. — Juin. Clinique, par *Serres*. — Entérite couenneuse des animaux de la race ovine, par *Clavel*. — Juillet et août. Maladies du pied, par *Lafosse*. — Clinique (fin). — Du croissant et de la fourmilière, par *Guyon*.

L'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Juin. Des injections iodées dans les cavités closes naturelles, par *Maurin*. — Observation d'un kyste séreux ayant envahi la presque totalité du poumon gauche, par *Chabrely*. — Juillet. Note sur quelques affections internes au point de vue de leurs rapports diathésiques avec les affections de la peau, par *Gouet*. — Anatomie et pathologie du mamelon dans leurs rapports avec l'allaitement, par *Delmas*. — Août. Hernie crurale étranglée, par *Soulé*. — Injections iodées, par *Maurin*. — Septembre. Injections iodées (fin). — Opération césarienne après la mort de la mère; enfant vivant, par *Gaillard*.

MONTPELLIER MÉDICAL. — Juillet. Introduction à la philosophie médicale, par *Jaumes*. — Étranglement de l'intestin grêle par une perforation du mésentère, par *Bouisson*. — De la circulation hépatique et de la prétendue circulation hépatico-rénale, par *Jacquemet*. — Août. Les tumeurs hémorrhoïdales et leur traitement, par *Benoît*. — De l'influence de la mort du fœtus dans la cessation des hémorrhagies puerpérales, par *Moutet*. — Septembre. Essai sur la doctrine des éléments pathologiques, par *Jaumes*. — Mémoire sur le mécanisme habituel de l'avortement dans les premiers mois de la grossesse, par *Courty*. — Variété rare de luxation du coude, par *Delore*. — Lame de couteau séjournant dans l'épaisseur du cerveau pendant deux ans; extraction, guérison, par *Bonnefous*.

REVUE D'HYDROLOGIE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — N° 3. De l'emploi de la vase dans les bains de mer de la Suède, par *Dor*. — 4. (Manque.) — 5. Du ramollissement du cal par les eaux thermo-minérales, par *Bougard*. — Vase des bains de mer (suite).

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 12. Traitement de l'épilepsie par le *cotyledon umbilicus*, par *Rodrigues de Gusmão*. — Fièvre jaune (suite). — 13. Fièvre jaune (suite). — Médecins portugais (suite). — 14. Consid[illegible] cliniques sur les abattoirs, par *Rodrigues de Gusmão*. — État des foncti[illegible]relation dans le diabète, par *Jordão*. — Fièvre jaune (suite). — 15. De la saignée dans la pneumonie (suite). — Fièvre jaune (suite). — 16. Fièvre jaune (suite). — 17. État du pouls dans l'insuffisance aortique, par *Alvarenga*. — Fièvre jaune (suite). — 18. L'instruction supérieure au Portugal, par *G...* — Fièvre jaune (suite).

JORNAL DA SOCIEDADE DAS SCIENCIAS MEDICAS DE LISBOA — N° 5. Du sucre dans la salive chez les diabétiques, par *Abel*. — 6. Sur le diabète, par *Jordão*. — Un accès d'asthme, par *Marques*. — Sur un cas de maladie de Bright, par *Sousa*. — 7. Sur le diabète, par *Jordão*. — 8. Diabète (suite). — Opération de kélotomie, par *Motta*. — Efficacité du chlorate de potasse dans l'angine pultacée, par *Seguera*.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — N° 178. Urine, dépôts, etc. (suite). — 179. (Manque.) — 180. Urine, dépôts, etc. (suite). — 181. Nature et traitement des difformités, par *Tamplin*. — L'ophthalmoscope et ses applications, par *Walton*. — 182. La méthode numérique appliquée à la médecine, par *Guy*. — Difformités (suite). — 183. Urine, dépôts, etc. (suite). — Ophthalmoscope (suite). — 184. (Manque.) — 185. Difformités (suite). — 186 à 188. (Manquent.) — 189. Variations de dimension des spectres optiques complémentaires, par *Laurence*. — 190. Difformités (fin). — Ophthalmoscope (fin). — Affections scrofuleuses des ganglions lymphatiques, par *Price*. — 191. Affections scrofuleuses (suite). — Traitement alcoolique des maladies accompagnées d'épuisement, par *Pursell*. — 192. Traitement de l'asthme (suite). — Traitement ferro-albumineux de l'albuminurie, par *Nelson*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 23. État du sang dans la manie, par *Hood*. — Affections cérébrales causées par des maladies de la peau, par *Weber*. — Traitement de la coqueluche par le sulfate de zinc et la belladone, par *Fuller*. — 24 et 25. Revues. — 26. Vice de conformation, par *Edmundson*. — 27. Étude chimique sur la pepsine, par *Draper*. — 28. Cas chirurgicaux, par *Hargrave*. — 29 à 31. (Manquent.) — 32. Revues. — 33. Sur les propriétés médicinales de la teinture d'iodure d'arsenic et de mercure, par *Donovan*. — 34. Cas de delirium tremens, par *Sunter*. — 35. Deux cas de grenouillette, par *Geoghegan*. — 36. Remarques sur des ulcérations spéciales de la face, par *Jacob*. — 37. La *lucilia hominivorax*, par *Daunt*. — 38. Cas de paralysie musculaire progressive, par *Benson*. — De l'évacuation de l'humeur aqueuse dans les inflammations de l'œil, par *Wardrop*. — 39. Clinique, par *Sunter*. — 40. Deux cas de luxation du fémur, par *Morrison*.

EDINBURGH VETERINARY REVIEW. — Avril. Sur quelques affections du système musculaire, par *Inman*. — Mode de progression du cheval, par *Kink*. — Apoplexie splénique, par *Robertson*. — Clinique, par *Gamgee*. — Juillet. Colique spasmodique chez le cheval, par *Gamgee*. — Varice de la veine saphène, par *Hunt*. — Apoplexie splénique, par *Robertson*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Juin. Remarques sur la classification des maladies, par *Stark*. — Passé et présent de la lithotomie, par *Edwards*. — Cas de cancer de la vessie, par *Watson*. — L'opium comme antidote de la stramoine, par *Anderson*. — Épidémie de diphthérie, par *Forman*. — Juillet. Statistique des causes de mort, par *Begbie*. — Rapport sur des revaccinations, par *Brown*. — Rupture de l'utérus; fistule recto-péritonéale, par *Cleland*. — Clinique ophthalmologique, par *Bell*. — Cas de leucocythémie, par *Shearer*. — Août. Proportion des solides de l'urine à l'état de santé et de maladie, par *Seller*. — Notes sur les bains de Salzkammergut. — Statistique mortuaire et maladies des prisons, par *Thomson*. — Description d'un utérus double, par *Struthers*.

THE BRITISH AND FOREIGN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW. — Octobre. Sur la phthisie aux Hébrides, par *Morgan*. — Sur la mort par le froid, par *Ogston*. — Contributions à la tératologie, par *Murray*.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — Août. Sur l'urine de l'homme en état de santé, par *Haughton*. — Sur l'alun et la glace dans l'hématémèse, par *de Ricci*. — Sur la luxation du cubitus, par *Canton*. — Sur la syphilis, par *West*. — Sur l'artérite, par *Thompson*. — Sur le rétrécissement du rectum, par *Tufnell*.

### Livres.

ACTES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. 5e fascicule, de 480 pages in-8. Paris, Asselin. 4 fr.
Les fascicules 1 à 4 coûtent chacun 3 fr. 50

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE, par le docteur *Félix Roubaud*. 13e année (1861). Paris, Victor Masson et fils, 4 fr. Par la poste. 5 fr.

DES MALADIES CHRONIQUES, PRATIQUE D'UN MÉDECIN DE PROVINCE, OU RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LA GASTRITE ET LA GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUES, LES COLIQUES GASTRO-INTESTINALES ET LA DIARRHÉE CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS, LA MÉTRITE CHRONIQUE ET LA MÉTRORRHAGIE, LES NÉVRALGIES LOMBAIRE ET SACRÉE, DU PLEXUS BRACHIAL ET FACIAL, DU CUIR CHEVELU ET CERVICAL, ET LE VERTIGE NERVEUX, par *F. Neucourt*. In-8 de XII-615 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr. 50

DES RAPPORTS DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS AVEC LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS, par le docteur *Fournié* (de l'Aude). In-8 de 46 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25

DU MAMELON ET DE SON AURÉOLE (ANATOMIE ET PATHOLOGIE), par le docteur *Joseph Duval*. In-4. Paris, Asselin. 5 fr.

EAUX MINÉRALES, SALINES DE NAUHEIM (PRÈS FRANCFORT-SUR-LE-MEIN) : DE LEUR ACTION SUR L'ORGANISME MORBIDE ET SAIN, ET DE LEUR EMPLOI DANS LES MALADIES SCROFULEUSES ET UTÉRINES, par le docteur *F.-G. Beneke*. In-8. Paris, Asselin. 2 fr. 50

NOTICE SUR L'INVENTION DU LARYNGOSCOPE OU MIROIRS DU LARYNX, par *Paulin Richard*, servant d'introduction à la seconde édition des *Observations physiologiques sur la voix humaine*, par *Emmanuel Garcia*. In-8. Paris, Asselin. 1 fr. 25

RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR LES AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES, PRODUCTIONS PLASTIQUES, DIPHTHÉRIQUES, ULCÉRO-MEMBRANEUSES, APHTHEUSES, CROUP, MUGUET, etc., par le docteur *A. Laboulbène*. Grand in-8, avec planches coloriées et teintées. Paris, Asselin. 8 fr.

RECHERCHES SUR LES NÉVRALGIES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS DES NERFS, par le docteur *Charles Londe*. Thèse de doctorat. In-4 de 62 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

TRAITÉ DES MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS ET RÉGIONS TROPICALES, CLIMATOLOGIE, MALADIES ENDÉMIQUES, par le docteur *Dutroulau*. In-8 de 620 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

CHEMISTRY IN ITS RELATION TO PHYSIOLOGY AND MEDICINE (La chimie dans ses rapports avec la physiologie et la médecine), par *G. Day*. In-8, avec 5 planches. Londres, Baillière. 28 fr.

COURSE OF LECTURES ON THE PHYSIOLOGY AND PATHOLOGY OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM DELIVERED AT THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND IN MAY 1858, par *Brown-Séquard*. Philadelphia, 1860. In-8. Londres, Williams et Norgate. 20 fr.

SORE THROAT; ITS NATURE, VARIETIES AND TREATMENT; INCLUDING THE USE OF THE LARYNGOSCOPE AS AN AID TO DIAGNOSIS (Les maladies du larynx; leurs nature, variétés et traitement, comprenant l'emploi du laryngoscope comme moyen de diagnostic), par *M.-P. James*. In-8. Londres, Churchill. 6 fr. 25

THE HISTORY OF MEDICINE; COMPRISING A NARRATIVE OF ITS PROGRESS FROM THE EARLIEST AGES TO THE PRESENT TIME, AND OF THE DELUSIONS INCIDENTAL TO ITS ADVANCE FROM EMPIRICISM TO THE DIGNITY OF A SCIENCE (Histoire de la médecine), par *E. Meryon*. Vol. I. In-8. Londres, Longman. 17 fr. 50

MERCUR UND SYPHILIS, PHYSIOLOGISCH-CHEMISCHE UND PATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN UEBER DAS QUECKSILBER UND DIE QUECKSILBER-KRANKHEITEN (Mercure et syphilis, recherches physiologiques, chimiques et pathologiques sur le mercure), par *R. Overbeck*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 7 fr. 50

---

*Le Rédacteur en chef* : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 15 MARS 1861. — N° 11.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Congestion cérébrale et épilepsie. — Nomenclature médicale; extrait de l'*Abeille médicale d'Athènes*. — Académie des sciences : Ferment butyrique; à quel règne appartiennent les *vibrions*. — Société de chirurgie : Lésions de l'intestin dans la hernie étranglée; indications de la formation d'un anus contre nature et choix du procédé. — Rapport sur les asiles d'aliénés de la Seine. — II. **Revue clinique.** Cancer du poumon et de la plèvre. Épanchement de liquide sanguin dans la plèvre. Mort. Autopsie. — III. **Correspondance.** De l'épilepsie larvée. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Bibliographie.** Traité pratique des maladies de l'enfance. — Traité des maladies des enfants. — VI. **Bulletin des publications nouvelles** Journaux. — Livres. — VII. **Feuilleton.** Considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine, soumises à M. le sénateur Préfet de la Seine. — VIII. **Variétés.**

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 26 janvier au 14 février 1861.*

13. COULON, Amédée, né à Saint-Just-en-Chaussée (Oise). [*Des fractures du coude chez les enfants.*]

14. FALLIER, Louis-Constant, né à Brélès (Finistère). [*Considérations pratiques sur les fièvres paludéennes des pays intertropicaux.*]

15. AUROUSSEAU, G.-B., né à Crux la-Ville (Nièvre). [*Du chloroforme considéré comme agent anesthésique et thérapeutique.*]

16. De SAINT-GERMAIN, Louis-A., né à Cherbourg (Manche). [*De la fièvre uréthrale.*]

17. AVIOLAT, A.-H.-Ernest, né à Aigle (Suisse). [*Du cancer du poumon.*]

18. MAGNE, Henri-Dominique, né à Sauveterre (Aveyron). [*De l'ergot de seigle, et de son emploi en obstétrique.*]

19. AUBRÉE, J.-F., né à Avranches (Manche). [*De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements, et en particulier du chloroforme dans l'éclampsie puerpérale.*]

20. VIO-BONATO, Antonio, né Padoue (Italie). [*Des calculs vésicaux et de leur traitement.*]

21. LEVEN, Manuel, né à Paris (Seine). [*Parallèle entre l'idiotie et le crétinisme.*]

22. MARCHAND, Nestor-Léon, né à Tours (Indre-et-Loire). [*Du croton tiglium. Recherches botaniques et thérapeutiques.*]

23. CONSTANTIN-PAUL, C.-T., né à Paris (Seine). [*Considérations sur certaines maladies saturnines.*]

24. ROYET, Louis-Eugène, né à Issoudun (Indre). [*Considérations sur quelques tumeurs abdominales.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*
BOURBON.

---

## FEUILLETON.

### Considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine, soumises à M. le sénateur préfet de la Seine.

De tout temps des lois de police imposaient à l'administration le devoir de prendre des mesures de sûreté vis-à-vis des aliénés, dont le délire et les actes insensés étaient de nature à compromettre l'ordre et la sécurité publique. L'administration, en effet, a pour mission de veiller au repos public, de protéger les personnes et les biens, de prévenir les accidents qui jetteraient dans la Société le trouble et l'effroi.

Toutefois, ces lois s'étaient bornées, jusqu'en 1838, à armer l'administration de pouvoirs généraux sans tracer aucune forme pour protéger la liberté individuelle.

Simples mesures de police, ces lois ne s'appliquaient qu'aux aliénés dangereux. Les autres aliénés, tantôt assimilés aux malades ordinaires, étaient admis de leur plein gré et traités dans les établissements hospitaliers, tantôt étaient refusés par ces mêmes hôpitaux, lorsqu'ils étaient étrangers à la commune, pour éviter des frais de séjour et d'entretien, ou dans la crainte de se compromettre en portant atteinte à la liberté individuelle ; ou, s'ils y étaient admis, ce n'était qu'après interdiction.

Au milieu de ces difficultés, ces infortunés étaient tantôt jetés dans des cachots, confondus avec des malfaiteurs, tantôt abandonnés sur la voie publique, où ils étaient l'objet de la pitié et un spectacle affligeant pour l'humanité, l'ordre public et les bonnes mœurs.

La dépense des aliénés séquestrés tombait donc ainsi à la charge de l'État, des départements, des communes ou des hospices, selon leur mode d'isolement, lorsque parut l'article 6 de la loi de finances de 1837, qui, en assimilant les dépenses des aliénés indigents aux dépenses variables départementales, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné et des hospices, força

## PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 14 mars 1861.

*Académie de médecine* : CONGESTION CÉRÉBRALE ET ÉPILEPSIE. — NOMENCLATURE MÉDICALE ; EXTRAIT DE L'*Abeille médicale d'Athènes*. — *Académie des sciences* : FERMENT BUTYRIQUE ; A QUEL RÈGNE APPARTIENNENT LES *vibrions?* — *Société de chirurgie* : LÉSIONS DE L'INTESTIN DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE ; INDICATIONS DE LA FORMATION D'UN ANUS CONTRE NATURE ET CHOIX DU PROCÉDÉ. — RAPPORT SUR LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

L'Académie de médecine, dans la discussion engagée depuis plusieurs semaines, a cessé de marcher en droite ligne. Elle va sautillant en zigzag, comme un moineau franc sous un rayon de soleil, picorant les graines diverses que la prodigue main de M. Trousseau a jetées sur son chemin. On croyait avoir enterré la congestion apoplectiforme, et que les orateurs allaient suivre MM. Devergie et Tardieu dans la voie qu'ils ont si brillamment ouverte; mais la congestion est ressuscitée mardi sous la parole de M. Piorry, et l'on en est à craindre qu'elle ne soit pas morte encore cette fois; puis l'intrépide orateur a mis en ligne toute son armée onomapathologique, ce qui a donné à M. Bousquet l'occasion de tirer de sa poche une petite scène attique, genre Aristophane, où l'auteur se place en face de M. Piorry et lui parle au pronom personnel. Ce procédé était assez piquant au moment où M. Piorry venait d'être rappelé aux usages académiques, pour avoir apostrophé M. Trousseau; mais le rire a empêché sans doute qu'on en fît la remarque; car tout le monde a ri, académiciens, public et orateur. L'inventeur de la nomenclature seul n'a pas ri; mais c'est qu'il avait quitté la salle.

Il y a vingt-quatre heures de cela; l'hilarité a cessé vraisemblablement, et l'on peut se demander maintenant quelle est la valeur philosophique de cet agréable morceau. Judicieux et fort dans son jugement sur la nomenclature moderne, M. Bousquet l'est-il au même degré dans ses principes généraux d'onomatologie? Nous faisons à cet égard d'expresses réserves. Il nous semble d'abord que M. Bousquet va chercher ces principes un peu loin. L'idée, dit-il, est la condition préalable de la parole, et l'être qui n'a pas d'idée est muet comme le sourd de naissance. Le mot doit donc suivre la notion et non la précéder. Quand ce mot est trouvé, il est bon, dès qu'il est accepté par l'usage. Tirez la conséquence ; c'est que la langue vulgaire doit avoir le même fond et les mêmes règles que la langue des sciences. Et l'orateur n'a pas reculé devant cette assimilation; car, obligé de rendre hommage à la nomenclature de Linné, il est allé en chercher le prétexte, nous allions dire l'excuse, dans l'intarissable fécondité du sol, dans la difficulté de pourvoir à la dénomination de tant de milliers de plantes, et ce grand service de la méthode Linnéenne n'est à ses yeux qu'un secours de mnémotechnie. L'histoire et la philosophie déposent contre cette appréciation; on ne connaissait qu'un très petit nombre de plantes quand on a commencé à les partager en catégories, comme on peut le voir dans Linné lui-même (*Classes plantarum*), et mieux dans l'*Introduction des familles des plantes* par Adanson. La chimie, la minéralogie, se sont créé des nomenclatures, non quand la langue, qui est inépuisable, leur a fait défaut, mais au moment précis où elles ont vu poindre la synthèse. C'est le premier besoin, c'est la nécessité de nature, c'est la condition vitale de toutes les sciences, de s'élever à la classification synthétique des faits, et il n'y a pas de telle classification sans terminologie.

Ce besoin, la médecine contemporaine est-elle en mesure de le satisfaire? C'est une tout autre question. M. Piorry n'en doute pas, et voilà pourquoi les flèches de M. Bousquet s'émousseront sur une cuirasse, pourquoi même elles doivent porter à faux tant qu'on n'a pas préalablement fait tomber l'armure doctrinale dont M. Piorry couvre son entreprise. M. Piorry, en effet, est conséquent : ne voyant dans les maladies que des états organopathiques, et les modes de souffrance étant empruntés aux traités classiques de pathologie, il doit trouver aussi naturel que facile d'accoupler en grec ou en français, ou en langue *métis*, le nom de l'organe à celui de la maladie. Où la nomenclature de M. Piorry a le moins d'inconvénient, c'est précisément là où elle est le plus indépendante de ses doctrines; son adversaire le sait comme nous, quelques passages de son discours l'attestent; mais alors on peut regretter que ce soit précisément dans cet ordre d'exemples qu'il soit allé chercher ses arguments. Il y a dans la nomenclature un mot dont le radical est Βοῦς (vache), destiné à indiquer l'origine du virus vaccinal en le dénommant; c'est le mot *boiosiosie*, et M. Bousquet de déplorer cette manie qui conduirait à remplacer *vache* par *cheval*, s'il devenait certain que le virus vient primitivement des *eaux-aux-jambes*, ne

---

le pays de débattre la grave question de régler les mesures que nécessitaient les aliénés non interdits, d'organiser les asiles qui devaient les recueillir, et de pourvoir aux frais qu'ils occasionnaient. Ce but, la loi du 30 juin 1838, relative aux aliénés, l'a rempli, en traitant de l'isolement des aliénés, des établissements qui les recueillent, et des dépenses de leur entretien. L'exposition sommaire de cette importante loi et des savantes et éloquentes discussions qu'elle a fait naître au sein des pouvoirs de l'État, de la chambre des pairs et de celle des députés, serait ici déplacée : qu'il me suffise d'en caractériser l'esprit tout à la fois charitable et de police, et d'en signaler les conséquences.

Par suite de l'application de la loi du 30 juin 1838 et de l'ordonnance qui l'a suivie, les aliénés ont conquis des droits imprescriptibles à l'assistance : des asiles se sont ouverts dans toute la France pour les recueillir et les traiter; d'autres s'élèvent à l'envi dans les départements, et l'on ne voit plus, sur la voie publique ni dans de misérables cachots, le désolant spectacle de la folie, objet de compassion ou de barbares traitements.

La conséquence de l'assistance largement comprise fut une augmentation croissante du chiffre des aliénés traités dans les asiles, et de la dépense occasionnée par leur séjour et leur entretien, ainsi que l'établit l'exposé ci-dessous.

En rendant compte des aliénés de la France, le ministre de l'intérieur, en 1818, ne comptait, sur 8 ou 9,000 aliénés constatés dans ce pays, que 5,487 aliénés secourus ou séquestrés, ainsi répartis : 1,222 dans huit établissements spéciaux; 3,196 renfermés dans vingt-quatre hospices ou hôpitaux possédant des quartiers qui leur étaient spécialement affectés; 1,060 environ épars dans de petits hospices ou prisons, et 2,500 laissés dans leur famille.

En 1834, l'éminent médecin en chef de Bicêtre, devenu plus tard inspecteur général du service des aliénés de France, service qu'il a véritablement fondé, M. Ferrus évaluait, d'après des documents authentiques émanés du ministère de l'intérieur et de la Société des établissements charitables, à 8,390 le nombre des aliénés de France traités dans les hospices, et à 3,600 celui des

remarquant pas que les mots *cow-pox* et *vaccin* sont des enfants de la même manie.

Quel est le vrai tort de la nomenclature moderne? C'est d'abord d'avoir une base doctrinale fausse (celle des états organopathiques), parfois hypothétique (comme lorsqu'elle est tirée d'états organiques mal définis); c'est ensuite d'enlever à la langue scientifique une foule de mots qui, s'adressant à des affections ou des symptômes dont ni le siége ni la nature ne sont bien connus, ont l'avantage, comme l'a dit M. Bousquet, de ne rien préjuger, et valent par leur insignifiance même. A cet égard, nous sommes tout à fait d'accord avec notre savant confrère, et aussi avec M. Gibert, qui avait lu avant lui une courte note. Mais ce que nous ne pouvons accepter avec eux, ce que nous repoussons même formellement, c'est la part qu'ils paraissent vouloir imposer à l'école anatomo-physiologique dans les écarts actuels du néologisme. Nous l'avons dit plus d'une fois dans ce journal, nous le répéterons aussi souvent qu'on semblera l'oublier, l'école physiologique, dans sa vraie acception, répudie cette médecine étroite et stérile qui enferme la maladie entre la lésion d'un organe et le trouble corrélatif de ses fonctions; qui fait commencer la pneumonie à la congestion du parenchyme, la maladie de la peau au développement d'une vésicule ou d'une papule, l'abcès froid à l'engorgement du tissu cellulaire, sans tenir compte, par exemple, de l'adynamie qui a amené l'engouement pulmonaire, des troubles digestifs d'où procède l'eczéma, de la diathèse strumeuse dont l'engorgement sous-cutané est l'expression. Tout au contraire, il est dans la destinée de l'école physiologique, tout en écartant ces fantômes ontologiques dont M. Bousquet n'a pas peur, de faire ressortir de plus en plus la complexité infinie des actes organiques, à l'état morbide comme à l'état sain, de montrer quelle longue chaîne de causes et d'effets l'observateur praticien doit suivre souvent pour arriver du premier effet de la cause morbigène à la constitution intégrale de la maladie, à travers ce prodigieux mécanisme, où sang, liquides sécrétés ou excrétés, nerfs, vaisseaux, tissus, par la sensibilité, par la motricité, par la contraction, par la dilatation, par l'endosmose et l'exosmose, par les combinaisons chimiques, par l'assimilation, par les différences de température, par les échanges continus avec le milieu ambiant etc., mêlent et combinent si étroitement leurs fonctions que le moindre trouble local peut tout déranger. L'école physiologique ne ferme aucunement la porte aux conquêtes de la médecine ancienne, aux données les plus empiriques de l'observation, à la notion du *consensus* organique, à celle de la marche naturelle des maladies ou des rapports qui relient souvent une maladie à une autre; sans cet esprit conservateur, elle ne trouverait pas dans cette feuille l'appui que nous aimons à lui donner. Mais aussi, convaincue que les maladies contemplées pour ainsi dire du dehors, comme un curieux regarde une machine dont il ignore les rouages, ne montreront rien de plus à la génération présente qu'aux générations passées, elle s'efforce de pénétrer plus avant dans l'intelligence du mécanisme; grand et fécond travail qui lui donnera avec le temps une chose d'un prix infini à nos yeux, la *raison des choses* au lieu de leur notion empirique. Et, comme nous le disions, en étendant la médecine *organique* et *physiologique*, elle tuera, contre l'attente de beaucoup de gens, la médecine *localisatrice* des derniers temps, ou du moins, en montrant l'enchaînement compliqué des phénomènes, elle apprendra à les suivre à leur véritable source, et quand elle localisera, ce sera à bon escient.

Que deviendra la terminologie médicale? Nul ne peut le dire encore; mais il est certain qu'elle se modifiera profondément. Oui, à nos yeux, le progrès de la médecine porte dans ses flancs un vaste néologisme : pourquoi? Parce qu'il découvrira de jour en jour des faits auxquels la langue actuelle fera défaut. L'*albuminurie* est un mot rendu nécessaire par les découvertes modernes; il en est de même de l'*embolie*; la *glycosurie* devait remplacer le *diabète*; la *glycosurie cérébrale* est née d'un besoin imprévu. Et remarquez que ces mots nouveaux, sortis de l'école des physiologistes, tendent à tirer la pratique de l'hypothèse au lieu de l'y entraîner; car c'est parce que le champ étiologique de l'albuminurie et de la glycosurie est plus étendu qu'on ne l'avait pensé autrefois, c'est parce qu'on n'en connaît pas encore les limites, que le fait tout seul a été dénommé. Mais ce fait constitue par lui-même une grave dérogation à l'état normal; effet de causes diverses, il est cause à son tour d'importantes perturbations de l'organisme; il est enfin une maladie, et une maladie dont toutes les manifestations symptomatiques, quelles qu'elles puissent être, sont reliées par l'*unité* de la lésion primordiale. On remarquera encore que le principe de ce néologisme est entièrement différent de celui de la nomenclature moderne, où si souvent les états pathologiques ne sont exprimés qu'aux dépens de l'unité morbide, et où l'accollement du nom de l'organe à celui du mal expose à des mots d'une longueur démesurée et en même temps à la cacophonie.

Nous avons eu occasion dans le temps (*Gaz. hebdom.*,

---

aliénés en état de vagabondage, ou secourus par leurs familles, ou retenus dans des prisons; ce qui portait à 12,000 environ le chiffre des aliénés existants; et leur dépense, qui ne s'élevait pas en 1833 à 1,200,000, approchait en 1836 de la somme de 1,700,000.

Enfin le nombre des établissements, qui n'était, en 1818, que de 8, atteignait, en 1836, le chiffre de 34.

Tel était l'état des choses en 1837, lors du rapport de M. Vivien à la chambre des députés (séance du 18 mars).

Depuis le vote de cette loi, on comptait, en 1836, d'après de précieux renseignements dus à l'obligeance de M. Legoyt, chef de bureau au ministère de l'agriculture et du commerce, et dont les travaux patients et consciencieux ont élevé la statistique au niveau d'une science, on comptait, disons-nous, en 1836, comme établissements affectés au traitement des maladies mentales : asiles au compte de l'État, 1; asiles au compte des départements, 38; quartiers d'hospices, 21; établissements privés, 45; total, 105.

Le nombre des aliénés, en France, se répartissait ainsi : aliénés secourus ou traités, 26,289; non secourus ou à domicile, 34,004; total, 60,293. Ce qui établirait comme proportion, pour 26,289 aliénés secourus, 1 sur 1370,89 pour toute la France. Et pour le département de la Seine, pour 4,056 aliénés secourus, une proportion de 1 sur 487,50.

Et la dépense, qui, en 1836, approchait de 1,700,000 fr. pour la France, s'élève aujourd'hui à 7,314,516 fr. 85 c.; dont, pour la province, 5,721,187 fr. 48 c.; et pour le département de la Seine, 1,593,329 fr. 37 c. Mais il ne faut pas oublier que les aliénés seuls du département de la Seine doivent nous occuper.

Au commencement du siècle, c'est-à-dire en 1801, le nombre des aliénés de la Seine traités dans les hospices de Paris s'élevait à 946; au 31 décembre 1851, il était de 3,061; au 20 mars 1860, il atteignait le chiffre de 4,056, ainsi réparti : dans les asiles de la Seine, 944 hommes, 1,424 femmes; dans les départements, 691 hommes, 997 femmes; total, 1,635 hommes et 2,421 femmes.

Dans l'espace de soixante ans, le chiffre des aliénés de la Seine traités dans les hospices a donc quadruplé, et dans une période de

1857, t. IV, p. 500) de montrer comment, avant et depuis M. Piorry, l'application du même principe avait donné lieu aux mêmes résultats sous la plume de Malacarne et de M. Pesaro. Cela nous avait aussi conduit (nous étions en plein *feuilleton*) à citer quelques exemples de mots étrangers à la médecine et supérieurs, pour l'ampleur et l'harmonie, à ceux de la nomenclature organopathologique. Nous nous permettrons aujourd'hui de consigner ici, à titre de simple curiosité, et aussi pour rendre M. Bousquet indulgent envers ses contemporains, le plus riche mot que nous connaissions. Il signifie, dans Aristophane, le menu entier d'un festin composé d'huîtres, salaisons, poissons, lottes, calvaires à la sauce piquante, silphium assaisonné avec du miel, grives, merles, pigeons, crêtes de coq grillées, cincles, civets, lièvres en civet, ailes de volaille.

***Lepadotemachoselachogaleocranioleipsanodrimypotrimmatosilphioprasomelitocatakechymenokichlepicossyphophattoperisterblectryonoptenkephalokinclopeleiolagôosiraiobaphètraganopterygôn.***

Voilà un substantif assez bien réussi. Il est vrai qu'on en ferait un meilleur encore, nous voulons dire plus long, en mettant à la file tous les organes du corps, avec la désinence *ite*. Il ne tient qu'à M. Piorry d'opérer ce chef-d'œuvre.

Nous terminerons par la reproduction d'un passage de l'Abeille médicale d'Athènes, datant déjà de plusieurs années, et qui ne manque pas d'à-propos. Nous n'en retranchons que deux ou trois mots un peu vifs qui pourraient brouiller M. Piorry avec..... le grec.

..... L'incohérence de la nomenclature de M. Piorry ressort de la nature même des choses, c'est-à-dire de la différence infinie qui existe entre l'antique langue hellénique et toutes les langues modernes.

L'ancienne langue grecque, ainsi que cela est connu de tous les hellénistes, est variée quant à l'accentuation, quant à la déclinaison, quant à la composition et surtout quant à la désinence; et principalement à cause de cette variété, elle offre une facilité peu commune pour la composition et la construction de mots nouveaux. Mais, pour atteindre ce but, il faut observer toutes les règles relatives à l'accentuation, à la composition et à la terminaison des mots, règles que les Grecs observaient en parlant et en écrivant comme en composant les mots. Il faut en outre ne pas s'éloigner trop des lois de l'euphonie, que les Grecs recherchaient avec beaucoup de soin. De plus, il faut, particulièrement dans la composition de mots nouveaux, ne pas s'écarter de l'analogie. Mais, pour nous faire mieux comprendre, rapportons ici quelques exemples.

Dans la composition de deux substantifs, ou d'un substantif avec un adjectif, les Grecs prenaient, autant que possible, le génitif du premier mot, cas dont la terminaison diffère toujours de celle du nominatif. Or, cette différence est essentielle pour les noms appelés *péritto-syllabes* (qui ont une syllabe de plus au génitif) et contractes (qui ont un accent circonflexe sur l'avant-dernière lettre); c'est pourquoi leur génitif diffère, non-seulement quant à la terminaison, mais encore quant à la quantité des syllabes. Il diffère en outre relativement à la terminaison longue ou brève du génitif et à l'accentuation. Le mot αἷμα, par exemple, fait au génitif αἵματος, et le mot δύναμις fait au génitif δυνάμεως. Mais, après la composition, les Grecs mettent toujours l'accent le plus loin possible de la terminaison. Ainsi, par exemple, il n'était permis aux Grecs ni d'écrire, ni de prononcer les mots Κωνσταντινόπολις, ἀρχιατρὸς, πασδύναμος; mais, suivant les règles de la composition des mots de leur langue, ils changeaient ces mots en ceux-ci : Κωνσταντινούπολις, ἀρχίατρος, παντοδύναμος.

Dans la composition des substantifs ou des adjectifs avec les verbes ou les participes, les Grecs observaient une autre règle essentielle. De quelque conjugaison que fût le verbe dont on se servait pour la composition d'un mot, toujours après la composition, ils le changeaient en périspomène (*contractes*). Le verbe baryton γράφω, par exemple, composé avec l'adjectif καλὸς ou κακὸς (et qui n'est pas contracte), était transformé en contracte ou périspomène; et ils n'auraient pas permis de dire : καλογράφω, ni κακογράφω, mais bien καλογραφέω-ῶ, κακογραφέω-ῶ. De même aussi le verbe en μι, δείκνυμι, composé avec αὐτὸς ou δάκτυλος était transformé en périspomène, et devenait αὐτοδεικτέω-ῶ, ou δακτυλοδεικτέω-ῶ, et le participe δακτυλοδεικτεόμενος, ούμενος.

Mais toutes les langues modernes, sans en excepter le français, ne sont point aussi variées, ni quant à l'accentuation, ni quant à la déclinaison, ni quant à la composition, ni quant à la désinence. Celui qui veut, au reste, composer ou fabriquer des mots de dérivation grecque, et les écrire avec les lettres *et suivant les règles* de composition des langues modernes, parmi lesquelles la plupart offrent seulement une petite variété d'accentuation, mais n'admettent presque aucun changement du mot, ni quant à la déclinaison, ni quant à la terminaison; celui, dis-je, qui veut entreprendre cette tache, doit nécessairement, et par la nature même des choses, tomber dans une foule de solécismes, dans des cacophonies flagrantes et complétement barbares, que non-seulement les oreilles grecques ne supporteraient pas, mais même celles qui sont accoutumées aux sons les plus rauques. Le savant professeur français est, suivant nous, tombé dans cet excès par un zèle exagéré pour la nomenclature..... (Traduit du grec par M. Briau.)

— M. Pasteur poursuit le cours de ses belles études sur la fermentation. En reproduisant dans le dernier numéro

---

neuf années il s'est élevé dans la proportion du quart en plus. D'où provient cet accroissement?

Les considérations qui se rattachent à cette grave question faisant partie de mon rapport sur Bicêtre et la Salpêtrière, je me bornerai à les résumer. Cet accroissement est dû :

1° A l'augmentation de la population générale du département de la Seine, qui, de 1,194,603 habitants en 1841, s'est élevée graduellement, en 1860, au chiffre de 1,977,400 habitants, soit environ une augmentation de deux tiers.

2° Au petit nombre de retraits par les familles des aliénés transférés, la statistique établissant que, sur 2,268 aliénés transférés de 1852 à 1858 inclusivement, ayant existé ou se trouvant encore dans les asiles de province, 65 seulement ont été retirés par leurs familles, soit 1 sur 34,81, tandis que, sur 13,379 aliénés traités dans le même laps de temps dans les asiles de la Seine, on compte 1,829 sorties avant guérison, soit 1 sur 7,31. Cette insuffisance des retraits tient d'abord au relâchement des liens de famille, lorsque la maladie se prolonge, puis à leur rupture complète, lorsqu'elle est favorisée par l'éloignement. Effectivement, un grand nombre de malades, dont l'intelligence est affaiblie à la suite d'accès de folie, et qui se dégradent dans les asiles, pourraient, au sein de leurs familles, recouvrer, avec une sage liberté, l'usage de leur entendement par l'exercice de la sensibilité morale, par la culture de l'intelligence et par le développement de la spontanéité. D'autres, qui eussent pu guérir à Paris avec le concours précieux de la famille, dans un temps jugé opportun par le médecin, deviennent incurables, et restent indéfiniment dans les asiles de province, où ils ont été malheureusement transférés. La statistique, en effet, prouve qu'avant les translations les guérisons étaient dans le rapport de 1 sur 2,30, tandis que depuis les translations de 1844 à 1858 inclusivement, elles sont descendues à 1 sur 3,30 sur la généralité du service. D'autres, quoiqu'à peu près ou même guéris, séjournent indéfiniment dans les asiles de province, soit parce que le médecin redoute de compromettre sa réputation scientifique et d'occasionner des frais à l'administration, en exposant un malade convalescent à une rechute par son brusque renvoi

(p. 154) la nouvelle communication qu'il vient de faire à l'Académie des sciences, nous nous étions réservé de présenter quelques remarques, ou pour parler plus net, quelques réserves, au sujet, non des faits qu'il dit avoir observés, mais des conséquences qu'il en tire. Voici de quoi il s'agit :

Il résultait jusqu'ici des expériences de M. Pasteur que le ferment libre qui transforme le sucre en acide lactique n'est pas identique avec les deux ferments qui déterminent la production de matière gommeuse, et que les deux derniers ne donnent pas naissance à l'acide lactique. Ces trois ferments sont constitués par des corpuscules *végétaux*. Or, aucun d'eux, s'il est pur, ne peut engendrer l'acide butyrique; il doit donc exister un ferment butyrique propre. C'est, en effet, ce que démontrent les nouvelles expériences. Mais elles démontrent en même temps deux choses inattendues, à savoir, que ce ferment est un *infusoire*, et que cet infusoire non-seulement peut vivre sans air, au sein de l'acide carbonique, mais est tué par l'air et l'oxygène.

Qu'un des trois ferments indiqués soit de nature animale quand les deux autres sont de nature végétale, on n'a pas de motif théorique pour le contester; les phénomènes de fermentation propres à l'organisme des animaux s'y produisent bien par l'action d'animaux-ferments. Mais quand on voit le ferment décrit par M. Pasteur tué par ce qui donne ordinairement la vie aux animalcules, vivant, au contraire, dans le milieu qui d'habitude les tue, ayant enfin les conditions d'existence des végétaux, il est permis de se montrer un peu exigeant à l'endroit des caractères d'animalité qu'on dit avoir constatés. Les petits corps observés par M. Pasteur sont manifestement des *vibrions*; il le dit d'ailleurs lui-même : les vibrions sont-ils des animalcules? Voilà la question.

Les vibrions sont doués de motilité ! Mais que de corpuscules susceptibles de mouvements, et qui appartiennent très certainement au règne végétal! Témoins les spores de certains acotylédonés, des algues, par exemple; les filaments contenus dans les anthéridies des mousses, des hépatiques, etc. On sait que plus d'un corps, classé, sur la foi de la motilité, parmi les infusoires, a dû descendre dans le domaine des végétaux. Il n'est pas jusqu'aux corps reproducteurs des éponges qui n'aient été et ne soient même encore ballottés entre les deux règnes. Arguera-t-on du mode de reproduction? M. Pasteur, croyons-nous, ne s'en est pas préoccupé; d'ailleurs, la fissiparité, par laquelle se reproduisent les vibrions, s'observe plus communément parmi les végétaux que parmi les animaux. Quant à la structure, elle est si simple chez les vibrions qu'il paraît bien difficile d'y saisir un caractère organique d'animalité.

Si nos objections étaient fondées, on devine la conséquence. M. Pasteur aurait conclu au rebours des données expérimentales. Il aurait dû inférer de l'action léthifère de l'oxygène sur les vibrions la nature végétale de ces derniers malgré leurs mouvements, tandis qu'il a inféré de l'existence des mouvements la nature animale des vibrions malgré l'action léthifère de l'oxygène. L'avenir prononcera; mais il était bon au moins de poser la question.

A. Dechambre.

---

Dans le précédent article, je me suis prononcé catégoriquement contre la réduction de l'intestin avec ou sans suture perdue, dans les cas où la perforation intestinale, grande ou petite, et quelle qu'en soit la cause, est dûment constatée pendant le cours d'une opération de hernie étranglée. Je considère cette pratique comme très imprudente et ne suis point ébranlé par les faits, d'ailleurs peu nombreux, qui tendraient à la faire adopter. La réussite prouve que les malades ne sont pas morts, mais non pas qu'on les a guéris. Il y a des gens qui ont tant de chance! La statistique qu'on pourrait établir avec les observations actuellement publiées ne représente certainement pas la vérité; elle laisse dans l'ombre bien des revers, et pourtant, telle qu'elle est, elle est déjà défavorable à la méthode que je condamne. Je sais bien que plusieurs auteurs recommandables, Lawrence et M. Velpeau en tête, recommandent la réduction lorsque la perforation est petite; mais, chose remarquable, ces mêmes auteurs s'élèvent contre la suture appliquée aux perforations plus grandes sans songer que ce moyen, quoique imparfait, doit inspirer plus de confiance que la réduction simple.

Dans l'impossibilité où l'on se trouve de trancher la question par les chiffres qui auraient sans doute le privilége de convaincre tout le monde, il faut se contenter du raisonnement suivant :

L'épanchement stercoral dans l'intérieur de l'abdomen est sans contredit un des accidents les plus redoutables qui puissent survenir à la suite d'une kélotomie.

La perforation intestinale, quel que soit son diamètre, y prédispose singulièrement, personne ne le contestera.

L'occlusion de la plaie intestinale par la suture ou par des adhérences provisoires n'en met pas sûrement à l'abri,

---

dans sa famille et dans la capitale, soit parce que l'asile est intéressé à conserver un travailleur qui, outre les services qu'il rend, procure encore des bénéfices par le prix élevé de sa pension; et dont le départ occasionnerait de nouveaux frais par la remise du pécule. D'autres enfin qui obtiendraient de leurs familles, par les émotions que font naître les relations et les visites, un congé d'épreuve et insensiblement leur sortie, sont à jamais abandonnés dans les asiles par suite de leur éloignement. Ce petit nombre de retraits dans les asiles départementaux contraste, d'une manière frappante, avec les sorties avant guérison qu'obtiennent, pour leur propre compte, les asiles de province, et ce contraste dépend évidemment de la différence des conditions créées par des situations différentes. Ainsi, tandis que l'administration des asiles de province, disposant à l'égard de ses aliénés des moyens qui lui manquent vis-à-vis des étrangers, est intéressée à les faire sortir, elle conserve, au contraire, ceux de la Seine, sur lesquels elle prélève de gros bénéfices. N'avons-nous pas vu, en effet, que dans certains asiles le prix de journée des aliénés de la Seine, s'élevant à 1 fr. 25 c., sert non-seulement à constituer d'énormes bonis, mais encore à réduire de plus de moitié (60 centimes) le prix de journée des aliénés. Aussi remarque-t-on que la durée moyenne de séjour comparative de 1844 à 1858, dans les asiles de Paris et dans ceux de la province, est dans la proportion de 315 à 3,073 journées pour les hommes, et de 624 à 3,303 pour les femmes, malgré la grande quantité d'incurables dans les hospices de la Seine. Les translations, loin d'atténuer l'accroissement progressif des aliénés de la Seine traités dans les asiles, l'ont donc augmenté. Ce petit nombre de retraits provient encore du fractionnement du service médical des hospices de la Seine, qui a rompu cette unité d'intérêt, de responsabilité, de pouvoir et d'action qui place l'autorité dirigeante à une hauteur de vue qui lui manque lorsqu'elle s'amoindrit par la division. En effet, s'il est incontestable que les malades ainsi fractionnés sont mieux étudiés dans chaque service, et que le détail scientifique y gagne, on ne saurait méconnaître que l'ensemble du service perd cette unité de pensée qui imprime au mouvement une énergie, une rapidité que lui enlève

comme le prouvent des faits multipliés. En présence d'une éventualité aussi formidable, et contre laquelle on est d'ordinaire impuissant, c'est un devoir de prendre les précautions les plus sévères. Or, il existe un moyen qui la prévient à peu près sûrement : c'est la formation méthodique d'un anus contre nature. Donc il faut sans hésitation mettre ce moyen en usage.

Mais tout le monde ne sera pas du même avis; voyons donc les objections :

1° L'épanchement stercoral peut manquer absolument alors même que l'intestin perforé a été réduit : Tant mieux, diraije, pour les malades sur lesquels ce hasard heureux a été observé ; tant pis pour ceux qui, plus tard, n'auront point le même bonheur ; tant pis encore pour le dogme chirurgical, qui s'augmente d'un précepte dangereux de plus.

2° L'épanchement stercoral survenant n'est funeste que lorsqu'il se fait du côté de la cavité abdominale; bien souvent l'intestin rompu verse son contenu dans une cavité préformée par les adhérences, d'où une sorte de péritonite stercorale circonscrite, ou dans le tissu cellulaire voisin de l'anneau, d'où un phlegmon stercoral, ou dans la plaie elle-même de la kélotomie, d'où anus contre nature de petite dimension et guérissant de coutume spontanément et rapidement.

Je réponds : L'épanchement stercoral intra-péritonéal fût-il infiniment rare, ce qui n'est pas, une grande responsabilité pèse sur le chirurgien qui, pouvant le prévenir, a négligé de prendre contre lui les précautions nécessaires : car celui-là encourt l'accusation d'homicide par imprudence qui, ayant un chien enragé, oublie de l'attacher, de le museler ou de le faire abattre. La péritonite stercorale enkystée, le phlegmon stercoral, sont presque aussi graves que l'épanchement; ils sont assez fréquents pour qu'on doive les prévoir. Qu'opposer, d'ailleurs, au vieux proverbe : *Prudence est mère de sûreté?* et que risque-t-on à se mettre à l'abri du blâme, dût ce blâme n'être mérité qu'une fois sur cent? J'accorde que la rupture intestinale s'effectue souvent du côté de la plaie; cette terminaison, qui peut se faire attendre plusieurs jours et même plusieurs semaines, est considérée comme une des meilleures dans le cas actuel; elle aboutit, en somme, à la formation spontanée d'un anus contre nature. S'il en est ainsi, pourquoi n'avoir pas réalisé sur-le-champ avec précision, méthode et en temps opportun, ce que la nature fait peut-être imparfaitement, tardivement, à l'aveugle, et non sans grands risques et périls?

3° Une objection plus spécieuse est celle-ci : la création de l'anus contre nature n'est pas, dira-t-on, un de ces moyens héroïques qui assurent nécessairement un pronostic favorable; beaucoup de malades chez lesquels on l'a établi ont succombé nonobstant, par suite des troubles généraux graves auxquels ils étaient en proie au moment de l'opération, et, accusation plus sérieuse *à des accidents issus de l'anus contre nature lui-même.* Lorsque cette infirmité palliative est établie, elle peut ne pas guérir seule, et l'expérience démontre que la cure spontanée est plus rapide, plus fréquente quand l'anus contre nature s'est formé de lui-même que lorsqu'il est du fait du chirurgien. Si cette infirmité devient permanente, elle condamne l'opéré à des tourments sans nombre, moraux ou physiques, ou bien elle nécessite des opérations qui ont une gravité intrinsèque incontestable, qui échouent assez souvent et qui, d'ordinaire, tiennent le patient longtemps soumis à l'action chirurgicale. De sorte que si l'on additionnait d'un côté toutes les chances funestes que vous attribuez à une pratique dite téméraire, et celles qui résultent d'une conduite que vous qualifiez de prudente, la balance pencherait peut-être de notre côté, et nous aurions eu, de plus, l'avantage d'avoir obtenu nos succès dans un délai beaucoup plus court que vous ne le pouvez faire.

Cette argumentation présente une force apparente que je me garderais bien de méconnaître. Comme je cherche seulement la vérité, et non à soutenir quand même une idée préconçue, j'accepte le débat sur ce nouveau terrain. Il est manifeste, en effet, que la discussion est déplacée, qu'il n'est plus directement question des perforations intestinales, mais bien des avantages et des inconvénients de l'anus contre nature. D'assiégeant je deviens assiégé; j'ai attaqué les demi-mesures, je dois défendre les mesures radicales.

Il est bien évident que l'établissement de l'anus contre nature ne sauve pas nécessairement le *malade, sans quoi* la thérapeutique de l'étranglement herniaire serait singulièrement simplifiée, puisque pour assurer la vie immédiate, il suffirait d'ouvrir l'intestin hernié.

Dans les cas graves, la mort peut survenir en dépit de l'opération, parce que l'économie est trop profondément atteinte pour se relever, parce que les lésions intestinales au-dessus de l'étranglement sont trop avancées, parce que la péritonite continue ses progrès, etc. ; mais personne ne songera à mettre l'issue funeste sur le compte de l'anus contre nature, et personne ne conteste que, dans ces cas désespérés, l'ouverture de la tumeur herniaire a procuré plus d'une fois de véritables résurrections.

Mais, abstraction faite des causes de mort que je viens

---

la division. N'est-il pas évident que le médecin à qui est confiée la totalité du service devra d'autant plus vivement s'en préoccuper que seul il en possède l'ensemble, que seul il en apprécie les défauts, que seul il en a la responsabilité. C'est un des motifs qui expliquent les chiffres plus élevés des sorties par guérison antérieurement à ce fractionnement, et ce qui motiverait un retour à l'unité de direction supérieure pour cet important service.

3° L'accroissement progressif du chiffre des aliénés de la Seine traités dans les hospices de Paris résulte encore de la facilité avec laquelle s'effectuent les placements. Tout aliéné, quelque inoffensif qu'il paraisse, étant considéré à Paris comme pouvant être dangereux, apporter du trouble dans la capitale ou attenter d'une manière quelconque à la sécurité du chef de l'État.

4° Il tient encore à l'extension de l'assistance publique au traitement des idiots et des imbéciles.

5° A l'admission abusive, dans le service des aliénés, de personnes dont l'intelligence est affaiblie, mais qui ne devraient pas être confondues avec les aliénés proprement dits, leur place naturelle étant indiquée dans les quartiers d'hospices consacrés aux infirmes. La statistique que nous avons dressée établit que le dixième des malades séjournant dans les sections d'aliénés se trouve dans ce cas. (Voyez la séance de la chambre des députés du 27 mars 1838, rapport de M. Vivien.)

6° A la division du service des aliénés entre deux autorités éminentes placées à deux points de vue différents : l'administration, qui ordonne la séquestration, n'ayant point à s'occuper de pourvoir à la dépense, et, par conséquent, n'étant nullement intéressée à restreindre le nombre des admissions. Aussi a-t-on vu successivement disparaître, sous l'influence de l'encombrement des locaux, tous les placements volontaires.

7° Mais, indépendamment des causes signalées ci-dessus, cet accroissement du chiffre des aliénés de la Seine reçus dans les asiles, ne tiendrait-il pas à une augmentation réelle du nombre des aliénés dans ce département? Sans rien hasarder sur l'influence des causes productrices de la folie, il faudrait savoir, par des études comparatives, s'il existe des conditions propres aux temps mo-

d'énumérer, il est certain que les accidents mortels prennent parfois origine dans la région même de l'anus contre nature. L'un des bouts de l'intestin, le supérieur surtout, peut se rétracter dans le ventre ou se rompre au-dessus de l'anneau ; les matières stercorales irritent la plaie extérieure et font naître des complications graves. L'entonnoir membraneux s'engorge, se rompt, et l'épanchement stercoral se montre, quoique tardif. Si l'éperon se forme, il faut le détruire par des moyens qui ne sont pas sans péril ; si l'orifice ne se cicatrise pas, il faut le fermer par des opérations anaplastiques qui peuvent remettre la vie en question ; si l'anus contre nature siége près de l'estomac, le malade mourra d'inanition. D'où il résulte que si les chirurgiens adoptent l'anus contre nature dans le cas de gangrène étendue, où il n'y a presque rien autre chose à faire, on conçoit la répugnance qu'ils éprouvent à y recourir quand ils peuvent éviter toutes ces chances ultérieures mauvaises par des procédés beaucoup plus simples.

Voici ce que je crois pouvoir répondre : Dans les cas extrêmes, où la vie est compromise par *plusieurs* éventualités primitives ou consécutives, il faut courir au plus pressé, et ici l'accident le plus immédiatement redoutable est l'épanchement stercoral. C'est donc contre lui qu'il faut tout d'abord se mettre en garde, et si l'on m'objecte que la formation de l'anus contre nature ne garantit pas toujours contre cet épanchement, je me fais fort de démontrer que la faute n'en est pas à la méthode, mais bien au procédé que l'on a employé, et nous retombons ici dans le champ de la médecine opératoire.

Il existe, en effet, plusieurs procédés ; quelques-uns sont tout à fait insuffisants et méritent très bien l'épithète de *demi-mesures*. A ce titre, je les proscris.

*Pour se diriger sûrement dans le choix du procédé*, examinons les conditions à remplir, lorsqu'on pratique un anus contre nature artificiel :

1° L'intestin doit être fixé au dehors assez solidement pour que sa rentrée brusque dans l'abdomen soit impossible et que sa rétrocession s'effectue, au contraire, par le mécanisme lent et progressif qu'emploie la nature dans les cas heureux. Les deux bouts doivent être fixés dans des rapports convenables, ne fût-ce que pour favoriser leur réunion spontanée consécutive ou pour pouvoir les retrouver plus tard si l'opération anaplastique devient nécessaire, la guérison spontanée faisant défaut.

2° On doit laisser dans la plaie extérieure et y fixer toute portion suspecte d'intestin, qu'elle siége au sommet, au corps ou au pédicule de l'anse étranglée ; d'où la nécessité d'explorer scrupuleusement cette anse dans toute son étendue, et par conséquent d'attirer au dehors le point qui a subi la constriction.

3° On ne doit jamais reporter dans le ventre, je ne dis pas seulement un point perforé ou gangrené, mais même une portion d'intestin dont la vitalité est douteuse, car elle pourrait s'y rompre plus tard. Comme on ne sait pas toujours à quelle distance, autour d'une perforation ou d'une plaque mortifiée, s'étendra le sphacèle intestinal, il vaut toujours mieux attirer au dehors et fixer l'intestin trop que trop peu.

4° La quantité d'intestin fixée au dehors doit être telle qu'il existe entre le péritoine (face profonde de l'anneau) et l'ouverture anormale une distance suffisante pour éloigner la séreuse du foyer de la plaie extérieure, pour empêcher toute infiltration des matières et la propagation de dehors en dedans de l'inflammation dont la plaie externe est naturellement le siége.

5° L'intestin doit être assez largement ouvert pour que l'écoulement des matières et des gaz retenus dans le bout supérieur soit prompt et facile, car il ne faut pas oublier que dans la rétention des matières résident le principal danger de l'étranglement herniaire et la cause essentielle des accidents locaux et généraux : c'est à cette évacuation que l'anus contre nature doit surtout son efficacité.

6° Par conséquent, sans se préoccuper des principes absolument contradictoires et exclusifs donnés par les auteurs, on débridera ou l'on ne débridera pas, suivant que le rétablissement du cours des matières l'exigera ou ne l'exigera pas. Le débridement sera le plus souvent utile d'abord pour remplir cette indication impérieuse, puis pour explorer complétement l'anse herniée, enfin pour pouvoir fixer convenablement l'intestin au dehors.

7° En établissant l'anus contre nature on prendra les plus grandes précautions pour ne pas laisser les matières stercorales, les gaz délétères, les fluides gangréneux pénétrer dans la cavité abdominale. La plaie extérieure sera tenue largement ouverte et l'on prendra toutes les précautions convenables pour favoriser pendant le temps nécessaire l'écoulement facile des matières intestinales au dehors.

D'après les préceptes que je viens de formuler il est évident qu'un bon nombre de procédés proposés jusqu'à ce jour dans le cas de hernie avec gangrène sont défectueux et n'offrent pas de sécurité ; il me suffira de les énumérer, et avec un peu de réflexion le lecteur verra sans peine en quoi ils pèchent.

---

dernes capables de développer, sur une plus vaste échelle, le germe de cette funeste maladie, et de provoquer la séquestration. Quelle est l'importance de leur rôle, le jeu de leur action. Ces études, on le conçoit facilement, seraient de nature à occuper les veilles de l'homme de science pendant longtemps pour amener de sérieux résultats. Elles ne peuvent qu'être indiquées dans un si rapide travail.

GIRARD DE CAILLEUX,
Inspecteur général des asiles d'aliénés de la Seine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

— M. le docteur Levallois (d'Angoulême), a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Charente, et M. le docteur Ormières, président de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Réunion.

— M. le docteur Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine, à Cherbourg, vient de recevoir la décoration de Saint-Stanislas de Russie.

— On nous assure que l'administration de l'Assistance publique s'est décidée à maintenir le service médical récemment institué à la ferme Sainte-Anne. On cite parmi les compétiteurs MM. les docteurs Jules Falret, Auguste Voisin, Lisle et Berthier. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Le 5 avril prochain, sera ouvert, à l'administration de l'Assistance publique, un concours pour une place de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au mercredi 20 mars.

— M. le docteur Sichel vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie. et M. F. Cazalis, de Montpellier, chevalier de l'ordre piémontais des Saints Maurice et Lazare.

---

MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu le mardi 26 mars, dans la salle du conseil de la Faculté, à midi précis.

1° Réduction de l'intestin avec simple fil passé dans le mésentère.

2° Réduction de l'intestin avec une ou plusieurs anses passées à travers sa paroi.

3° Réduction de l'intestin avec corps étrangers introduits dans sa cavité et destinés à appliquer la partie blessée contre la surface pariétale du péritoine.

4° Réduction de l'intestin avec suture de l'ouverture intestinale au pourtour de l'anneau.

5° Abandon simple des viscères dans le sac avec ou sans débridement, qu'il y ait perforation circonscrite de l'intestin ou gangrène limitée, ou interruption complète de l'anse par mortification plus ou moins étendue.

6° Fixation complète par la suture des deux bouts de l'intestin ou du pourtour de la perforation, avec les lèvres de la plaie cutanée, avec ou sans résection des parties altérées.

Ce dernier procédé exécuté avec soin et conformément aux principes énoncés plus haut, est sans contredit le meilleur. Mais il présente aussi un inconvénient sérieux qu'il ne faut pas dissimuler, il prédispose plus que tout autre à la formation d'un anus contre nature permanent, c'est-à-dire non susceptible de guérison spontanée et par conséquent nécessitant plus tard et la section de l'éperon et les opérations anaplastiques destinées à former l'orifice extérieur. Sous ce rapport il est inférieur aux procédés qu'emploie la nature dans les cas de cure spontanée et que reproduisent certains des modes énumérés plus haut.

Il conviendrait donc de le modifier autant que possible, de manière à lui laisser toute son efficacité contre l'épanchement stercoral, et à éviter cependant la permanence d'une difformité aussi rebelle que fâcheuse pour les malades. On peut y arriver dans quelques cas en considérant quelles conditions s'opposent à la guérison naturelle de l'anus contre nature. Il y en a deux principales : la présence de l'éperon, puis la soudure de la muqueuse intestinale à la peau. On n'a guère d'action sur la première, la formation de l'éperon dépendant de l'étendue de la perte de substance intestinale; mais en revanche on peut éviter la seconde en s'opposant à la réunion des lèvres muqueuses et cutanées qui transforme l'orifice externe de l'anus contre nature en une ouverture désormais soustraite à l'oblitération. En faisant donc la suture intestino-cutanée, on s'efforcera de ménager entre les deux parties une zone non recouverte d'épiderme ou d'épithélium, susceptible de donner naissance à un anneau de bourgeons charnus qui s'effacera peu à peu par rétraction en dépit du contact des matières intestinales, et qui amènera l'occlusion définitive de l'ouverture anormale. Les pansements soignés, quelques excisions superficielles au besoin concourent avantageusement à ce résultat.

On conçoit que pour rendre évidentes toutes les propositions que je viens de formuler, il aurait fallu entrer dans des développements que ne comporte guère un simple article de journal. Cependant, plus je pénètre dans le cœur de la question, plus je suis convaincu de la nécessité de recourir plus souvent qu'on ne le fait à la création de l'anus contre nature dans les hernies étranglées. La mortalité après la kélotomie est si effrayante quand l'étranglement est ancien, quand l'intestin est très altéré et que la péritonite est déjà développée, qu'il faut chercher tous les moyens capables d'arracher à la mort un plus grand nombre d'opérés. Je crois qu'on y parviendra en se montrant plus réservé sur la réduction. Toutes les fois qu'on pourrait craindre non-seulement l'épanchement immédiat, mais encore la perforation future, la rétention prolongée des matières contenues dans le bout supérieur et l'augmentation de la péritonite par la réduction des parties malades, il vaudrait mieux garder les viscères à l'extérieur.

Je vais énumérer les cas où il me semble nécessaire de pratiquer sans hésitation la fixation au dehors et l'ouverture de l'intestin :

1° Perforation de l'intestin, grande ou petite, siégeant sur la convexité de l'anse intestinale ou au niveau de l'anneau contricteur.

2° Ulcération incomplète portant sur la tunique externe ou ayant divisé les tuniques internes de façon que la paroi ne consiste plus que dans la seule membrane séreuse.

3° Gangrène de l'intestin même peu étendue et sans trace de perforation évidente.

4° Altération douteuse de la paroi intestinale n'offrant pas les caractères tranchés de la gangrène confirmée, mais laissant du doute dans l'esprit : dans ce doute il faut s'abstenir... de réduire.

5° Contusion violente et étendue de l'intestin provenant le plus souvent d'un taxis immodéré, toutefois sans rupture ni gangrène actuelle. La contusion intestinale née dans ces circonstances est beaucoup moins rare qu'on ne pense, elle est à peine indiquée dans les livres et compte cependant notablement dans les suites funestes qu'on observe après le taxis forcé ou prolongé.

6° Rétrécissement considérable du calibre intestinal au niveau du point étranglé. Scarpa a déjà dit que l'insuccès après l'opération tenait surtout à deux causes : la première est l'inflammation propagée à l'abdomen par l'anse intestinale étranglée et réduite; la seconde consiste en ce que les parois de cette portion d'intestin qui étaient devenues plus épaisses par la pression continue de l'anneau, perdent alors une partie de leur contractilité, et que le cours des matières se trouve ainsi retardé ou empêché... Le seul moyen de guérison dans ce dernier cas, est la formation d'un anus artificiel, lorsque la partie de l'intestin, qui est désorganisée, se trouve immédiatement en rapport avec la plaie extérieure (1).

7° Dans des cas très rares d'adhérences générales des viscères au sac, Arnaud a ouvert l'intestin pour débrider par l'intérieur de la cavité. C'est encore là pour la création d'un anus contre nature, une indication très exceptionnelle, mais qui peut être légitime.

8° Si, enfin, l'anse herniée renfermait un corps étranger, il faudrait, d'après le conseil des auteurs, l'extraire et fixer l'intestin au dehors.

On trouvera peut être exorbitantes les indications qui précèdent. J'y suis arrivé en lisant, non pas les livres classiques, mais bien les observations de hernies étranglées opérées et terminées par la mort. En examinant les causes de la terminaison funeste, j'ai pu nombre de fois en accuser la réduction intempestive, et j'ai acquis la conviction qu'en retenant l'intestin au dehors on aurait pu sauver une certaine proportion de ces opérés. Je ne crois pas téméraire de le dire et de pousser autant que possible les praticiens dans une autre voie.

Je regrette que l'espace ne me permette pas de faire un parallèle complet entre la réduction et l'ouverture de l'intestin dans les cas graves d'étranglement. Plusieurs arguments solides prouveraient l'avantage de la seconde méthode sur la première.

Ar. Verneuil.

(1) *Supplément au Traité pratique des hernies*, p. 26. Voyez aussi, pour le rétrécissement de l'intestin, le *Dictionnaire* en 60 vol., p. 150, t. XXI. Richerand.

Nous sommes assez heureux pour pouvoir publier *in extenso* le rapport fait par M. Girard de Cailleux à M. le préfet de la Seine sur les asiles d'aliénés du département. Nos lecteurs apprécieront ce travail, dans lequel la forme concise du rapport administratif s'allie on ne peut plus heureusement à un fond substantiel, où se révèlent à haut degré les qualités de l'administrateur et le savoir du médecin. A. D.

---

## II

## REVUE CLINIQUE.

CANCER DU POUMON ET DE LA PLÈVRE. ÉPANCHEMENT DE LIQUIDE SANGUIN DANS LA PLÈVRE. MORT. AUTOPSIE : travail lu à la Société anatomique, par M. DESCROIZILLES, interne des hôpitaux.

Gauteret (Jean), cinquante-cinq ans, journalier, né à Paris (Seine), est entré le 3 août 1860 dans le service de M. Barth, salle de l'Ange-Gardien, n° 1.

C'est un homme de taille moyenne, de constitution autrefois assez vigoureuse, maintenant très débilitée et amaigrie. Son aspect général révèle à première vue un état grave et de vives souffrances.

Il ne donne sur ses antécédents que des détails peu complets et probablement en partie inexacts. Père d'une nombreuse famille qu'il est obligé de soutenir, il vit depuis plusieurs années dans un état voisin de la misère; sa profession consiste à servir les maçons. Ses parents, dit-il, ont toujours joui d'une bonne santé ; son père est mort à un âge avancé et sa mère existe encore. Il était lui-même habituellement bien portant jusqu'à l'âge de plus de quarante ans, et jamais il n'avait eu de maladie sérieuse avant cette époque. Il faut noter cependant une certaine tendance à l'oppression et à l'essoufflement, et une disposition assez prononcée aux bronchites légères ou aux coryzas. Pendant plus de vingt ans il exerça le métier de marchand ambulant, sans cependant se fatiguer outre mesure ; il se trouvait alors dans de bonnes conditions hygiéniques, et c'est seulement lorsqu'il changea de profession et qu'il devint garçon maçon qu'il fut soumis à des privations de toutes sortes. A partir de ce moment, c'est-à-dire à dater de quatre ou cinq ans, sa santé s'altéra rapidement, et des rhumes fréquemment répétés ne tardèrent pas à dégénérer en toux continuelle avec expectoration abondante, dyspnée très intense à certains moments et sous l'influence de causes quelquefois légères. Il continua cependant ses travaux jusqu'au milieu du mois de mai dernier, et c'est vers ce moment seulement, qu'atteint d'un point douloureux à la partie latérale gauche de la poitrine, perdant complétement les forces et sentant la dyspnée s'accroître avec une effrayante rapidité, il se décida à prendre le lit qu'il n'a plus quitté depuis, si ce n'est peut-être pour s'asseoir sans sortir de sa chambre. Sur cette dernière période de ses antécédents, il ne donne aucun détail circonstancié. Deux vésicatoires ont, dit-il, été appliqués sur le côté gauche. On a donné des boissons émollientes, prescrit le repos, le régime adoucissant; plus tard, on a essayé du vin de quinquina. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, des symptômes d'embarras gastrique se sont manifestés, et deux vomitifs ont été donnés coup sur coup. Aucune amélioration ne s'est produite, et, se trouvant à bout de ressources, le malade est venu à l'Hôtel-Dieu.

Le 3 août, nous le trouvons avec un état fébrile modéré, 85 à 90 pulsations, le pouls petit et dépressible, mais régulier, la peau chaude sans être brûlante, avec un léger abaissement de température aux extrémités. La face est anxieuse, très pâle, violacée sur quelques points ; les yeux sont excavés, mais très brillants ; la langue ne présente pas d'enduit, mais sa coloration est moins rouge qu'à l'état normal. Le principal symptôme est une dyspnée très prononcée avec accélération des mouvements respiratoires (36 par minute), et impossibilité de rester dans la station horizontale. A la percussion, on rencontre une sonorité normale à droite; à gauche, au contraire, une matité complète avec absence de toute élasticité de la paroi; cette matité existe en arrière comme en avant, comme sur la partie latérale dans toute la hauteur; et, dans le sens transversal, elle s'étend en avant jusqu'au bord droit du sternum. A l'auscultation, on entend à droite un murmure respiratoire rude et mêlé de râles sonores ; à gauche, le bruit vésiculaire fait complétement défaut ; mais son absence est masquée par quelques râles vibrants à son grave. Les signes d'auscultation sont les mêmes en avant et sur le côté qu'en arrière : on ne constate, du reste, ni égophonie, ni souffle tubaire; les vibrations de la voix semblent éloignées de l'oreille et ne se transmettent pas à la main appliquée sur le thorax. Les bruits du cœur sont notablement déplacés, et leur maximum est à peu près au niveau du bord droit du sternum. Tous deux, d'ailleurs, sont faibles, mais nettement frappés et réguliers. Notons enfin une dilatation de toute la moitié gauche du thorax, facile à constater par la vue seule. Si l'on en excepte une légère constipation, les organes digestifs n'offrent aucun signe de quelque valeur. Le ventre est souple, peu sensible à la pression ; la miction s'accomplit normalement, les membres ne sont le siége d'aucune douleur, et les phénomènes intellectuels semblent s'exécuter dans toute leur intégrité.

On prescrit une potion antispasmodique éthérée, de la manne sucrée pour tisane, et trente ventouses sèches sur les extrémités inférieures et sur la poitrine.

Le 4 août, l'état a peu changé, la nuit a été mauvaise. A l'auscultation et à la percussion, mêmes signes qu'hier, absence d'ailleurs de toute espèce de craquement aux deux sommets, expectoration nulle. Pouls encore plus faible qu'hier à 92. Peau sèche, un peu terreuse et léger abaissement de température aux extrémités et à la face, comme hier violacée sur les joues. Dyspnée intense, 36 inspirations par minute. Langue pâle, haleine sans fétidité, pas d'appétit; faiblesse excessive. On prescrit la tisane de tilleul, une potion avec sirop d'ipéca, 15 grammes, et teinture de digitale, 10 gouttes; une portion; des sinapismes matin et soir sur les extrémités. . . . . . . . . . . . .

Le 5 août, aucun changement depuis la veille, la dyspnée est même plus intense que les jours précédents ; les résultats de l'auscultation, de la percussion, de la palpation thoracique, ne varient pas. Le pouls, petit et très concentré, reste à 90. Le malade semble s'affaiblir de jour en jour; il a fort peu dormi depuis son entrée à l'hôpital et a passé hors du lit une grande partie de la nuit dernière. Son abattement est extrême, et il ne répond que péniblement aux questions qu'on lui adresse. Même prescription.

Le 6, pas d'amélioration ; dyspnée toujours croissante ; depuis douze heures, toux très pénible avec expulsion de quelques mucosités blanchâtres sans contours nettement limités et sans mélange de sang. La matité ne diminue pas, les signes d'auscultation restent les mêmes; en présence des menaces de suffocation de plus en plus prononcées, la ponction du thorax semble nécessaire et est décidée pour le lendemain matin.

Dans la soirée, des accès de suffocation se produisent à plusieurs reprises et cessent à la suite de l'application de sinapismes. Le malade ne peut rester couché et passe toute la nuit chaudement enveloppé et hors de son lit.

Le 7, ponction du thorax par le procédé habituel avec un trocart simple entouré de baudruche, au niveau du quatrième espace intercostal en partant de la douzième côte. Aucun changement, d'ailleurs, ne s'est produit depuis hier. Au grand étonnement de tous les assistants, un liquide complétement analogue à du sang quant à l'aspect s'écoule par la plaie, et sa quantité s'élève à 3 litres 80 centilitres. Un soulagement progressif est signalé par le malade pendant que cet écoulement a lieu, et il est aisé de constater qu'avant la fin de l'opération la dyspnée a notablement diminué. La journée se passe sans accident, sans tendance à la syncope ; le pouls, d'abord très faible, a repris un peu de force vers cinq heures du soir et bat régulièrement 80 fois par minute. La face a une expression plus naturelle, le nombre des inspirations n'est plus que de 28. La nuit est sensiblement plus calme, et le malade peut la passer dans son lit.

Le liquide obtenu par la ponction est, ce jour même, examiné

au microscope et présente un certain nombre de globules sanguins, sans mélange d'autre élément. Recueilli dans un verre, il se décompose comme du sang pur en deux couches, l'une qui, rouge et opaque, gagne le fond, et l'autre qui, de couleur jaunâtre et analogue au sérum, reste à la surface.

Le 8, amélioration sensible. Dyspnée beaucoup moins marquée, 24 inspirations seulement par minute, pouls à 80, moins faible que tous les jours qui ont précédé. A l'auscultation, on trouve toujours une absence complète de murmure respiratoire avec quelques râles sonores; mais à la percussion, une légère sonorité se produit au-dessus et un peu au-dessous de la clavicule. La faiblesse est toujours très grande. Même prescription que les jours précédents, plus 60 grammes de vin de quinquina.

Le 9 et le 10, l'amélioration continue. L'appétit est encore très faible, mais cependant le malade a pu manger une côtelette; sa voix est plus forte, sa figure beaucoup plus calme, le pouls est à 75, ses nuits sont moins agitées. Le murmure respiratoire est toujours complétement absent; mais le retour à la sonorité des parties qui environnent la clavicule est plus complet, et les bruits du cœur ont en partie repris leur place. Dans les trois quarts inférieurs du poumon la matité ne diminue pas et l'élasticité reste nulle.

Le 12 août, l'amélioration constatée pendant les jours précédents a cessé. La dyspnée se reproduit avec anxiété de la face, refroidissement des extrémités, tendance à la syncope, agitation la nuit. La recrudescence semble marcher avec une très grande rapidité. L'état du thorax ne se modifie pas.

Le 13, aggravation très prompte, pouls insensible le matin, peau froide et mouillée d'une sueur visqueuse, 40 inspirations à la minute, réponses nulles, un peu de subdelirium par intervalle.

Le malade succombe à onze heures du soir le même jour.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin par M. Barth lui-même, trente-six heures après la mort; cet examen a conduit à la découverte des lésions suivantes.

1° Dans la plèvre du côté gauche, 1 litre 1/2 environ de liquide complétement semblable à celui qui s'est écoulé au moment de la ponction. Cette accumulation de liquide déterminait une voussure très notable du diaphragme qui, sur toute sa moitié gauche, présentait des courbures à convexité inférieure.

2° La plèvre gauche, en entier épaissie, se présentait avec des plaques blanchâtres à contour irrégulier, les unes aplaties, les autres à surface légèrement convexe, et ces plaques donnaient issue par la section à un liquide dont tous les caractères rappelaient aussi nettement que possible les traits du suc cancéreux. Toutes ces plaques existaient à la surface interne de la séreuse, dont la cavité était à peu près intacte. Très peu d'adhérences s'étaient établies entre les différents points de cette surface.

3° Le poumon gauche lui-même était réduit à la moitié de son volume normal. Son tissu, non crépitant, imperméable à l'air et tombant immédiatement au fond d'un vase rempli d'eau, offrait une dureté et une densité considérables, et une couleur d'un blanc sale; il se déchirait avec la plus grande facilité, et la pression faisait venir aux surfaces sectionnées un liquide semblable à celui des plaques trouvées dans la plèvre. Cette altération, dont la nature cancéreuse semblait aussi évidente que possible, existait dans toute l'étendue du lobe inférieur, excepté à sa face supérieure, près de la racine des bronches; elle existait aussi, mais moins également répandue, dans le lobe supérieur. Tous les points non envahis par la dégénérescence cancéreuse paraissaient infiltrés, mais de sérosité simple. L'altération principale avait respecté les grosses bronches; mais leurs radicules terminales avaient, surtout dans le lobe inférieur, complétement disparu et se trouvaient confondues avec le parenchyme dégénéré.

4° Le poumon droit était sain dans toute son étendue; la base seule offrait quelques signes d'hypérémie légère. Ajoutons qu'au sommet gauche, comme au sommet droit, on ne trouvait aucune trace de tubercule à une période d'évolution quelconque.

5° Le cœur, très faiblement dilaté, ne présentait aucune altération d'orifice ni de valvule. Les veines pulmonaires gauches n'étaient pas perméables à leur entrée dans le poumon, et cette absence de perméabilité pouvait expliquer l'œdème constaté sur plusieurs points du poumon de ce côté.

6° Le larynx, la trachée, les branches de bifurcation jusqu'à leur entrée dans le tissu pulmonaire, étaient sains; mais le tissu cellulaire environnant au-devant du rachis, et les ganglions lymphatiques placés à l'angle de bifurcation de la trachée, étaient envahis par la dégénérescence cancéreuse.

7° Enfin la lésion avait gagné plusieurs points des organes abdominaux. Sur la petite courbure de l'estomac, à droite de l'œsophage, on trouvait une petite masse cancéreuse qui n'avait point encore attaqué la muqueuse et avait, au contraire, intéressé le tissu cellulaire placé en dehors de la paroi; plusieurs foyers carcinomateux très bien limités, du volume d'un pois ou d'une noisette, existaient dans le foie, presque tous situés près de la face inférieure et de son extrémité gauche. Enfin quelques ganglions prélombaires avaient subi la dégénérescence; la rate, le pancréas, les reins, la vessie, l'intestin, étaient exempts de toute lésion.

Telle est cette observation, qui nous semble remarquable à plus d'un titre. Non-seulement un cancer du poumon et de la plèvre est toujours une rareté pathologique, et, sous ce rapport, mérite une sérieuse étude, mais encore le cas actuel présentait des difficultés de diagnostic exceptionnelles, à cause de ses symptômes insolites. Lorsque le malade arriva à l'hôpital, il fut bien aisé de reconnaître l'existence d'un épanchement considérable, et, comme les antécédents n'avaient révélé aucune particularité qui pût faire soupçonner une altération indépendante de l'épanchement et antérieure à lui, on dut croire à une pleurésie survenue vraisemblablement à la suite d'une affection pulmonaire ancienne déjà, de bronchites répétées avec tendance à l'emphysème et à l'asthme, passant à l'état chronique sous l'influence de circonstances hygiéniques défavorables. Il en fut ainsi jusqu'au moment de la ponction, et aucun fait ne se produisit, d'ailleurs, pour modifier le jugement porté à la suite des premiers interrogatoires. Tout au plus était-on en droit de se demander, en raison de l'affaiblissement excessif du malade, de la persistance chez lui de la toux depuis plusieurs années, s'il n'existait pas une diathèse tuberculeuse encore latente. Quant à la diathèse cancéreuse, elle n'était indiquée par aucun signe ni local ni général, et cette affection est tellement rare dans le poumon que la possibilité de son existence se présente toujours à l'esprit en dernière ligne. M. Barth n'avait pas cependant complétement rejeté cette idée, à laquelle il arrivait par exclusion. Après la ponction, on resta d'abord dans le doute. L'écoulement de ce liquide sanguinolent ne pouvait être attribué à la lésion d'une artère. La façon dont l'écoulement avait lieu, le soulagement instantané que le malade éprouvait pendant sa durée, l'absence de syncope, attestaient suffisamment qu'il n'y avait pas hémorrhagie et que le liquide ainsi obtenu, tiré au dehors, venait de la cavité pleurale. Mais il était difficile d'expliquer comment ce liquide se trouvait dans la plèvre : aucun signe ne permettait d'affirmer qu'il existât des tubercules. Or, l'épanchement de sang dans la plèvre peut survenir chez des sujets tuberculeux, chez des gens atteints d'affection du cœur, et cette seconde idée semblait exclue par l'examen attentif du malade; enfin chez des cancéreux, en supposant soit le poumon, soit la plèvre attaqués par la dégénérescence. Cette dernière hypothèse sembla de plus en plus probable, surtout lorsque M. le professeur Trousseau eut raconté que deux fois il avait vu la ponction du thorax donner issue à un liquide semblable à du sang, et deux fois l'autopsie démontrer l'existence d'un cancer de la plèvre. M. Barth l'admit donc sous toutes réserves, mais en annonçant que le poumon était probablement cancéreux si la plèvre l'était. Les séreuses splanchniques sont rarement le siége d'une dégénérescence sans que les organes qu'elles enveloppent soient eux-mêmes affectés. Il faut ajouter que le plus souvent ce sont ces derniers que la dégénérescence envahit tout d'abord. Cette loi d'anatomie pathologique admet peu d'exceptions, et elle s'applique aussi bien aux viscères thoraciques qu'aux viscères abdominaux. On a vu jusqu'à quel point ces différentes prévisions se sont réalisées par l'examen cadavérique.

Le fait qui nous occupe n'en reste pas moins entouré d'une

grande obscurité sur plusieurs points. Il est impossible, d'après les détails donnés par le malade, de savoir à quel moment l'affection a débuté ; il est impossible aussi de savoir quel est, dans le poumon envahi, l'élément anatomique qui a été le point de départ de l'affection. Toutefois, il est parfaitement rationnel d'admettre que le cancer a commencé dans le poumon même, puis a gagné la plèvre en s'étendant d'autre part aux ganglions prévertébraux, thoraciques ou abdominaux, et même à quelques points de l'estomac.

On sera peut-être surpris qu'une dégénérescence aussi généralisée n'ait pas donné lieu à une cachexie plus visible, à un état général plus caractéristique. Mais il ne faut pas oublier que les symptômes asphyxiques étaient des plus prononcés, et pouvaient très bien dissimuler les signes généraux d'une diathèse cancéreuse, plus ou moins ancienne, en ne laissant voir que la pâleur et la teinte violacée de la face et des extrémités.

L'observation actuelle est donc un cas de plus à enregistrer à la suite de ceux qu'une difficulté de diagnostic toute particulière a signalés. On voit une fois de plus que le diagnostic par exclusion est presque toujours ici le seul possible, en se rappelant toutefois qu'il ne peut être porté que d'une manière dubitative (1).

---

## III

## CORRESPONDANCE.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

### De l'épilepsie larvée.

Monsieur le Rédacteur,

A propos du mémoire de mon savant collègue et ami, M. le docteur Morel (de Saint-Yon) sur l'*épilepsie larvée*, que vous avez publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, je vous demande la permission de reproduire le passage ci-après d'un travail que j'ai publié en octobre 1850, dans les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

« Ce n'est point le lieu de rechercher, malgré l'intérêt que » pourrait offrir un semblable travail, quels sont les rapports qui » existent entre les attaques d'épilepsie et ces accès de fureur; » si, *comme j'espère le démontrer dans un prochain mémoire*, ces » accès de fureur, au lieu d'être consécutifs à l'accès d'épilepsie, » ne seraient pas souvent une des formes multiples que peut revê- » tir l'atteinte du mal épileptique; en d'autres termes, si les » accès d'épilepsie et de fureur ne seraient pas deux formes d'ac- » cès du même mal, deux effets différents de la même cause, au » lieu d'être unis entre eux par une relation de cause à effet. »

Or, en établissant que l'épilepsie peut être, indépendamment de tout phénomène convulsif, exclusivement caractérisée par des accès de délire furieux, et constituer ce qu'il appelle excellemment une épilepsie larvée, M. Morel admet par là implicitement qu'accès de délire et accès convulsif ne constituent que deux expressions symptomatiques équivalentes du même mal.

La proposition de M. Morel confirme donc la mienne; j'ajoute qu'elle la complète heureusement; car, si j'ai établi que l'épilepsie pouvait revêtir deux formes distinctes, l'une convulsive, l'autre délirante, et que les manifestations propres à chacune d'elles, ayant la même valeur pathognomonique, pouvaient se montrer alternativement chez le même individu, je n'allais pas, comme M. Morel, jusqu'à admettre la nature épileptique du délire dans des cas où les accès convulsifs auraient toujours fait défaut; je ne croyais pas, enfin, comme je le crois aujourd'hui, avec mon honorable confrère, que, de même qu'il y a, suivant Sydenham, des varioles sans variole, *variolæ sine variolis*, il peut y avoir des épilepsies sans épilepsie, *epilepsiæ sine epilepsiis*. Sous ce rapport donc, et bien que déduite de la mienne, la proposition de M. Morel lui appartient en propre, et je crois que la priorité ne peut lui en être disputée.

Veuillez agréer, etc. E. BILLOD.

(1) Ce travail a été, de la part de M. Genouville, l'objet d'un rapport que nous publierons dans le prochain numéro.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

MÉDECINE. — M. *Nordmann* (de Symphéropol), récemment nommé membre correspondant, envoie un mémoire de M. le docteur *Arendt*, inspecteur du tribunal de médecine de la Tauride, sur l'*hydrophobie* et sur les heureux résultats obtenus dans le traitement de cette terrible maladie par l'emploi interne et externe des préparations arsenicales. (*Comm.* : MM. Rayer, Cl. Bernard et J. Cloquet.)

PHYSIOLOGIE. — *Des mouvements de décentration latérale de l'appareil cristallinien*, par M. *Giraud-Teulon*. — L'auteur s'est assuré par des expériences variées que le cristallin, soumis physiologiquement à des lois de locomotion réglées par les mouvements de convergence ou de divergence du globe oculaire, peut cependant rompre avec cette domination du système musculaire extérieur, et exécuter des mouvements propres et indépendants de convergence et de divergence relativement à l'axe des mouvements de totalité du globe oculaire, des mouvements spontanés de latéralité interne ou externe dans son plan équatorial.

Ce fait perd le caractère de singularité qu'il présente au premier abord, quand on remarque que le cristallin, au lieu d'être soudé, fixé d'une manière invariable, est suspendu dans un anneau que l'on sait aujourd'hui être de nature musculaire. Quel pouvait être l'objet d'une telle disposition, sinon de lui assurer une certaine indépendance de l'enveloppe de l'œil. Le globe oculaire est suspendu dans l'orbite sur un système musculaire; le cristallin est suspendu dans le globe oculaire sur un second système doué de contractilité comme le premier. Cette propriété est évidemment physiologique (l'indépendance des deux systèmes) quand elle se renferme dans d'étroites limites, dans un but correctif des troubles survenus dans les appareils dioptriques; elle devient un fonctionnement pathologique quand elle sort de ces limites. (*Comm.* : MM. Pouillet, de Quatrefages, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *De l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas*, par M. *L. Corvisart*. — Nous publierons ce travail.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Du puits comparé à la citerne, à l'usage des habitations rurales et des maisons de paysan*, par M. *Grimaud de Caux*. — L'auteur s'appuie sur des considérations chimiques, physiologiques et pratiques pour établir la supériorité hygiénique de la citerne vénitienne sur le puits ordinaire. (*Comm.* : MM. Rayer, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Note sur l'emploi de l'acide phénique et sur le mode d'action de cet acide dans la désinfection*, par M. *J. Lemaire*. — Des pièces anatomiques et des animaux entiers peuvent être conservés, à l'état frais, dans des vases enduits intérieurement d'acide phénique, pourvu que ces vases soient hermétiquement bouchés pour empêcher le renouvellement de l'air.

Les cadavres d'animaux injectés avec de l'acide phénique dissous ou émulsionné dans l'eau se conservent sans altération au contact de l'air. Le cadavre d'un homme pourra être conservé pour moins de 50 centimes.

Une solution aqueuse contenant 1 pour 100 d'acide phénique et 40 pour 100 d'acide acétique à 8 degrés guérit la teigne en trente ou quarante jours, et la gale instantanément. Pour la teigne, on applique une compresse imbibée de cette préparation une fois par jour. Pour la gale, une seule lotion suffit pour tuer

les acarus. L'acide acétique est ajouté à la préparation pour faire pénétrer les médicaments sous l'épiderme et jusqu'au fond des bulbes pileux. Ces recherches ont été dirigées par M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis. (*Comm.* : MM. Chevreul, Milne Edwards, Cl. Bernard.).

M. *le Secrétaire perpétuel* met sous les yeux de l'Académie l'épreuve photographique d'un portrait de *Georges Cuvier*, fait à l'époque où l'illustre naturaliste était professeur à l'École centrale du Panthéon. Cette épreuve est offerte par M. *Duchenne* (de Boulogne).

Chirurgie. — *Guérison confirmée d'un anus contre nature par la méthode de la transformation inodulaire*, lettre de M. *Laugier* à M. *le Secrétaire perpétuel*. — M. Laugier rappelle qu'il a communiqué à l'Académie des sciences, le 8 août 1859, un mémoire intitulé : « *Autoplastie par transformation inodulaire*, nouvelle » méthode opératoire pour achever la guérison des anus contre » nature après l'entérotomie. » Aujourd'hui il est en mesure de présenter un de ses anciens malades de l'Hôtel-Dieu, complétement guéri depuis sept mois par cette méthode opératoire, et chez lequel plus des deux tiers des matières fécales passaient encore par l'anus contre nature, après l'entérotomie pratiquée depuis plusieurs mois, quoique cette opération eût été très bien faite.

L'autoplastie par transformation inodulaire a produit une guérison radicale, qui persiste depuis sept mois, et que la commission de l'Académie des sciences est à même de constater. (*Comm.* : MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M le ministre d'État transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Barrera* (de Prades) sur une épidémie de rougeole. — *b.* Un rapport du médecin des épidémies à Napoléonville sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Fiévet* sur certaines propriétés de l'oxygène pur comme agent désinfectant et moyen de sauvetage. (*Comm.* : MM. Bouchardat et Gavarret.) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Lalagade* (d'Albi), accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'*action de la vaccine chez l'homme*.

*Lecture.*

M. H. *Bouley*, au nom de la commission dite des onze, lit un rapport concluant à ce qu'une vacance soit déclarée dans la *section de chimie et de physique médicales*. — Cette conclusion est adoptée.

Suivant un vœu émis dans le rapport, et d'après la proposition qui en est faite par M. *Gaultier de Claubry*, l'Académie décide que, après l'élection dans la section de chimie et de physique médicales, la vacance sera déclarée dans la *section de médecine vétérinaire*.

M. le *président* invite MM. les candidats pour la section de chimie et de physique médicales à adresser leur demande et leurs titres à l'Académie.

*Discussion sur la congestion cérébrale.*

M. *Piorry* pense que tout n'a pas été dit sur ce que l'on doit comprendre sous les noms de *congestion cérébrale*, d'*apoplexie* et d'*épilepsie* ; et qu'il est éminemment utile d'attacher un sens précis à chacune de ces dénominations. Du temps de Boerhaave, le mot apoplexie se rapportait exclusivement à toute affection qui tout à coup frappait le malade et le privait de l'usage de l'intelligence (lésions cérébrales, asphyxie, syncope, congestion pulmonaire, etc.). De nos jours, bien que ce terme ait une acception plus restreinte, il s'applique encore à des états pathologiques de l'encéphale assez variés (hémorrhagie, épanchement séreux, congestion, ramollissement aigu). Puis donc que l'apoplexie est de différentes sortes, il en résulte qu'elle n'a pas une forme propre ; par conséquent, il ne peut y avoir une *congestion apoplectiforme*.

Mais en admettant, pour un moment, que cette maladie puisse exister, sera-t-il vrai de dire que le caractère *apoplectiforme* se rattache généralement à l'épilepsie ? M. Piorry le nie formellement, et il cherche à prouver que l'accident dont il s'agit survient fréquemment sous l'empire de causes en rapport avec l'état des vaisseaux : la pléthore sanguine, l'hypertrophie du cœur gauche, la position déclive de la tête longtemps prolongée, la gêne de la respiration et de la circulation à la suite d'un repas trop copieux, le rétrécissement des orifices du cœur, la sténosie de la veine cave supérieure; l'ivresse ou *alco-céphalémie*, les excès alcooliques, l'ingestion des narcotiques (opium, belladone, datura), l'inhalation de certains gaz asphyxiants, l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, etc. Telles sont les causes nombreuses qui peuvent provoquer des phénomènes de congestion sanguine et apoplectiforme du cerveau, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'intervention de l'épilepsie. A coup sûr, M Trousseau n'avait pas suffisamment réfléchi sur le sujet quand il a établi son étrange proposition.

Indépendamment des accidents dits apoplectiques, qu'on peut imputer à des congestions hypérémiques, stasiques ou toxémiques du cerveau, combien en voit-on fréquemment encore qui sont le résultat d'une syncope, d'une anencéphalémie !

Arrivant à l'épilepsie, M. Piorry nie que l'attaque soit due à une congestion encéphalique. La crise débute par un phénomène névropathique, par une *névropallie*, qui pénètre vers le centre nerveux par l'appareil optique. Il survient, sans doute, plus tard une congeetion sanguine ; mais celle-ci n'a lieu qu'après la névropathie initiale et extensive, qu'après l'*aura progressif*, ou petit mal.

Après avoir reproché à M. Trousseau d'abuser de son immense talent de parole pour détourner les questions, pour éviter d'aborder le fond des choses et pour se tirer le moins mal possible des excentricités qu'il expose, l'orateur déclare que cette discussion, comme les discussions précédentes et les discussions à venir, tend à démontrer la vérité de ce grand fait, à savoir : « que les bases de toute bonne pathologie et de toute thérapeutique scientifique et utile ne sont autres que l'étude des *organes*, *la diagnose de leurs* lésions, l'exacte connaissance des relations de la cause à effet que ces lésions ont entre elles, ainsi que l'appréciation anatomique, physiologiqne et chimique des faits simples et compliqués. »

M. Piorry félicite M. Bouillaud « de la netteté et de la fermeté avec laquelle il a posé des principes qui leur sont communs sur la pathologie et sur les dénominations des maladies. »

L'orateur termine en protestant contre le reproche d'exagération qu'on lui adresse à propos de sa nomenclature. Il déclare qu'il ne tiendrait pas aux mots grecs, si le génie de notre langue se prêtait aux dénominations complexes, et si la plupart des mots nouveaux dans les arts et les sciences n'étaient pas d'origine hellénique.

M. *Gibert*. Après tant et de si longs discours prononcés à cette ribune, je n'ai pas la prétention de revenir sur des questions surabondamment débattues..., encore moins celle d'introduire de nouveaux éléments dans la discussion... Je désire seulement poser quelques conclusions générales, en rappelant ici les principes de la médecine vulgaire et de l'expérience commune, un peu trop négligés peut-être par quelques savants de nos jours. Et d'abord, quant au point de départ de la discussion, qui est devenu pour plusieurs l'occasion de digressions savantes, auxquelles je me réserve de répondre un mot tout à l'heure, il me semble qu'avant comme après le débat il demeure établi que c'est fort justement qu'on admet comme espèce distincte, sous le nom de congestion cérébrale, une forme particulière d'apoplexie qui peut être mortelle, et qui laisse alors pour vestige cadavérique une réplétion des vaisseaux des méninges avec ponctuation sanguine de la substance cérébrale elle-même.

C'est aussi là la lésion anatomique que l'on peut rencontrer après la mort apoplectique des sujets qui succombent à un accès violent et prolongé d'épilepsie, ou à une série d'accès qui se succèdent durant plusieurs heures sans interruption. Nier cette congestion apoplectique, selon moi, ce serait nier l'évidence.

En second lieu, ressort encore de cette discussion l'importance

attachée eu tout temps au diagnostic de l'épilepsie proprement dite et des accidents épileptiformes dont les causes organiques peuvent être très variées.

J'ajoute que, lorsque ces accidents se montrent pour la première fois dans l'âge mûr, et à plus forte raison dans la vieillesse, ils sont presque toujours liés à une lésion organique du cerveau, et ce serait commettre une confusion déplorable que de les rattacher à l'épilepsie proprement dite.

Enfin, j'avoue que je ne saurais admettre que ce soit sous le rapport thérapeutique qu'il puisse y avoir grave inconvénient à confondre l'épilepsie avec la congestion cérébrale, car, d'une part, le traitement de l'épilepsie est encore à trouver (la belladone ou l'atropine n'y montrent guère plus d'efficacité que le fameux *Galium album*) ; et, d'autre part, si l'épilepsie coexiste avec les symptômes de la congestion cérébrale, le traitement à opposer aux accidents actuels est le même dans les deux cas.

Ceci dit sur la question principale, j'ai un mot à répondre à la glorification, sans cesse reproduite à cette tribune, de la médecine organique des modernes, mise en opposition avec la médecine prétendue hypothétique des observateurs qui nous ont précédés dans la carrière.

Si, comme on l'a dit, la médecine ne doit plus être autre chose que l'application clinique des connaissances anatomiques et physiologiques, assurément nous devons supprimer son plus beau titre, celui d'*art de guérir*. Si c'est là un progrès, je m'incline, mais je ne me glorifie pas.

D'ailleurs, quand je vois les plus savants et les plus ardents propagateurs de la médecine dite positive admettre dans leurs théories la doctrine de l'irritation, comme Broussais ; la contractilité insensible, comme Bichat ; l'oscillation nerveuse, comme M. Piorry; l'exagération d'action, comme M. Bouillaud, je ne vois pas pourquoi on mépriserait si fort les hypothèses émises par les médecins des XVI$^e$, XVII$^e$ et XVIII$^e$ siècles, et surtout pourquoi on accuserait si gratuitement la plupart d'entre eux d'avoir étudié les maladies *en dehors* de l'organisme (ce qui me paraît un non-sens), ou de s'être *complu à faire, comme le disait Broussais, de l'ontologie.*

Que les perfectionnements modernes apportés à l'anatomie, à la physiologie, au diagnostic *clinique* constituent un progrès réel et dont nous puissions nous glorifier..., je ne sache pas que personne le conteste...; mais que ce progrès soit de nature à révolutionner toute la médecine et à annuler les fruits de l'observation vulgaire et de l'expérience commune recueillis par le travail des siècles, je le nie, et je trouve dans la discussion actuelle un bel exemple à citer à l'appui de cette dénégation, c'est celui de l'*épilepsie*, dont l'histoire n'est guère plus avancée aujourd'hui qu'au temps de la publication du traité hippocratique *De morbo sacro*.

M. Bouillaud, dans le savant et intéressant discours qu'il a prononcé en dernier lieu, m'a reproché d'avoir traité d'erronée et de paradoxale la célèbre exclamation de Bichat : « *Qu'est l'observation si l'on ignore où siége le mal?* » Je dis, moi, que c'est beaucoup, et que l'expérience commune nous a fourni des données précieuses sur plusieurs maladies dont le siége et, mieux encore, la cause prochaine et la nature sont restés inconnus, telles que la fièvre continue, la fièvre typhoïde, le typhus, la peste, les fièvres éruptives, la fièvre intermittente, le choléra-morbus, la rage, diverses névroses, la maladie dite albuminurie ou maladie de Bright, le rhumatisme, la goutte, etc.

Soyons donc plus modestes, n'affichons pas la prétention (reproduite par tous les novateurs à toutes les époques de la science) de fonder la médecine sur de nouvelles bases ; mais redisons encore aujourd'hui ces paroles si sages et si modestes à la fois du père de la médecine, inscrites en tête du livre si justement loué par M. Bouillaud, *De priscâ medicinâ* :

« Toute la médecine est établie depuis longtemps... Celui qui rejette tout ce qui a été fait avant lui, *et prenant une autre route* dans sa recherche, se vante d'avoir trouvé quelque chose de nouveau, se trompe lui-même et trompe les autres avec lui. »

M. *Bousquet*, après des considérations générales sur les discours des orateurs qui l'ont précédé, présente quelques remarques sur le degré d'importance de la notion du siége des maladies. Pour lui, cette notion est secondaire, et renversant la proposition de Bichat, il s'écrie : « Qu'est le siége du mal, si on ignore les causes, les symptômes et tout ce qu'apporte l'observation ? »

M. Bousquet, s'adressant ensuite personnellement à M. Piorry, s'exprime ainsi :

« Monsieur, je ne ferai pas à votre nomenclature le tort de croire qu'elle n'est qu'un enfant capricieux de votre imagination. C'est, au contraire, quelque chose de très sérieux. Elle contient, elle répercute la doctrine elle-même ; et, en effet, elles sont si bien liées l'une à l'autre, qu'elles doivent subir une commune destinée.

Mais d'abord demander aux organes les noms des maladies, c'est supposer implicitement qu'on connaît exactement la place qu'elles occupent. Où mettez-vous cependant la folie et ses diverses formes, l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos, et toute la famille des des affections nerveuses ? C'est à l'anatomie de vous le dire ; mais elle ne le sait pas. Dans le silence de l'anatomie, vous interrogez la physiologie, et vous avez raison ; mais je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est sortir de la règle ; c'est faire violence au principe.

D'autre part, que de lésions, même anatomiques, à siége incertain, *incertæ sedis!*

Enfin, vous jetez pêle-mêle dans le sang vingt maladies différentes (je les ai comptées) ; et je ne puis que vous louer de votre modération ; car, avec un peu de bonne volonté, vous y pouviez mettre toute la pathologie, n'y ayant guère de maladie qui ne parte du sang ou qui n'y retentisse.

Ainsi, une nomenclature uniquement fondée sur les organes ne répond parfois qu'à une conjecture, qu'à une hypothèse.

Mais je comprends que vous ne puissiez vous laisser arrêter par des difficultés d'exécution. Vous aviez trop d'intérêt à une nouvelle nomenclature ; vous croyez avoir trouvé cinquante, cent maladies ou éléments de maladies inconnus avant vous ; il fallait dénommer ces nouveaux états organopathiques, à l'exclusion de la maladie, qui, dans le système, n'existe même pas.

A parler franchement, je ne comprends pas bien comment, si les états organopathiques sont quelque chose, la maladie ne serait rien, elle qui en est composée ! C'est comme si l'on disait que le corps humain n'a pas droit à un nom parce que chaque organe a le sien.

Mais passons. De même que la doctrine, la nomenclature ne s'attache donc qu'aux individualités pathologiques ; et comme la doctrine ne reconnaît que des lésions anatomiques, la nomenclature n'a de noms que pour ces lésions, et elle n'en a pas ou ne doit pas en avoir pour les affections sans lésion apparente de tissu, ni pour les affections générales, ni pour les diathèses, ni pour les vices héréditaires, etc.

Mais peu importe ! j'ai moins à cœur de montrer les lacunes et les imperfections de votre terminologie que d'en faire voir la complète inutilité et les inconvénients.

Quelque défectueuse que vous paraisse la langue qu'ont parlée nos aïeux, elle a sur la vôtre deux avantages : d'une part elle laisse l'idée libre et ne l'enchaîne pas au sens littéral du mot, de sorte que si jamais l'idée change, le mot la suivra comme il est ; le second avantage, c'est d'être venue la première, c'est d'être consacrée par des œuvres immortelles et par le temps.

Pourquoi changer le vocabulaire médical ? Il n'y a véritablement ni raison, ni prétexte. Le mot ne fait pas l'idée, il l'exprime.... Contrairement à l'opinion de Condillac, Laromiguière, le plus célèbre de ses disciples, pense qu'on ne va pas des mots à l'idée, mais de l'idée aux mots. Ainsi, la langue se moule sur la science, et non la science sur la langue. La fièvre typhoïde, toujours la même sous vingt noms différents, n'a pas toujours réveillé l'idée de l'ulcération de l'intestin ; ni l'apoplexie, celle d'une hémorrhagie cérébrale ; ni le croup, celle d'une fausse membrane ; ni la gale, celle d'un acarus, etc., etc.

Encore une fois, pourquoi de nouveaux mots ? Je dis nouveaux par entraînement ou par habitude. En réalité, rien de plus vieux.

Vous les prenez dans le grec, et, pour les rajeunir, vous en changez la désinence. De là ces mots hybrides, moitié grecs, moitié français, difficiles à prononcer, plus désagréables à entendre.

L'épreuve en a été faite vers la fin du dernier siècle. Je ne le savais pas il y a quelques jours; je tiens le fait de l'érudition de notre secrétaire perpétuel. Lisez le sixième volume de l'*Histoire de la médecine*, par Sprengel, vous y trouverez, p. 188, que G.-G. Ploucquet, mécontent de l'indifférence des médecins de son temps pour la nosologie, essaya d'une nouvelle classification des maladies et d'une nouvelle nomenclature, « laquelle prouva, dit Sprengel, combien il manquait de jugement, malgré toute son érudition. » Je n'ai rien à dire de la classification, je ne sors pas de la nomenclature, et, pour plus de fidélité, je copie textuellement : « elle était encore plus vicieuse que la classification. » L'auteur conçut l'idée bizarre de remplacer les noms les plus » ordinaires des maladies par des dénominations grecques de son » invention ; il n'allègue aucune raison satisfaisante pour excuser » cette conduite, qui rend son ouvrage si obscur. L'invention » même des noms prouve qu'il était fort peu familier avec la langue » grecque. Je n'ai pas besoin d'insister, ajoute-t-il, sur les diffi- » cultés infinies que cette nomenclature présente à l'étudiant. » Est-ce de Ploucquet qu'a voulu parler Sprengel, ou de M. Piorry?

Je reprends. La première condition d'une bonne terminologie, c'est la fixité ; il n'y en a pas, de fixité, dans une science en progrès comme la nôtre. Il se peut que tel état organopathique, qu'on place dans tel ou tel point de l'organisme, soit dans un autre. Faut-il en citer un exemple? Je prends le dernier venu à ma connaissance. Malgré les conjectures de Jenner, on avait cru jusqu'ici que la vaccine naissait sur la vache. Eh bien! M. Lafosse (de Toulouse) vient de s'assurer que la vache elle-même la reçoit du cheval. Ainsi, à l'avenir, ce que vous appelez *boïosiosie* devra s'appeler d'un autre nom qui réponde à l'origine de la chose qu'il indique. Vous ne pourrez donc plus dire *boïosiosie* pour *vaccine*, ni *boïosioser* pour *vacciner*; et franchement le mot n'est pas assez euphonique pour se faire beaucoup regretter.

On comprend la nécessité d'une nomenclature pour la chimie et pour la botanique, à cause du nombre infini des espèces qu'elles étudient ; mais heureusement les maladies ne sont pas si nombreuses que la mémoire la plus vulgaire n'y puisse facilement suffire. Les nouveaux mots, loin de la soulager, l'embarrassent et la chargent, et, pour comble, vous parlez grec, comme si tout le monde savait le grec ! Ce que j'appelle gonflement, intumescence de la rate, il vous plaît de l'appeler *splénomacrosie*, qui n'en est que la traduction ; de sorte que vous partez du français, vous faites un petit voyage en Grèce et vous rentrez dans votre patrie, où M. Bouillaud vous a sagement conseillé de vivre et de vous fixer.

Je n'ai pas à m'expliquer en ce moment sur le fond de la doctrine. Elle a des qualités que j'apprécie ; mais, en eût-elle encore davantage, vous ne pouvez pas espérer qu'elle sera la dernière. Or, supposez qu'à chaque nouveau système l'auteur s'autorise de votre exemple pour proposer une langue de sa façon, et calculez, si vous pouvez, la confusion qui en devra résulter !

Les esprits les plus solides sont donc d'avis qu'il n'est rien de mieux à faire que de conserver la langue de nos aïeux, convaincus, d'ailleurs, que les meilleurs mots sont incomparablement les plus arbitraires, c'est-à-dire ceux qui, n'apportant avec eux aucun sens d'origine, n'en ont d'autre que celui qu'un long usage leur a fait.

Et maintenant, que la destinée de la nomenclature s'accomplisse ! Il n'est au pouvoir de personne de la perdre si elle est bonne, de la faire vivre si elle est mauvaise.

La séance est levée à cinq heures un quart.

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 15 MARS 1861.

Communications diverses.

Discussion sur des questions réglementaires.

Paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, par M. *Duchenne* (de Boulogne).

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 13 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

ÉLECTION. — TUMEUR FIBREUSE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — NÉVRALGIE TRAUMATIQUE.

Le fait le plus important de cette séance a été la nomination d'un membre titulaire à la place vacante par suite du décès de M. Lenoir. Les voix ont été ainsi réparties : M. Foucher, 24 voix ; M. Trélat, 3 ; M. Cusco, 1 ; un billet blanc.

M. *Vauthier*, chirurgien de l'hôpital de Troyes, consulte la Société au sujet d'un cas de *tumeur ostéo-fibreuse du maxillaire supérieur;* l'avis général a été la nécessité d'une opération destinée à enlever complétement cette tumeur, dont les progrès sont extrêmement rapides.

La discussion sur les hernies étranglées a été et sera continuée.

— M. *Larrey* présente un militaire qui, il y a trois ans, est tombé avec son cheval, de telle sorte que le membre supérieur a été pris sous la selle ; il y a eu fracture de l'extrémité inférieure du radius avec entorse de l'articulation radio-carpienne. La consolidation ayant eu lieu, on eut recours à l'électricité pour aider au rétablissement des mouvements ; cinquante-trois séances furent consacrées à l'application de ce moyen thérapeutique ; mais il eut pour résultat d'amener des douleurs extrêmement vives dans le membre supérieur. Plus tard, ces douleurs diminuèrent d'étendue ; maintenant, elles sont bornées à l'avant-bras ; elles sont extrêmement vives, accompagnées de spasmes musculaires ; elles augmentent sous l'influence des mauvais temps. Au lieu de se propager vers la main, elles tendent, au contraire, à remonter vers le tronc. M. Larrey pense qu'il y aurait indication de rompre la fausse ankylose radio-carpienne pendant le sommeil anesthésique.

M. *Chassaignac* partage cet avis parce qu'il attribue, d'après les faits qu'il a pu observer, les douleurs à l'immobilité des surfaces articulaires, lorsqu'il y a en même temps contraction tonique des muscles, comme dans ce cas.

JULES ROUYER.

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité pratique des maladies de l'enfance**, par le professeur BARRIER (de Lyon), 3e édition, 2 vol. in-8°. Paris, 1861, Chamerot, éditeur.

**Lehrbuch der Kinderkrankheiten** (*Traité des maladies des enfants*), par le docteur AD. VOGEL (de Munich); 1 vol. in-8 avec 6 planches lithographiées. Erlangen, 1860; Ferdinand Enke, éditeur.

Une des plus glorieuses destinées que puisse ambitionner un auteur, un des plus beaux rêves que puisse forger son imagination, c'est de voir son œuvre grandir, prospérer et se multiplier, en dépit de tous les germes de destruction qui s'attachent fatalement à ce qui naît ici-bas. C'est preuve que la souche est bonne, que

la séve est féconde et que la vitalité est puissante ; c'est preuve encore que l'œuvre est utile, qu'elle répond à un besoin sérieux, et qu'elle sert les intérêts généraux de la science, en même temps qu'elle satisfait les vœux des hommes studieux qui la cultivent.

Tel a été l'heureux privilége du *Traité pratique des maladies de l'enfance*, dont M. le professeur Barrier publie aujourd'hui la 3e édition. Il va sans dire que cette édition est « revue et augmentée ; » revue « pour en faire disparaître toutes les imperfections de détail et de forme » que l'auteur a pu « y découvrir ou qui lui ont été signalées ; » augmentée « d'un assez grand nombre d'additions, dont la plupart ont eu pour objet des moyens de traitement préconisés dans ces dernières années, et qui se recommandent par les résultats avérés de l'expérience ou par l'autorité de certains noms. »

Avant de voir si M. Barrier a pleinement rempli les conditions de ce programme, rappelons en peu de mots quel est l'esprit de son œuvre et avec quels matériaux l'auteur en a jeté les premières bases. Ces questions se trouvent amplement développées dans l'*Introduction* de l'ouvrage, qui renferme à la fois une sorte de profession de foi médicale et l'exposé des caractères de la vie dans l'enfance, et des applications qui en découlent pour la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène de cet âge. C'est, à proprement parler, un traité sommaire de physiologie, de pathologie et de thérapeutique générales de l'enfance.

Dans ces considérations préliminaires, dont la plupart se distinguent par la justesse des idées et par l'élévation des vues, M. Barrier cède trop facilement à l'inclination de considérer l'enfance comme une prédisposition maladive, comme une aptitude morbide, j'ai presque dit comme une maladie. A l'exemple d'Hufeland, il estime que la vie de l'enfant n'est pas un état normal. Nous ne saurions souscrire à une pareille opinion qui nous paraît une hérésie physiologique, et presque une calomnie envers la nature.

A Dieu ne plaise que nous cherchions chicane à l'auteur sur ses principes en médecine. Il lui plaît d'être vitaliste, de faire de l'ontologie, de donner un corps à des abstractions, de croire aux entités dynamiques, de concevoir les forces organiques comme ayant une existence propre, et de les étudier indépendamment de leur substratum matériel : c'est son affaire ; mais qu'il nous permette de lui faire remarquer que l'exagération d'une telle doctrine ne l'entraîne à rien moins, lui hippocratiste convaincu, qu'à taxer la nature d'imprévoyance et de légèreté, et qu'à accuser cette tendre mère, *alma parens*, de s'être montrée marâtre impitoyable à l'égard de l'enfance. En effet, suivant M. Barrier, l'état des organes, chez l'enfant, ne serait nullement en rapport avec l'énergie des fonctions, et la faiblesse des instruments contrasterait d'une manière désolante avec l'exubérance de la force vitale. Nous avouons que nous comprenons malaisément ce défaut de proportion et d'harmonie entre l'organe et la fonction. Nous avons tellement pris l'habitude d'allier intimement l'organe et la fonction, et de les considérer comme des éléments connexes et corrélatifs, que la proposition de M. Barrier est pour nous un problème insoluble, et qui contrarie toutes nos notions de statique et de mécanique animales. Franchement, nous avions meilleure opinion de la sagesse et du savoir-faire du Fabricateur souverain ; et nous ne pouvons encore nous résoudre à regarder l'enfance comme une anomalie ou comme une sorte d'aberration de la nature.

*Error errorem invocat.* Comme corollaire de ces principes, M. Barrier n'hésite pas à proclamer que la vie est plus active et plus énergique chez l'enfant que chez l'adulte : « La force vitale, dit-il, décroît graduellement depuis le moment de son émission jusqu'à celui où elle s'éteint ; à mesure qu'elle perfectionne son instrument, elle s'use et s'affaiblit. » Nous aurions cru précisément le contraire, nous figurant qu'une force s'exerce avec d'autant plus d'efficacité que son instrument est plus parfait. Mais M. Barrier en juge tout autrement, et cela tient à ce qu'il prend comme *criterium* de la force vitale, comme *mesure* de la vie, la quantité des mouvements de composition qui s'accomplissent au sein de l'organisme. Or, une estimation établie sur une telle base ne peut être que défectueuse, puisqu'elle n'envisage la vie que par une de ses faces, par un de ses côtés, et qu'elle néglige l'élément animal proprement dit, pour ne tenir compte que de l'élément végétatif. Mais, pour qui embrasse la vie dans son ensemble, pour qui attribue aux fonctions végétatives et aux fonctions de relation la part respective d'influence qui leur revient dans le régime de l'économie animale, il est clair que toutes les prérogatives de la force vitale ne sont point à l'enfant qui vient de naître, mais qu'elles appartiennent à l'homme mûr, à l'homme dans toute la plénitude de la virilité.

Nous voudrions en finir avec notre rôle de critique ; mais voici que l'auteur nous entraîne, malgré nous, à faire encore l'aristarque, par l'excès de confiance qu'il semble accorder à sa statistique. Loin de nous la pensée de nous élever contre la méthode numérique et de méconnaître les services qu'en des mains habiles elle a rendus et qu'elle peut rendre à la médecine ; mais il faut, pour que ses résultats soient vrais et sans reproche, qu'elle réunisse un certain nombre de qualités solides, essentielles, qui manquent peut-être à la statistique de M. Barrier. Cette statistique, en effet, n'est basée que sur une observation clinique de six mois, et sur un ensemble de faits recueillis pendant une saison unique, dans un hôpital, sur des garçons seulement, et sur des sujets de deux à quinze ans. Quelles conclusions générales pourra donc en tirer l'auteur relativement à l'influence des saisons, des constitutions médicales, des conditions hygiéniques, du sexe et de l'âge, sur la genèse, l'évolution, la marche, la forme, les caractères, la fréquence proportionnelle et le degré de gravité des diverses maladies dans l'enfance ? Assurément, des questions si variées et de cette importance ne sauraient être définitivement résolues par les opérations d'un calcul dont les éléments sont incomplets, et par les résultats d'une expérience clinique trop restreinte dans son objet, et fatalement limitée dans l'espace et dans le temps. Aussi, trouve-t-on çà et là, dans le livre de M. Barrier, des opinions et des assertions différentes de celles qui ont été soutenues par des auteurs dont les ouvrages sont le fruit d'une pratique plus étendue, et qui ont observé les maladies des enfants, de l'un et de l'autre sexe, pauvres et riches, à l'hôpital et en ville, dans toutes les saisons de l'année, et depuis le moment de la naissance jusqu'à l'époque de la puberté. Par exemple, M. Barrier déclare que la bronchite est « peu fréquente chez les petits enfants », tandis que d'autres professent qu'elle s'observe très souvent dans l'enfance, et en particulier dans la période comprise entre le moment de la naissance et la fin de la première dentition. M. Barrier préconise les émissions sanguines dans le catarrhe intense ; d'autres proclament que les émissions sanguines sont très rarement favorables aux enfants du premier âge, et qu'elles resteront dans la défaveur auprès de ceux qui veulent suivre les indications fournies par la nature. Les divergences sont plus marquées encore en ce qui concerne la fréquence proportionnelle des diverses formes de pneumonie. Suivant M. Barrier, « dans les premiers temps de la vie, chez l'enfant à la mamelle, la pneumonie *lobaire* est quatre à cinq fois plus fréquente que la pneumonie *lobulaire* » ; cette seconde forme « appartient presque exclusivement à la période de deux à six ans ». Suivant d'autres, au contraire, la pneumonie lobulaire est d'autant plus fréquente qu'on se rapproche du moment de la naissance ; elle est très commune chez les nouveau-nés, tandis que la pneumonie lobaire est très rare chez les enfants à la mamelle.

Nous nous bornons à ces citations, dont il nous serait facile de multiplier encore les exemples. Ceux qui viennent d'être rapportés nous paraissent suffisants pour établir combien il faut se défier des résultats d'une statistique imparfaite, et faire peu de fond sur les données de la méthode numérique, quand elle ne réunit pas tous les éléments d'un calcul complet et régulier. M. Barrier a étudié les maladies des enfants sur des sujets de deux à quinze ans ; d'autres les ont surtout étudiées sur des enfants à la mamelle ; ceux-ci ont fait la pathologie de la première enfance, pour ainsi dire, d'après nature. M. Barrier, ne pouvant en tracer une peinture originale, s'est contenté d'esquisser une copie d'après les bons modèles ; ce qu'il ne pouvait tirer de son expérience personnelle, il l'a demandé à l'expérience d'autrui, aux lumières de Billard, de Valleix, de M. Richard (de Nancy), etc. Assurément, à moins de prendre de son propre fond, il ne pouvait mieux choisir.

On peut regretter que l'auteur, à propos de la séméiotique générale de l'enfance, n'ait pas suffisamment insisté sur l'habitude extérieure et sur la température de la peau; qu'il n'ait rien dit ni du geste, ni de l'attitude, ni de l'exploration stéthoscopique des gros vaisseaux du cou, ni de l'auscultation de la tête, dont l'utilité a été récemment signalée par M. H. Roger. On peut regretter encore qu'il n'ait pas consacré un chapitre spécial à l'étude de l'amygdalite, aiguë et chronique, affection si commune dans l'enfance, et qu'il n'ait point traité avec plus de développements l'histoire de la chloro-anémie des enfants, dont l'importance a été si bien mise en relief dans une remarquable communication faite à l'Académie par M. Nonat. On peut hésiter à adopter la dénomination de *diacrises* appliquée à la plupart des lésions de la muqueuse gastro-intestinale, aussi bien que la classification de ces lésions, empruntée à M. Gendrin. On peut reprocher à M. Barrier d'envisager trop exclusivement le muguet comme une affection idiopathique, et, partant, de lui attribuer un degré de gravité propre qui ne lui est pas toujours imputable, mais qui appartient plus généralement à d'autres maladies graves, dont il n'est que la fâcheuse complication. On peut lui reprocher encore de passer trop légèrement sur les complications du croup, d'avoir omis, à propos de la thérapeutique de cette redoutable maladie, l'emploi interne des chlorates et des borates alcalins, les insufflations alternatives d'alun et de tannin, et les fumigations permanentes; de n'avoir point assez insisté sur les suites de la trachéotomie, ni sur les précautions minutieuses tant recommandées par M. Trousseau pour assurer le succès de cette opération; enfin de n'avoir pas tiré tout le parti possible des recherches récemment publiées sur l'infection diphthéritique. On peut ne pas tomber d'accord avec M. Barrier, ni sur la nature et sur la pathogénésie des scrofules et des affections tuberculeuses, ni sur les relations et les affinités qui existent entre ces deux états morbides, ni sur le degré d'influence qu'exercent le père et la mère dans la transmission héréditaire de ces lésions. On peut trouver que l'auteur discourt un peu longuement sur l'essence des maladies, et qu'il cherche trop à creuser le mystère des causes ~~premières. On peut ne partager ni son facile entraînement pour~~ les émissions sanguines, ni sa répugnance pour les vésicatoires, qu'il voudrait voir « bannir entièrement du traitement des maladies des enfants à la mamelle. » On peut surtout objecter que le *Traité* de M. Barrier, dans son ensemble comme dans la plupart de ses détails, est consacré plutôt à la pathologie de la seconde enfance qu'à l'étude si difficile, si délicate, des formes pathologiques du premier âge.

Mais ces réserves faites, il est juste de reconnaître que cet ouvrage se distingue par une érudition de bon aloi, par l'étendue et l'exactitude des descriptions, par la justesse et la netteté du langage, par le contrôle sévère apporté à tout ce qui est du domaine des faits, par des discussions savantes et approfondies sur les points litigieux de la pratique et de la théorie, par la manière habile et précise dont les indications thérapeutiques sont posées, enfin par le soin que l'auteur a eu de mettre son œuvre au niveau de l'état actuel de la science. Nous avons lu particulièrement avec le plus vif intérêt les chapitres consacrés à l'histoire de la pneumonie, du croup, des convulsions et de la méningite, que l'on peut à bon droit considérer comme autant de véritables monographies. Si nous ne consultons que nos impressions et aussi nos vœux les plus sincères, nous n'hésitons pas à prédire à cette troisième édition le succès de ses deux aînées.

Pour l'analyse de l'ouvrage de M. Vogel, nous laissons la plume à l'un de nos collaborateurs, qui aura sur nous, pour cette besogne, au moins un avantage, celui d'être versé dans la langue et la médecine allemande (1).

A. Linas.

(1) Cet article paraîtra dans le prochain numéro.

Avis de l'Académie de médecine de Belgique.

L'Académie royale de médecine de Belgique, ayant jugé digne d'une médaille d'encouragement l'un des mémoires qu'elle a reçus l'année dernière, en réponse à la question qu'elle avait mise au concours, *Sur l'influenza considérée chez l'espèce chevaline*, l'auteur de cet écrit, qui a adopté pour devise les mots : *Una est certissime medicina hominis et veterinaria*, est prié d'informer M. le Président de la Compagnie s'il consent à l'ouverture du billet renfermant son nom.

## VI

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

Bulletin de l'Institut égyptien. — 1859. — N° 1. Mémoire sur les eaux sulfuro-alcalines d'Hélouan près du Caire; discussion, par *Gastinel*. — 2. Population, par *Colucci-Bey*. — Observations météorologiques faites à Alexandrie, par *Schnepp*. — Épidémies de choléra au Caire en 1850 et 1855, par *Colucci-Bey*. — Hernie étranglée réduite par un rabbin, par *Ori*.

Gazette médicale de l'Algérie. — N° 6. Analyse du sang dans l'éléphantiasis des Arabes (fin). — Oblitération des artères de l'encéphale (suite). — Maladies de l'armée d'Orient (suite). — 7. État actuel de la science au point de vue de l'homme, par *Faure*. — Oblitération des artères de l'encéphale (suite). — 8. Oblitération des artères de l'encéphale (suite). — Étude sur les jujubiers de l'Algérie, par *Latour*. — 9. Des animaux ressuscitants, par *Faure*. — Oblitération des artères de l'encéphale (fin). — Influence des changements de climat sur la santé des troupes, par *Baelen*. — Traitement très simple des coliques nerveuses, par *Tisseire*.

Gazette médicale d'Orient. — N° 3. Sur la pathologie et le traitement de la péricardite, par *Mühlig*. — Aliénation mentale (suite). — 4. Péricardite (suite). — Cas de blépharoplastie, par *Breuning*. — 5. Considérations sur un cas d'empoisonnement par la belladone, par *Castaldi*. — Goître anévrysmatique guéri par la compression digitale, par *Brunelli*.

L'Écho médical suisse. — N° 7. Note sur une modification qu'éprouve le sirop de perchlorure de fer quelque temps après sa préparation, par *Comar*. — Quelques mots sur l'ostéoplastie, par *Dor*. — Notices pharmacologiques, par *Landerer*. — Du catarrhe des foies en Suisse, par *Cornaz*. — 8. Recherches sur les sources minérales du département du Doubs, par *Rouget*. — Moyens de constater la présence de l'alcool dans le chloroforme, par *Lepage*. — Sarcome de la choroïde; mélanose; décollement hémorrhagique complet de la rétine, par *Dor*. — 9. Maladies régnantes ~~du canton de Neuchâtel, par *Cornaz*. — Note sur l'opium indigène, par *Lepage*.~~ — L'iodisme constitutionnel devant l'Académie de médecine, par *Duval*.

Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles. — N° 3. Cas d'absence de la vessie; fistule uréthro-vaginale, etc., par *Max*. — Cystosarcome du sein; trois récidives sur plan, par *Allix*. — Rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal, par *Van Goidtsnoven*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — N° 24. Sur les polypes du rectum, par *Ancelon*. — Communications cliniques, par *Vanwtberghe*.

Archives belges de médecine militaire. — Juin. Observations sur quelques cas de péritonite, par *Merchie*. — Choléra épidémique de Mons, par *Bouvier*. — Considérations sur les fièvres intermittentes, par *Slaets*. — Juillet. De la syphilis; documents sur quelques points en litige, par *Binard*. — Note sur les vinaigres, par *Eymael*. — Observations diverses. — Août. Considérations sur la morve, par *Vanhaelst*. — Deux observations d'abcès par congestion, par *Desmalines*. — Hydrocèle chronique guérie par la pommade iodurée, par *Rottenburg*. — Du tannate de bismuth, par *Bihot* et *Podevyn*. — Septembre. Sur le traitement consécutif des résections articulaires, par *Biefel*. — Sur l'air confiné, par *Herlant*. — De la diphthérite conjonctivale, par *Legros*. — Emploi de la poudre de Dower contre les sueurs des phthisiques, par *Descamps*. — Bons effets du tannin contre l'albuminurie, par *Fromont*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — N° 5. Deux cas de dragonneau chez le même sujet, par *Testelin*. — Hernie ombilicale congénitale, par *Debout*. — Discussion sur les amputations. — 6. Recherches sur un accident produit par la calandre de riz, par *de Bron*. — Rapport sur l'opération césarienne, par *Didot*. — Suite de la discussion sur les amputations.

### Livres.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1860. 2e série. Tome I. In-8 de 684 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.

Compendium d'électricité médicale, par le docteur *Henri Van Holsbeck*. 2e édition. In-18 de 680 pages, avec 15 gravures. Paris, F. Savy. 7 fr.

Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis, suivi d'une nouvelle étude sur les moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur *E. Langlebert*. In-8 de 136 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société, par le docteur *Trélat*. In-8 de 374 pages. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. | PARIS, 22 MARS 1861. | N° 12.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine de Belgique : Traitement de l'ongle incarné; M. Seutin. — Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle : Caractères propres à distinguer les champignons comestibles des champignons vénéneux. — Académie de médecine : Congestion cérébrale et apoplectiforme.— II. **Travaux originaux.** Anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. — III. **Histoire et critique.** Des cysticerques de ténias chez l'homme. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société anatomique. — Société médicale des hôpitaux.— V. **Revue des journaux.** De l'emploi et de la valeur de la digitale, et de ses diverses préparations dans le traitement des affections organiques du cœur. — Note sur un cas d'extrémité inférieure surnuméraire. — VI. **Bibliographie.** Clinique médicale sur les maladies des femmes. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 4 mars 1861, les circonscriptions des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon, de Grenoble et de Marseille, déterminées par l'arrêté du 23 décembre 1854, en ce qui concerne la réception des officiers de santé, des pharmaciens, sages-femmes de 2e *classe et herboristes, embrassent en outre, savoir :*

1° La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, le département de la Haute-Savoie;

2° La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, le département de la Savoie;

3° La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, le département des Alpes-Maritimes.

Fait à Paris, le 4 mars 1861.

ROULAND.

---

Par arrêtés, en date du 13 mars 1861, M. ROSTAN, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1860-1861, par M. HÉRARD, agrégé près ladite Faculté.

M. MOREAU, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1860-1861, par M. PAJOT, agrégé près ladite Faculté.

M. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1860-1861, par M. BARTH, agrégé près ladite Faculté.

M. ADELON, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1860 1861, par M. TARDIEU, agrégé près ladite Faculté.

M. le docteur BLOT, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1860-1861, le cours des élèves sages-femmes à la Clinique de Paris.

— Par arrêté, en date du 13 mars 1861, M. ARIBERT-DUFRESNE, professeur d'histoire naturelle médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Silvy, décédé.

M. LEROY, professeur adjoint de chimie et de pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. BERRIAT, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, en remplacement de M. Silvy, décédé.

---

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 21 mars 1861.

*Académie de médecine de Belgique :* TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ; M. SEUTIN. — *Instruction du Conseil de santé des armées :* CARACTÈRES PROPRES A DISTINGUER LES CHAMPIGNONS COMESTIBLES DES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX. — *Académie de médecine :* CONGESTION CÉRÉBRALE ET ÉPILEPSIE.

L'un des derniers BULLETINS DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE nous apporte une communication faite par M. Seutin dans la séance du 29 décembre 1860, et relative au traitement de l'ongle incarné. Cette communication mérite d'attirer l'attention, non-seulement à cause de la renommée chirurgicale dont jouit si justement celui qui l'a faite, mais encore et surtout parce qu'elle a trait à une affection assez commune, contre laquelle viennent échouer trop souvent les efforts de la thérapeutique. Si ce travail contient quelques idées nouvelles et utiles, il renferme aussi quelques propositions en désaccord avec les idées généralement reçues, et que, pour cette raison, nous croyons devoir signaler.

L'ongle incarné (πτερυγιον des auteurs grecs) a été appelé par Desault, *ongle entré dans les chairs*. M. Seutin n'admet pas cette dernière dénomination, « car, dans la plupart des » cas, dit-il, ce sont les chairs qui enveloppent les bords de » l'ongle, lequel, en se développant, *s'y enfonce et les tra-* » *verse.* Dix fois sur douze ce sont les chairs qui se rabattent » sur le coin de l'ongle et le compriment, surtout au côté

» externe de l'orteil. Cet accident est très fréquent, et aucun » auteur, que je sache, n'a signalé la cause que je viens » d'expliquer, et qui, certes, est la plus fréquente. » (Page 1.)

Si l'ongle s'enfonce dans les chairs et les traverse, il nous semble qu'il y entre; mais comme nous n'avons aucun goût pour la logomachie, nous n'entreprendrons pas de défendre la dénomination employée par Desault, et nous accepterons celle de Monteggia, le terme d'*ongle incarné* ayant l'avantage d'être plus court et d'être en même temps plus généralement employé; mais ce qu'il nous importe d'examiner d'abord, parce que ce point d'étiologie et de physiologie pathologique fait la base de la théorie de M. Seutin, c'est de savoir quelle part revient à l'ongle dans la production de la maladie.

Deux théories se trouvent en présence : l'une dans laquelle on fait jouer le principal rôle à une déviation de l'ongle; l'autre dans laquelle le point de départ est uniquement placé dans les parties molles. Adopter l'une de ces théories à l'exclusion de l'autre, c'est se mettre, nous le croyons, à côté de la vérité. En effet, l'observation la plus vulgaire démontre que l'onyxis par incarnation existe dans des cas où l'ongle présente sa forme, son épaisseur et sa consistance normales; on est donc forcé d'admettre, dans ces circonstances, que le refoulement des parties molles a été la cause productrice du mal. Mais, dans un plus grand nombre de cas, on est obligé de reconnaître que l'ongle présente, soit une déviation de sa direction, soit une incurvation anormale, antérieures au développement de la maladie, et qui doivent en être considérées comme la cause efficiente.

M. Seutin admet presque exclusivement la théorie de refoulement des parties molles; mais il est loin d'en être l'auteur, car, sans parler des anciens, M. Faye, dans sa thèse inaugurale, M. Brachet (de Lyon), ont soutenu, à tort suivant nous, que l'ongle est entièrement passif dans la production de l'onyxis par incarnation.

Les chirurgiens qui ont admis ce refoulement primitif des chairs font jouer le principal rôle à la pression de chaussures trop étroites; pour eux, l'ongle est à peu près ou tout à fait passif. Mais il ne faut pas oublier que l'onyxis a été décrit par les auteurs grecs, que son traitement a préoccupé les arabistes, Albucasis, Rhazès, Ali-Abbas; on ne peut donc invoquer à travers les siècles et chez tant de peuples divers une cause toujours la même, la pression de chaussures dont la forme et la nature ont été si différentes.

Il ne faut pas oublier non plus que l'ongle incarné, sauf un cas observé par Boyer, et quelques autres par M. Brachet, siége presque exclusivement au gros orteil. On est donc amené à chercher pourquoi la maladie l'affecte plus spécialement. Cette cause nous la trouverons peut-être dans la disposition anatomique de la région. En effet, nous ferons remarquer que les quatre derniers orteils, dans un pied normalement conformé, appuient sur le sol non par leur face inférieure, mais par leur extrémité, de telle sorte que le bord libre des ongles, surtout s'il présente un peu de longueur, regarde directement en bas, et presse sur le plan de sustentation. La tête de l'orteil tend à s'élargir, mais en bas et en arrière, et l'ongle, au lieu de s'incarner, aurait plutôt de la tendance à devenir saillant et à se détacher en partie du corps muqueux sous-unguéal. Au contraire, le gros orteil appuie par toute sa face inférieure, sa direction n'est plus curviligne, mais horizontale, et s'il s'élargit, c'est latéralement. L'ongle dur, inflexible, presse supérieurement sur les parties molles déjà refoulées par leur pression sur le sol, et pour peu que cet ongle ait une forme, une direction anormales, il présentera un plan solide, résistant, quelquefois même tranchant, sur lequel les chairs viendront se couper et s'ulcérer. Les ulcérations en se développant recouvriront plus ou moins la face supérieure de l'orteil; irritées, enflammées par le contact du bord de l'ongle, elles tendront non à se cicatriser, mais à s'accroître; la maladie sera dès lors constituée, et persistera jusqu'au moment où une intervention chirurgicale active, viendra rendre possible une guérison que les efforts seuls de la nature ne pourraient amener. Pour nous, comme on le voit, l'ongle et les parties molles jouent un rôle important dans le développement de l'affection, et ceci pourrait expliquer comment un ongle dévié peut amener l'onyxis, alors que le malade ne se sert que de sandales; comment la pression d'une chaussure trop étroite peut l'occasionner également, alors que l'ongle présente sa structure et sa direction normales.

Du reste, on nous paraît avoir singulièrement exagéré le rôle que peut jouer dans la production de la maladie, la pression d'une chaussure trop étroite. Si l'on observe ce qui se passe, on verra que même, dans ces cas, l'extrémité unguéale du gros orteil est à peine comprimée. Par suite de la forme même du pied, dont l'extrémité est coupée, très obliquement d'avant en arrière, et de dedans en dehors, le gros orteil forme presque seul la partie la plus antérieure du pied; de sorte qu'une ligne transversale, tirée au niveau de la saillie, formée par le cinquième orteil, aboutit en dedans à la racine et non à l'extrémité unguéale du premier. C'est pourquoi, une chaussure suffisamment longue, mais étroite, comprime transversalement le cinquième orteil, au niveau de la partie moyenne, et le premier au *niveau de la tête* du métatarsien, et c'est sur ces points que paraissent les durillons qui dénoncent cette pression.

M. Seutin fait intervenir une nouvelle théorie : « J'ai » remarqué, dit-il, que l'incarnation de l'ongle a presque » toujours lieu à son bord externe, c'est-à-dire à l'endroit » correspondant au second orteil. Vous concevez facilement » ce qui se passe : la chaussure habituelle comprime de » chaque côté les orteils; le gros orteil, plus fort que le » second, prend le dessus et se superpose sur le second, qui, » se trouvant au-dessous du premier et à son côté externe, » pousse les chairs en haut; ces chairs viennent envelopper » le bord de l'ongle *qui y entre*, surtout quand on n'a pas eu » soin d'en adoucir les coins. »

C'est là une théorie nouvelle très ingénieuse, applicable sans doute à quelques cas, mais que son auteur a le tort de généraliser. Suivant M. Seutin, l'incarnation de l'ongle a presque toujours lieu à son bord externe, et cette opinion semble prévaloir à l'Académie de médecine de Belgique, car personne ne s'éleva contre elle; M. Didot, au contraire, dans la discussion qui suivit, prétendit que, « dans l'immense » majorité des cas, dix-neuf fois sur vingt, c'est le côté » externe du gros orteil qui est le siége du mal. » M. Crocq renchérit encore, et, plus royaliste que le roi, affirma que « l'influence de la pression du second orteil est prouvée par » ce fait que c'est *toujours à l'angle externe* et non à l'interne » que se produit l'incarnation de l'ongle. »

Ces diverses propositions, dont quelques-unes sont si absolues, nous rendirent d'abord fort perplexe, car nous avons presque toujours vu l'ongle incarné à la partie interne de l'orteil, c'est-à-dire là où des chirurgiens d'un mérite incon-

testable déclarent ne le voir que presque jamais, une fois sur vingt, jamais.

Certes, sur bien des points, nous devrions nous incliner devant l'habileté chirurgicale et la longue expérience de M. Seutin, mais dans le domaine de l'observation l'autorité du nom s'abaisse devant celle des faits. Quelque limitée que soit notre expérience, nous ne pouvons faire abstraction de ce que nous avons vu ; il nous suffira d'ailleurs de faire remarquer que l'assertion de l'honorable chirurgien belge est en contradiction absolue avec les faits rapportés et les opinions exprimées par Boyer, Dupuytren, Vidal, Ollivier, M. Nélaton, etc., car, pour ces auteurs, la maladie siége presque toujours au côté interne de l'orteil.

Cette divergence d'opinion entre des auteurs si recommandables, car M. Guilmot seul en France a soutenu, il y a longtemps déjà, celle de M. Seutin, doit nous montrer une fois de plus combien il importe de faire sortir la science de ces voies non pas seulement banales, mais funestes, des affirmations sans preuves, des vaines théories et des évaluations approximatives. Une seule route mène au progrès réel, c'est celle de l'observation exacte des faits, de la statistique sérieuse.

Nous regrettons vivement que M. Seutin n'ait apporté aucune observation, aucune statistique à l'appui de son opinion, qui, en l'absence de ses preuves scientifiques, reste, malgré la juste autorité de son auteur, insuffisante pour entraîner la conviction, surtout en présence d'allégations contraires de chirurgiens aussi célèbres que ceux que nous venons de citer.

Quoi qu'il en soit, le procédé préconisé par M. Seutin nous paraît utilement applicable aux cas, rares en France, *fréquents, à ce qu'il paraît, sur les orteils* belges, dans lesquels l'incarnation s'est faite vers le bord externe. Voici en quoi consiste ce procédé :

On prend un stylet-aiguille ou une spatule que l'on passe entre l'ongle et les chairs ; l'instrument est poussé lentement en écartant l'ongle des parties charnues, et en évitant de toucher aux ulcérations, jusqu'à ce qu'il soit arrivé jusqu'aux confins de la partie de l'ongle détachée. Alors on remplace le stylet par l'une des lames de ciseaux étroits à pointes mousses, puis on coupe l'angle de l'ongle. Si l'on ne parvient pas à couper entièrement la partie incarnée, on reporte de nouveau les ciseaux, et au moyen d'une pince à disséquer on arrive jusqu'aux confins de l'union du morceau qui restait encore attaché à l'ongle, et on l'extrait. Le corps étranger étant ôté, on nettoie le fond de la plaie, et l'on y met cinq ou six brins de charpie de la longueur du sillon, puis par-dessus une nouvelle petite couche semblable que l'on enfonce légèrement.

Dans le pansement intervient la théorie proposée par l'auteur pour expliquer l'incarnation de l'ongle. Pour remédier à la position vicieuse du second orteil et pour le forcer à guérir la maladie qu'il a causée, M. Seutin le ramène au-dessus du premier et l'y maintient au moyen de quelques tours de bande. Il doit ainsi, en pressant de haut en bas sur les chairs exubérantes du premier orteil, les déprimer et les replacer dans leur état normal. Le malade en faisant à l'extrémité de sa chaussure une large ouverture pour laisser passer le doigt ainsi relevé, peut marcher immédiatement après l'opération et retourner à son travail.

Voilà, dit l'auteur, le procédé dont je me sers avec succès pour guérir un accident si fréquent et sur lequel on a beaucoup écrit. Il est rationnel et tellement élémentaire qu'on a lieu de s'étonner *qu'il n'ait pas été employé plus tôt*.

Quoique nous jugions ce procédé assez rarement applicable, car il faut pour cela que l'incarnation soit au côté externe et que l'ongle ait la forme normale, deux conditions exceptionnelles, nous avons voulu le faire connaître, car il peut rendre quelques services. Nous ne parlons, bien entendu que du pansement, car, malgré l'opinion de M. Seutin, son opération nous semble loin d'être nouvelle. Au XVIe siècle, Fabrice d'Aquapendente la pratiquait de la même manière, et voici ce qu'il a dit à ce sujet :

« Quant à moi, je vous dirai comment j'ai guéri les ongles fichés et encoignés dans la chair : je sépare premièrement *avec une éprouvette* l'ongle d'avec la chair et ainsi je dilate cet endroit avec de la charpie sèche, fourrée entre la chair et l'ongle ; cela fait, avec des ciseaux, je coupe en long une partie de l'ongle, *jusque-là où elle adhère à la chair*, puis j'empoigne avec des pincettes, cette partie de l'ongle que j'ai coupée, et *sans user d'aucune violence*, je l'arrache d'avec le reste. » (Trad. franç., Lyon, 1674.)

Rhazès, Ali-Abbas, Avicenne, enlevaient l'ongle, Guy de Chauliac, en 1360, cherchait à le relever en insinuant au-dessous de lui une lamelle de plomb, et ne l'enlevait que si les autres moyens n'avaient pas réussi. Albucasis et avant lui Paul d'Égine, au VIe siècle, n'enlevaient comme Fabrice que la partie incarnée, mais ils y joignaient peut-être avec raison la cautérisation du bourrelet charnu.

Le procédé préconisé par M. Seutin, la superposition du second orteil, doit-il amener la guérison aussi facilement et aussi souvent que le dit l'auteur ? Nous ne le pensons pas.

« Je dirai encore, disait A. Paré en 1552, qu'il y a plusieurs ausquels les ongles entrent en la chair des orteils, qui leur donnent douleurs extrêmes, et souventes fois on n'avance rien à couper l'ongle ; car recroissant il fait le semblable mal. Et partant, pour la cure, il convient de couper entièrement la chair où la portion de l'ongle se cache : ce que j'ay fait souvent avec bonne issue. »

Ce que disait au XVIe siècle le père de la chirurgie française, est encore vrai aujourd'hui ; un même traitement ne peut être appliqué à tous les cas d'onyxis par incarnation.

Le procédé de Fabrice et le pansement de M. Seutin seront applicables aux cas légers et rares dans lesquels il n'y aura ni déviation, ni déformation de l'ongle, lorsque l'incarnation sera à l'angle externe, lorsque enfin le deuxième orteil sera caché sous le premier. Des succès ont été obtenus, cela ne peut être douteux, puisque M. Seutin l'affirme, mais ce qu'il nous importe de savoir, c'est le nombre, la fréquence relative, la valeur de ces succès, ce que nous ne pouvons apprécier en l'absence de statistique et surtout d'observations qui puissent nous éclairer sur l'étendue des désordres qui ont motivé l'opération ; c'est seulement pas l'histoire complète du malade suivi plus ou moins longtemps après la guérison, que nous pouvons être fixés sur la fréquence ou la rareté des récidives.

C'est là en effet le point important dans le traitement de l'onyxis par ongle incarné : même en négligeant les cas dans lesquels le point de départ de la maladie est une inflammation de la matrice ou du cuticule, et qui ne rentrent pas directement dans notre sujet, l'incarnation simple nécessite souvent, à cause des récidives, la destruction définitive de la partie de l'ongle qui tend à s'enfoncer dans les chairs. Un traitement palliatif, s'adressant seulement au bourrelet charnu ou à la partie incarnée, et mieux encore à tous les deux, suffira quel-

quefois dans les cas légers; mais, lorsque les ulcérations sont profondes, lorsque le bourrelet est saillant et volumineux, lorsque surtout l'ongle est dévié, il faut en venir à un traitement plus radical, et l'on est souvent obligé d'enlever en même temps une partie de la matrice unguéale.

Vaut-il mieux, dans ces cas, employer le procédé de Dupuytren, couper dans toute sa longueur l'ongle que l'on enlève ainsi en deux parties égales et l'une après l'autre; vaut-il mieux, comme l'a conseillé M. Didot dans la discussion que suivit la communication de M. Seutin, enlever par le procédé de M. Long et d'un seul coup l'ongle malade? Nous préférons de beaucoup ce dernier mode opératoire plus facile, plus rapide, et par cela même moins douloureux que le premier.

Nous avons employé plusieurs fois ce procédé, nous l'avons très souvent pratiqué et fait pratiquer devant nous sur le cadavre, et nous ne croyons pas qu'il mérite les reproches que lui adresse notre cher maître, M. Malgaigne. On évite assez facilement la déchirure de l'ongle en ayant soin d'enfoncer la spatule parallèlement à la face supérieure de l'orteil et le plus loin possible avant de la relever; et sur le cadavre du moins cette déchirure nous a paru beaucoup moins fréquente par ce procédé que par celui de Dupuytren.

Ces moyens sont sans doute très douloureux, mais le chloroforme nous permet de supprimer la douleur, et si l'on hésitait à recourir à cet anesthésique que de fréquents exemples rendent si redoutable, la ligature circulaire de l'orteil, l'application prolongée de glace pilée, permettent facilement et sans le moindre danger, d'éteindre à peu près complétement la sensibilité de la partie malade.

Mais il est au sujet de l'emploi des anesthésiques, une assertion de M. Seutin que nous ne pouvons laisser passer sans la signaler. Après avoir rapporté en quelques lignes, le nouveau cas de mort pendant ou par l'administration du chloroforme, donné pour faciliter l'extirpation d'un ongle incarné, malheur arrivé récemment à Paris entre les mains expérimentées de notre confrère, M. Fano, l'auteur ajoute : *Mon procédé n'expose pas le praticien à d'aussi tristes mécomptes.* (Page 5.)

Sans doute, M. Seutin ne croit pas que la longueur ou la profondeur plus ou moins grande d'une incision faite à un ongle, expose plus ou moins l'opéré à mourir sous l'action du chloroforme; il ne peut ignorer les faits, malheureusement trop nombreux, publiés en France, en Angleterre, en Amérique, et dans lesquels la mort est arrivée avant le commencement de l'opération. Donner à sa phrase cette signification, ce serait rendre, par le choix d'un procédé défectueux suivant lui, l'opérateur responsable d'un malheur qu'il ne dépend pas de lui d'empêcher ou même de prévoir, au moins dans l'état actuel de la science. Telle ne peut être, telle n'a certainement pas été l'intention de l'auteur.

Il ne nous reste qu'une autre explication, c'est que le procédé belge n'étant pas assez douloureux pour engager à employer le chloroforme, évite au malade une cause de mort rare, mais trop fréquente. M. Seutin, pour lequel nous professons toute l'estime qu'il mérite à un aussi haut degré, nous pardonnera si nous lui appliquons le *quandoque bonus dormitat Homerus*; car nous préférons pour sa phrase cette explication naïve que l'on peut traduire par ce précepte : *La meilleure manière d'empêcher un opéré de mourir par le chloroforme, c'est de ne pas le chloroformer.*

Léon Le Fort.

---

A la suite de l'empoisonnement par les champignons de cinq officiers, en garnison à Corte, le conseil de santé des armées a publié une instruction sur les *caractères propres à distinguer les champignons comestibles des champignons vénéneux*. (Voy. *Gazette hebdom.*, t. VII, p. 753.) Le but que cette instruction se propose est très louable, mais il n'est pas atteint; car, bien que l'on y avance que quelques *caractères généraux* permettent de distinguer le plus souvent les espèces comestibles des espèces vénéneuses, cette assertion est infirmée par l'observation qui démontre que ces prétendus *caractères généraux* n'existent pas. Tout récemment, dans une dissertation destinée à combattre les erreurs nombreuses de l'instruction du conseil de santé des armées (1), un membre bien connu de la presse, M. le docteur Bertillon, a prouvé le peu de fondement qu'il faut accorder à ces caractères généraux, s'accordant en cela avec tous les mycologues et particulièrement avec le docteur Letellier, qui écrit ces mots : « Ces champignons vénéneux ne noircissent, en cuisant, ni l'étain, ni l'argent, ni les oignons; presque tous croissent dans les endroits découverts, sont dévorés par les limaces ou les vers, et souvent ils offrent les couleurs, les formes, la bourse, le collier, les feuilles roses, l'odeur et le goût appétissants des bons champignons. » Montrons un exemple des erreurs de l'*instruction;* nous savons qu'elle indique comme dangereux les champignons que les insectes ne touchent pas; mais d'excellents champignons ne sont jamais attaqués, les Cantharelles, les Clavaires, les Helvelles, tandis que nombre de champignons vénéneux sont dévorées parles insectes : le Mousseron d'automne, la Pratelle comestible ne sont que très rarement mangés par ces animaux, et à côté on trouve des Russules des plus délétères qui sont dévorées. « On doit rejeter d'une manière absolue les champignons qui sécrètent un suc laiteux, dit l'*instruction*. » Mais plusieurs espèces sécrètent du lait et sont comestibles et même d'un goût très agréable *Lactarius deliciosus;* mais nous voyons des champignons lactaires vénéneux perdre leur lait par un temps sec (*Lactarius vellereus*), et si nous considérons que leur chair est blanche, ferme, cassante, à peu près inodore, nous n'aurons plus aucun signe de leur qualité suspecte. La plupart des champignons vénéneux ne sécrètent aucun lait, voici donc encore un caractère sur lequel nous ne pouvons nous appuyer avec quelque assurance. Tous les caractères indiqués dans l'instruction offrent, de même que ceux que nous venons de rapporter, si peu de valeur qu'il ne faut leur accorder aucune confiance, et mieux vaudrait ne pas avoir l'*instruction* que de se baser uniquement sur les données qu'elle indique. Ce n'est pas avec des caractères généraux, avec des caractères pris exclusivement dans ceux que le vulgaire peut observer, qu'on trouve les moyens de reconnaître les espèces comestibles de celles qui sont vénéneuses, et l'Académie de médecine, en proposant un prix sur les champignons, nous semble être dans une mauvaise voie, lorsqu'elle insiste sur l'emploi des caractères *généraux* et *pratiques* au détriment de celui des caractères *scientifiques*. Sans doute un paysan, un amateur arrivent à la longue à distinguer *de visu* les espèces de champignons les unes des autres, mais ils ont appris à les connaître par une longue expérience, basée sur l'emploi judicieux de tous les sens, et nullement par des caractères généraux inscrits dans des livres ou des instructions.

Ils ont appris à distinguer les champignons comme le chas-

(1) *Presse scientifique des Deux-Mondes*, t. I, 1861, n° 40,

seur à connaître les *passées* d'un gibier quelconque, par une pratique continue, et, quand on voudra arriver à avoir la connaissance des champignons vénéneux et des espèces comestibles, il faudra se résigner à étudier la mycologie, apprendre la caractéristique des espèces les unes après les autres, en employant tous les moyens d'investigation que la science nous donne, et on finira par *connaître* les champignons assez pour distinguer, avec quelque certitude, les bons des mauvais. Ce qui remplacerait avec grand avantage les *instructions*, et même, dans une certaine mesure, des herborisations, ce serait l'établissement de collections moulées et coloriées, qui offriraient la représentation des espèces comestibles et vénéneuses, et pourraient ainsi faciliter leur détermination. Mais ces collections, fussent-elles mêmes parfaites, ne pourront jamais remplacer qu'incomplétement les études faites sur le vif et poursuivies avec persévérance. Toutefois elles permettraient d'apprendre à reconnaître pratiquement quelques champignons comestibles, sans être obligé d'avoir recours à l'étude difficile de la mycologie.

J.-LÉON SOUBEIRAN.

---

La discussion soulevée par M. Trousseau a eu encore un caprice; mais c'est le dernier. Elle s'est arrêtée tout court. Mardi, après une lettre de M. Piorry, motivée par la lecture de M. Bousquet, M. le président a constaté qu'aucun orateur demandait la parole. En conséquence, la clôture du débat a été prononcée.

A. D.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE MUSCULAIRE, PROGRESSIVE DE LA LANGUE, DU VOILE DU PALAIS ET DES LÈVRES. — Communication faite à la Société de médecine de Paris, le 15 mars 1861, par le docteur DUCHENNE (de Boulogne).**

Jusqu'au moment de la publication du mémoire où j'ai exposé l'étude clinique de la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres (1), affection dont notre collègue M. Costilhes a communiqué un cas type à la Société, dans la séance du 16 novembre 1860 (2), il m'avait été impossible d'obtenir l'autopsie des sujets que j'avais vus succomber à cette maladie. Mais depuis lors, une femme, qui était arrivée à la période ultime de cette paralysie, qui ne pouvait recevoir dans sa famille les soins incessants nécessités par la gravité de son état, et que j'avais décidée à se faire conduire à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau, y a succombé quelques semaines après son entrée. Son autopsie a été faite avec le plus grand soin; je viens en entretenir la Société.

Pour que vous puissiez apprécier la valeur de ce fait d'anatomie pathologique, je crois, messieurs, qu'il est nécessaire de vous rappeler l'histoire de cette malade, bien que la relation en ait été exposée dans mon mémoire (3).

OBS. — *Paralysie musculaire, progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. — Mort. — Autopsie.* — J'ai donné des soins à une femme âgée de quarante-sept ans, madame Bidot, piqueuse de bottines, rue Rochechouart, 14, dont les muscles de la langue, du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres se sont paralysés progressivement. Voici son histoire : d'une bonne santé habituelle et d'une forte constitution, bien réglée, elle éprouve, en octobre 1859, un peu de difficulté en parlant et en avalant, sans douleur aucune et sans fièvre, ni trouble dans la santé générale. Elle n'a jamais eu de maux de gorge; ses amygdales ont leur volume normal. Elle ne s'est pas préoccupé de son état, dit-elle, parce qu'elle ne souffrait pas ; cependant la gêne dans la déglutition et dans la prononciation va croissant, et bientôt elle ne peut plus détacher nettement les palatales et les dentales; les consonnes *t*, *d*, sont prononcées comme le *ch*, et les labiales *p* et *b* sont les seules consonnes qui soient articulées. Elle commence à avaler difficilement sa salive, qui s'accumule dans sa bouche et devient visqueuse. Un mois après le début de sa maladie, en novembre 1859, sa voix devient nasonnée, et souvent les boissons repassent en partie par les narines. A dater de ce moment, la déglutition des liquides et des solides, et conséquemment l'alimentation, sont de plus en plus difficiles.

Plus tard, en janvier 1860, la malade éprouve quelque peine à froncer les lèvres, à les rapprocher fortement l'une de l'autre; les labiales, qu'elle articulait moins nettement depuis que la voix était nasonnée, se font à peine entendre : par exemple le *p* est prononcé avec peine et faiblement. Enfin, vers la même époque, elle a de temps à autre des étouffements, surtout lorsqu'elle marche; elle dit aussi qu'elle a quelquefois des étourdissements et des éblouissements. Son appétit a toujours été bon; elle goûte parfaitement les aliments. Le 20 avril 1860, je constate tous les troubles fonctionnels qui caractérisent la paralysie de la langue, du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres. Ces troubles sont considérables; la malade ne fait plus entendre que des sons inarticulés, et la salive, qui ne peut plus être avalée, s'écoule constamment au dehors. La contractilité électro-musculaire est normale dans tous les muscles paralysés. Le voile du palais tombe, ainsi que la luette, qui est déviée à gauche. La sensibilité de la muqueuse du pharynx, de la bouche et de la langue est normale; la titillation de la luette ou des autres points du voile du palais et du pharynx provoque la contraction de tous les muscles de cette région et des nausées; les lèvres ne peuvent être froncées ni arrondies pour prononcer *ou;* elles sont rapprochées difficilement. La langue est à peu près immobile; la malade la porte seulement un peu en avant ou latéralement, mais il lui est complétement impossible d'en relever la pointe ni d'en élever le dos ou la base. — (Quoique cette paralysie date de plus de six mois, la langue est largement développée, ses bords sont lisses, et ses muscles ne présentent pas le plus léger signe d'atrophie.) Sa déglutition étant difficile et l'alimentation insuffisante, ses forces ont diminué progressivement; elle a remarqué que sa faiblesse a augmenté surtout à dater du moment où la déglutition de la salive est devenue impossible. Cependant elle pouvait encore s'occuper de son ménage et venir à pied de la rue Rochechouart à mon cabinet, le 20 avril 1860. Mais, six mois plus tard, vers la fin de novembre, les syncopes devinrent plus fréquentes; ses forces se perdirent encore plus rapidement, et, bien qu'elle pût faire tous ses mouvements partiels, je constatai que les membres supérieur et inférieur droits étaient un peu plus faibles que ceux du côté opposé, ce que je n'avais observé qu'une seule fois dans tous les autres cas. La phonation s'affaiblit considérablement. Enfin, elle devint très facile à émouvoir; la moindre excitation la faisait pleurer ou rire, bien que son intelligence ne fût pas altérée. Tel était l'état de cette malade, lorsque je l'ai fait entrer le 5 novembre 1860, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 19, dans le service de M. le professeur Trousseau.

Les phénomènes symptomatiques ci-dessus décrits ont pu être constatés de nouveau dans le service de mon savant ami. Peu de jours après son entrée, cette malade est tombée, sans cause connue, en syncope, au moment de la visite du soir, faite par le chef de clinique, M. Moynier. Cette syncope dura environ dix minutes et faillit être mortelle. — La déglutition était difficile et dangereuse; une portion des aliments et des boissons s'introduisait quelquefois dans la trachée. Un jour, un morceau de viande avait pénétré en partie dans ce conduit, et occasionnait déjà un commencement d'asphyxie, lorsque M. Moynier arriva, heureusement à temps, pour en faire l'extraction. Pendant son séjour à l'hôpital, cette malade s'affaiblissait graduellement, conservant toutefois la faculté d'exécuter tous ses mouvements partiels, avalant toujours de plus en plus difficilement, mais pouvant encore s'alimenter un peu, lorsque le 8 janvier apparurent des symptômes d'asphyxie qui, s'aggravant lentement et progressivement, se terminèrent par la mort en moins de vingt-quatre heures.

L'autopsie a été faite par le chef de clinique qui a succédé à M. Moynier, M. Dumont-Pallier, sous les yeux de M. Trousseau. J'assistais à cette nécropsie, ainsi que d'autres confrères, et entre autres M. Labric, médecin des hôpitaux, qui observe une maladie semblable dans sa propre famille.

Voici la relation de cette autopsie, telle qu'elle a été rédigée par M. Dumont-Pallier, qui a eu l'obligeance de me la communiquer :

« L'ouverture du crâne et du canal rachidien a été faite avec grand soin. Le cerveau, le cervelet, la protubérance, le bulbe et leurs dépen-

(1) *Archives générales de médecine*, n°s de septembre et octobre 1860.

(2) *Observation de paralysie progressive localisée dans les muscles de la langue, du voile du palais, de l'orbiculaire des lèvres* (*Gazette médicale*, 1860).

(3) *Loc. cit.*, obs. VI.

dances ont été observés minutieusement, ainsi que la moelle; les racines des nerfs crâniens, rachidiens, et plus particulièrement celles des nerfs hypoglosses ont été l'objet d'une dissection attentive. Il a été impossible de constater *de visu* aucune modification appréciable dans la disposition anatomique des différentes parties nerveuses sus-énoncées.

» Le cerveau, le cervelet, l'isthme de l'encéphale, le bulbe et la moelle avaient leur consistance normale. Il n'y avait point d'injection des membranes; les vaisseaux de la base présentaient seulement des dépôts athéromateux, ainsi que les divisions artérielles des scissures cérébrales et des circonvolutions.

» Le liquide compris dans la grande cavité arachnoïdienne de l'encéphale et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la moelle ne présentait aucune particularité à noter, si ce n'est de petites lamelles de substance blanche dispersées dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la moelle. Ces petites lamelles avaient l'apparence de dépôts graisseux, d'une blancheur remarquable. L'analyse chimique n'en a point été faite; ces dépôts ne s'enflammaient point au contact de la flamme d'une chandelle.

» Le nerf grand hypoglosse, suivi de chaque côté depuis son origine apparente jusque dans ses principales divisions aux muscles de la langue, présentait ses rapports normaux, son volume normal et la consistance ordinaire des nerfs.

» Les muscles extrinsèques et intrinsèques de la langue étaient d'une belle coloration; examinés avec soin au microscope de Nachet à différents grossissements (280°, 360°, 590°), sur huit préparations appartenant aux muscles génioglosses, styloglosses et les fibres médianes, longitudinales de la langue. Ces muscles présentaient la structure propre aux muscles de la vie de relation; leurs faisceaux étaient composés de fibres transversales très belles. Il n'y avait point de cellules graisseuses ni de granulations graisseuses entre ces différentes fibres, non plus qu'entre les petits faisceaux musculaires.

» Les muscles du voile du palais et leurs fibres musculaires avaient leur aspect et leur structure normaux. Je n'ai point examiné au microscope le muscle orbiculaire des lèvres, mais sa dissection me permet d'affirmer qu'il avait la coloration et son épaisseur normales. Le nerf facial n'a point été disséqué.

» Les poumons étaient infiltrés de sérosité sanguinolente dans leurs portions déclives. Le cœur offrait une hypertrophie considérable du ventricule gauche. L'aorte et les artères principales étaient athéromateuses. »

En résumé, l'affection qui a paralysé progressivement, chez cette malade, la langue, le voile du palais et l'orbiculaire des lèvres, au point de rendre l'articulation des mots impossible et la déglutition très difficile, cette affection qui, dans sa dernière période, a produit des syncopes, qui enfin s'est terminée par l'asphyxie, n'a laissé après elle aucune lésion anatomique appréciable à l'œil nu, ni dans les centres nerveux, ni dans les racines nerveuses, ni dans la continuité des nerfs qui en émanent et se distribuent aux muscles paralysés. Enfin l'examen microscopique a montré que les muscles de la langue et du voile du palais n'avaient éprouvé aucune altération de tissu.

Ce fait ne prouve pas que l'espèce morbide décrite sous le nom de paralysie musculaire, progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, soit une maladie sans lésion matérielle, car, dans ce cas, on n'a point fait l'examen microscopique des différentes parties des centres nerveux ou des nerfs qui animent les organes troublés dans leurs fonctions. Il démontre seulement que cette maladie n'est pas produite, comme le prétend le docteur Dumesnil, médecin de l'hôpital de Rouen, par les grosses lésions anatomiques, visibles à l'œil nu (atrophie des racines antérieures cervicales, atrophie et altération du grand hypoglosse), lésions que cet observateur distingué dit avoir trouvées dans le cas complexe dont j'ai apprécié la valeur et la signification dans mon mémoire.

---

## III

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

**Des cysticerques de ténias chez l'homme, par E. Koeberlé, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chef des travaux anatomiques.**

*Des cysticerques des helminthes cestoïdes.*

Les cysticerques des ténias, désignés anciennement sous le nom d'hydatides, et rangés naguère, en un groupe spécial, dans l'ordre des vers cystiques ou vésiculaires, ne sont qu'une des formes de l'évolution des helminthes cestoïdes, ou vers rubanés.

Les helminthes cestoïdes arrivent à leur état parfait par voie de génération alternante, et en subissant des métamorphoses. A l'état parfait, ils sont constitués par une partie céphalique (*scolex*) et par un corps formé d'une série d'articles (κέστος, anneau) dont chacun constitue un individu distinct, androgyne, pourvu d'un ovaire, d'un organe générateur mâle, qui s'atrophie dans les segments en voie de maturité, et d'un ou de deux canaux excréteurs des œufs. Ces articles forment entre eux une chaîne ou une colonie plus ou moins longue d'individus, qui sont d'autant plus développés qu'on s'éloigne de la tête, dont la forme est variable, et dont celle du ténia représente un des types.

Les embryons des helminthes cestoïdes sont agames; ils n'arrivent à leur complet développement, à l'état de strobile ou de ver rubané proglottifère et sexué, qu'en séjournant en liberté dans le canal intestinal d'un vertébré. Lorsque ces embryons pénètrent au milieu des tissus de leur hôte, et s'y égarent, leur présence y provoque une irritation inflammatoire locale accompagnée d'une exsudation plastique. Cette exsudation se transforme en une coque plus ou moins épaisse de tissu fibreux (kyste fibreux ou capsule fibreuse) dans laquelle ils demeurent enkystés à l'état de cysticerques (κύστις, vessie, κέρκος, queue).

Les cysticerques des ténias ont une tête de ténia supportée par un cou d'une longueur variable, à même de se rétracter et de s'invaginer dans l'extrémité terminale de leur corps (vessie ou vésicule caudale) qui est renflée ou distendue par un liquide clair plus ou moins abondant, renfermant parfois quelques flocons blanchâtres formés par des détritus amorphes. Dans cet état, ils se présentent sous forme d'une vésicule d'un volume variable, tantôt arrondie, tantôt allongée et pyriforme, tantôt ellipsoïde et aplatie, ou prolongée transversalement, parfois irrégulière, suivant les accidents de terrain des endroits où les parasites étaient logés. En un point qui correspond à un petit orifice extérieur de sa surface (orifice d'invagination), souvent difficile à apercevoir, cette vésicule renferme un noyau plus ou moins dur et opaque formé par l'extrémité céphalique invaginée et rétractée sur elle-même. A l'extrémité opposée à l'orifice d'invagination, on remarque une petite saillie creusée d'une dépression (dépression ou cicatricule terminale). Cette partie disparaît et devient inappréciable lorsque la vésicule caudale est très distendue (1).

Les cysticerques enkystés restent agames. Ils présentent des plissements transversaux, mais ils n'arrivent jamais à se segmenter en anneaux ou proglottides munis d'un appareil générateur. Ils sont seulement recouverts à la surface interne de la paroi de leur corps par une couche de corpuscules, improprement appelés corpuscules calcaires, dont la plupart sont des germes d'embryons, ou si l'on veut, des ovules rudimentaires, le plus souvent abortifs et incrustés de sels calcaires.

Les cysticerques sont dépourvus, de même que les strobiles, d'un orifice buccal et d'organes digestifs; ils se nourrissent par imbibition. Quelques espèces seulement sont munies de quatre canaux longitudinaux qui commencent vers le rostellum, et qui se terminent d'une manière indistincte au delà des ventouses. Ces

(1) On peut très bien suivre, chez le cysticerque du *tænia serrata*, qui est très commun dans la cavité péritonéale du lapin, les modifications que les progrès de l'âge font subir à la vésicule caudale, à l'orifice d'invagination et à la cicatricule terminale

canaux se réunissent probablement pour former les deux canaux qui longent les parties latérales du strobile, comme chez le *T. solium* par exemple. Leur accroissement se fait d'une manière lente : il est entravé par la coque fibreuse à mailles très serrées qui les renferme et qui s'oppose plus ou moins à l'imbibition endosmotique ; ils atteignent rarement la grosseur d'un œuf de colombe. Le cysticerque du *T. cœnura* et le cysticerque du *T. echinococca* font seuls exception, le dernier surtout arrive à un développement quelquefois énorme. Ils s'incrustent peu à peu de sels, meurent et se momifient sous forme d'un noyau calcaire, dans lequel on rencontre leurs crochets, et qui est contenu dans le kyste fibreux avec lequel il ne contracte jamais aucune adhérence.

*Des cysticerques de ténias chez différents animaux.*

On a rencontré des cysticerques de ténias dans presque tous les organes des mammifères. Chez quelques-uns ils sont très communs, en quelque sorte normaux, sans que pour cela ces animaux en souffrent. Les chats bien gras en renferment presque certainement dans la cavité péritonéale ; ils sont aussi très répandus chez les lapins, les lièvres, les chevreuils, les bœufs et les moutons. Chez ces derniers, ils produisent les maladies appelées pommelière, cachexie aqueuse des bêtes à laine, hydatides. Les porcs en sont quelquefois tellement infestés qu'ils donnent lieu à des tumeurs multiples dans les chairs, et constituent la maladie appelée ladrerie, *affectio finnarum, morbus glandosus*, etc., que l'on rattachait jadis à la maladie vénérienne, mais dont Gœze (1) a reconnu et démontré la véritable nature, déjà soupçonnée par Otto Fabricius, en 1782.

Les cysticerques, chez les animaux, se rencontrent le plus souvent dans le foie, dans le péritoine, dans les poumons, dans le tissu cellulaire, etc.

Les cysticerques de ténias que l'on rencontre chez les mammifères, appartiennent à différentes espèces. Quelques-uns habitent spécialement, quelquefois exclusivement, chez un vertébré particulier. D'autres sont communs à plusieurs mammifères, etc. Le *C. echinococcus* se rencontre le plus fréquemment chez l'homme et chez les animaux domestiques ; le *C. cellulosæ* ou *solium*, chez le chien, l'ours, le chevreuil, le rat, le singe, et surtout chez le porc, chez l'homme ; le *C. tenuicollis*, chez la plupart des ruminants et des animaux domestiques, chez l'écureuil, chez l'homme ; le *C. cœnurus*, chez les jeunes brebis, les vaches et les autres ruminants ; le *C. crassicollis* ou *fasciolaris*, chez la souris, la chauve-souris, le rat, le campagnol ; le *C. serratus* ou *pisiformis*, chez le lapin, le lièvre ; le *C. crassiceps* ou *longicollis*, chez le campagnol ; le *C. fistularis*, chez le cheval ; le *C. turbinatus* et le *C. melanocephalus*, chez l'homme. Quelques espèces ont été rencontrées rarement, sont mal décrites, et se rapportent peut-être aux précédentes. Tels sont le *C. crispus* et le *C. sphærocephalus*, le *C. canis*, le *C. elongatus*, le *C. cordatus*, le *C. putorii*, le *C. talpæ*, le *C. leporis variabilis*, le *C. delphini*, etc. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'établir une classification exacte.

*Des cysticerques de ténias chez l'homme.*

Chez l'homme, les cysticerques de ténias s'observent rarement. Ceux du *T. echinococca* sont les plus fréquents. Les cysticerques des autres espèces de ténias, ou des ténias encore inconnus, sont très rares. Il paraît que plus de la sixième partie des habitants de l'Islande est affectée d'hydatides du foie (*livrarveiki*) qui font beaucoup de ravages, et qui, selon v. Siebold, seraient des cysticerques de *T. serrata* (?). Schleisner a attiré l'attention sur cette maladie des Islandais, qu'Eschricht (2) regarde, d'après les pièces envoyées par Thorstenson, comme étant due le plus souvent à la présence d'échinocoques (cysticerques du *T. echinococca*, acéphalocystes).

(1) Gœze, *Neuste Entdeckungen, dass die Finnen im Schweinefleisch keine Drüsenkrankheit, sondern wahre Blasenwürmer sind*, Halle, 1784.

(2) Küchenmeister's, *Helmint. Not.* 1856, *über die Bildung der Echinococcen.*

D'après Wunderlich (1), les cas d'échinocoques du foie, aux environs de Leipzig, sont presque aussi nombreux que les cas de ténias.

Je ne m'occuperai point ici des cysticerques du *T. echinococca*, dont l'évolution présente des particularités très caractéristiques, et qui feront l'objet d'un mémoire spécial. Des observations pathologiques anciennes et modernes relatives à ces derniers existent en grand nombre.

*Observations des auteurs* (2).

Des observations anciennes, assez nombreuses, de cysticerques autres que ceux du *T. echinococca*, chez l'homme, se trouvent consignées dans les auteurs et dans les revues périodiques, antérieurement au XIXe siècle ; mais très peu sont suffisamment explicites. Depuis, on a parfois confondu ensemble avec eux des kystes séreux simples et d'autres productions nullement parasitaires. D'autres fois, on les a considérés comme étant des kystes séreux, ou bien, on les a décrits comme étant des échinocoques.

— Des cas vraisemblables de cysticerques, chez l'homme, ont été rencontrés par Warthon (3), Panaroli (4), Morgagni (5), Wepfer (6), etc., mais ces observations sont très incomplètes.

— Gœze (7) paraît avoir signalé le premier des *C. cellulosæ* (?) chez l'homme. Ayant eu l'occasion d'examiner des hydatides que lui avait envoyés Meckel, il y reconnut distinctement la couronne de crochets, et pensa pouvoir les regarder comme de petits vers vésiculaires analogues aux vésicules que l'on rencontre chez les porcs affectés de la maladie glanduleuse. Un examen complet lui a été rendu impossible par leur macération trop prolongée dans l'alcool.

— Werner (8) a le premier bien reconnu et donné une description étendue d'un *T. hydatigena cremita* qu'il rapproche du *T. hydatigena* (*C. cellulosæ*) du porc, et qui se rapporte évidemment à une espèce observée à plusieurs reprises, le *C. turbinatus*. L'interressante observation de Werner a été complétée et commentée par Fischer.

Werner a rencontré plusieurs centaines de ces parasites à l'autopsie d'un militaire, âgé de quarante ans, qui s'était noyé, et dont le cadavre avait séjourné pendant deux semaines dans une eau glacée. Ce militaire avait été sujet, depuis plusieurs années, à des idées mélancoliques, et se plaignait souvent d'un sentiment de lassitude et de pesanteur dans les membres. Les parasites étaient logés dans les muscles qui en étaient presque tous farcis. Le foie, les poumons, et probablement aussi le cerveau n'ont pas été examinés. On n'en a point trouvé dans le tissu cellulaire graisseux qui était extrêmement abondant. On n'a pas remarqué des traces bien appréciables d'irritation des tissus voisins. Les parasites étaient renfermés dans une capsule fibreuse (*vesicula vaginalis externa*) rougeâtre, oblongue, de 0m,007 à 0m,028 de long, renflée à sa partie moyenne, et adhérente aux parties voisines par des prolongements vasculaires (et fibreux), de manière à ne pouvoir être détachée qu'avec force ou à l'aide du scalpel. En quelques endroits, il y en avait plusieurs réunis ou accolés par leurs extrémités. Le ver remplissait presque en entier cette capsule, dans laquelle il nageait libre d'adhérences dans un peu de mucus plus ou moins épais et trouble, que Werner regarde comme étant formé par des excréments ou par de la matière séminale. Le ver extrait de son kyste, et placé dans de l'eau tiède, ne tardait pas à sortir sa tête et une partie de son cou hors d'une vésicule transparente (vésicule caudale) propre à tous les ténias hydatigènes et

(1) Wunderlich, *Handb. der Pathol. und Therap.*, Bd. III, Abt. 3, p. 339.

(2) Toutes les observations, sauf un très petit nombre, ont été rapportées directement, d'après les sources authentiques, en résumé, textuellement autant que possible, en en élaguant seulement les parties insignifiantes et d'aucune portée pratique.

(3) Bonetus, *Sepulchretum*, Genevæ, 1679, p. 1541.

(4) Panaroli, *Iatrolog. seu medic. Observ.* Pent. 4, obs. XVII, Hanoviæ, 1654.

(5) Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, Venetiis, 1761, epist. 21, § 4.

(6) *Eph. N. C.*, dec. 11, An. IX, 1691, p. 440.

(7) Gœze, *Neuste Entdeckungen*, etc., Halle, 1784.

(8) Werner, *Verm. intest. continuatio* II, p. 7, Leipzig, 1786.

qui se terminait transversalement par deux prolongements obtus (c'est-à-dire qui reproduisait la forme de la capsule fibreuse). La tête et le cou, lesquels étaient formés par vingt articles et au delà, sortaient à travers une petite dépression linéaire (*incisio vel foveola*) d'une capsule vaginale (*capsa vaginalis*) en forme de lentille coriace, épaisse, cartilagineuse, unie, par sa partie latérale, à la vésicule caudale. La tête du parasite était constituée par quatre papilles (ventouses) couronnées par un double rang de vésicules-suçoirs (*vesiculæ sugentes*) figurés par deux rangs de petites vésicules terminées en pointe, en tout semblables à celles (aux crochets) des ténias cucurbitains de l'homme ; mais chez lesquels Fischer n'a pu retrouver distinctement la forme des crochets. Au reste, Fischer n'a pu reconnaître non plus d'une manière distincte ceux du *C. cellulosæ* du porc que Gœze a très bien vus. Ces organes sont représentés au nombre de huit pour chaque demi-série, soit en tout trente-deux. A partir de la tête, le cou était parcouru par une ligne noire (le prolongement de la cavité de la vésicule caudale). Les parasites paraissent avoir été encore vivants, puisque Werner et Fischer affirment qu'ils sortaient leur tête de la vésicule, soit spontanément, soit à l'aide d'une légère compression, lorsqu'on les plaçait dans de l'eau tiède; ils rentraient rapidement leur tête lorsqu'on ajoutait de l'eau alcoolisée ou de l'eau salée. Fischer prétend avoir constaté ces faits durant trois semaines, alors que le cadavre du noyé commençait à se putréfier, et que les parasites avaient été exposés, à plusieurs reprises, à une température au-dessous de 0 degré.

W. et F. ont pensé que les parasites qu'ils ont observés formaient une espèce particulière, distincte des autres ténias hydatigènes (cysticerques de ténias) et différente des *C. cellulosæ* du porc. Ils se fondaient sur l'existence d'une *capsa vaginalis* qu'ils ont prise pour un organe spécial, et qui n'est qu'une portion de l'extrémité céphalique invaginée dans la vésicule caudale; sur la différence de forme et de volume de cette dernière; sur la différence du nombre des crochets.

— D'après Rudolphi (1) on rencontrait, de son temps, dans les autopsies, à Berlin, une fois sur cinquante, un nombre plus ou moins considérable de *C. cellulosæ*. On les trouvait le plus souvent dans les muscles fessiers, les muscles psoas-iliaques, les muscles extenseurs de la cuisse, et même, quoique plus rarement à la vérité, dans le cerveau. Une fois R. disséqua une femme assez grasse dont les muscles contenaient une grande quantité de ces parasites. Les colonnes charnues du cœur en renfermaient trois; le cerveau en était farci; il y en avait dans les corps striés, dans la moelle allongée, entre les circonvolutions et dans la substance médullaire du cerveau. Il n'a jamais été possible à R. de déterminer les symptômes qui se rattachaient à la présence des cysticerques pendant la vie.

— Himly (2), Loschge (3), Flormann (4), Laennec (5), Dupuytren (6), Mascagni (7), Greve (8), ont observé des *C. cellulosæ* dans les muscles et dans le tissu cellulaire.

— Gerlach (9), Wyman (10), Raikem (11), ont trouvé de nombreux cysticerques dans les muscles (12).

D'autres cas, dans lesquels les cysticerques peu nombreux n'offrent pas un intérêt spécial, ont été observés par Follin et Davaine (1), Béraud (2), Virchow (3), etc.

Ude (4) a observé chez un homme une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, située au-dessus du sternum. Une incision donna issue à du pus et à un cysticerque de la grosseur d'une petite noisette, muni de trente-deux crochets.

Hoffmann (5) a rencontré, dans un abcès du muscle deltoïde, chez une fille âgée de dix-huit ans, un cysticerque, regardé par Wedl comme un *C. cellulosæ*, invaginé dans la vessie caudale, sous forme d'une petite masse cylindroïde longue de 9 millimètres et large de 1 millimètre, renfermant une tête de ténia munie d'un double rang de crochets.

Stich (6) a rapporté six cas de cysticerques observés dans les muscles, etc. Dans un de ces cas, Romberg a cru pouvoir attribuer les attaques d'épilepsie d'un homme chez lequel on pouvait compter environ trois cents tumeurs formées par des cysticerques à la superficie du corps, à la présence de ces parasites dans le cerveau. Cet homme, dont la santé avait été parfaite auparavant, avait été pris subitement de convulsions épileptiformes intenses, en même temps qu'une grande quantité de cysticerques apparut dans les muscles et dans les tissus sous-cutanés. Stich pense que les contractions de la vessie caudale peuvent expliquer les divers états d'irritation du système nerveux lorsque les cysticerques ont leur siége dans le cerveau (?).

Gervais et Demarquay (7) ont observé chez une femme âgée de soixante ans, dont le corps présentait de nombreux foyers purulents, des cysticerques logés en grand nombre dans presque tous les muscles de l'économie. Il y en avait également un dans le poumon. Gervais les a regardés comme étant des *C. cellulosæ*. Ils étaient renfermés chacun dans une capsule fibreuse. La vésicule caudale, de forme ellipsoïde ou ovalaire, était longue de 15 à 20 millimètres, et large de 5 à 6 millimètres. Le tubercule, formé par invagination de la tête et du cou, avait la grosseur d'un grain de chènevis. La tête, fort petite, était noirâtre, surtout dans sa moitié supérieure, où l'on voyait de très petits grains de pigment autour de la couronne de crochets, au nombre de *trente-deux*, disposés sur deux rangs très serrés. Les ventouses étaient au nombre de quatre. La surface de l'hydatide était finement granuleuse, et l'orifice de rentrée de la partie ténioïde du ver apparaissait sous la forme d'un petit ombilic difficile à constater. Les cysticerques qui ont été représentés (8) ont une vésicule caudale relativement très développée, et l'orifice d'invagination est toujours situé sur la partie latérale, et non à l'une des extrémités du grand axe de l'ellipse.

— Sichel (9) aurait observé cinq cas de cysticerques logés sous la conjonctive.

Hœring (10) a fait une observation analogue; il en est de même de Baum (11), Estlin (12), Cunier (13), Canton (14).

Le parasite formait une petite tumeur de la grosseur d'un pois au-dessous de la conjonctive qui était plus ou moins enflammée en cet endroit. Dans la plupart de ces observations, qui presque toutes sont relatives à des enfants de six à sept ans, la guérison a été obtenue par l'incision ou par l'extirpation du kyste. Dans un des cas de Sichel (15), le cysticerque fut expulsé spontanément à la suite de l'ouverture d'un petit abcès.

(1) Rudolphi, *Entozoor. synopsis*, p. 546, Berlin, 1819.
(2) Hufeland's *Journal*, t. XXIX, 1809, p. 116.
(3) Steinbuch, *Comment. de tænia hydat. anom.*, Erlangen, 1802.
(4) Rudolphi, *Entozoor. synopsis*, Berlin, 1819, p. 620.
(5) *Mémoires de la Société de médecine*, an XII.
(6) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 367.
(7) Brera, *Lezioni med. pratt.*, etc., Crema, 1802, p. 153.
(8) Greve, *Erfahr. und Beobacht. über die Krankh. der Hausthiere*, Oldenburg, 1818, c. XVII.
(9) *Gazette des hôpitaux*, 1844, p. 596.
(10) Jackson, *A Descript. Catal. of the Anat. Museum of the Boston Soc.*, Boston, 1847, n° 904.
(11) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1853, p. 199.
(12) Rainey croit avoir rencontré des C. *cellulosæ* dans l'intérieur des faisceaux primitifs des muscles, sous forme de petits corps allongés en fuseau. Ces faisceaux musculaires primitifs infestés sont figurés sans déformation notable (?). (*Philos. Transact.*, 1857, p. 3; — *On the Structure and Development of the Cyst. cellul. as found in the muscles of the Pig.*

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1852, t. IV, p. 19.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 475.
(3) *Gazette médicale*, Paris, 1858, p. 448.
(4) *Nordamerik. Monatsbericht für Natur-und Heilkunde*, Philadelphie, janvier 1852, p. 10.
(5) Wedl, *Grundzüge der pathol. Histol.*, Wien, 1854, p. 763.
(6) *Canstatt's Jahresb.*, 1855, t. IV, p. 339; — *Ueber das Finnigsein lebender Menschen*, dans *Ann. des Charite-Krankenh. zu Berlin*, Ann. V, H. 1, p. 154.
(7) *Journal de l'Institut*, 1845, 1re sect., p. 16.
(8) Gervais et van Beneden, *Zool. médic.*, t. II, p. 251.
(9) *Revue chirurgicale*, mai 1854, p. 146.
(10) *Gazette médicale de Paris*, 1839, p. 636.
(11) *Ammon's Monatsschrift.*, 1838, Bd. I, p. 67.
(12) Mackenzie, *Traité prat. des malad. des yeux*, trad. Paris, 1843.
(13) *Annales d'oculistique*, t. VI, 1842, p. 271.
(14) *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XIX, 1849, p. 218.
(15) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, Paris, 1859, obs. CCLXIX, p. 705.

— Sœmmering (1) a observé un *C. cellulosæ* dans la chambre antérieure de l'œil d'une jeune fille âgée de dix-huit ans. On remarqua le parasite à la suite d'une violente ophthalmie qui disparut peu à peu. Il avait la forme d'une petite boule assez diaphane, munie d'un noyau blanchâtre et opaque. On en voyait parfois sortir la partie plissée du cou, qui se terminait par la tête, soit spontanément, soit à l'aide d'un léger frottement sur l'œil. Il ne gênait la vue que lorsqu'il se plaçait au-devant de la pupille; son volume augmenta du double dans l'espace de sept mois. La jeune fille fut opérée par Schott, qui retira de son œil le ver encore vivant, de la grosseur d'un pois.

Roser (2) a extrait, à travers une incision de la cornée, un cysticerque logé dans la chambre antérieure de l'œil droit d'un homme âgé de trente et un ans. Le parasite, de la grosseur d'un petit pois, avait la forme d'une vésicule transparente munie d'un noyau blanchâtre. Il ne gênait la vision qu'autant qu'il se présentait devant la pupille. Dans les premiers temps, on n'avait observé aucun phémène d'irritation de l'œil; mais, au bout de deux mois, une ophthalmie interne devint imminente, ce qui décida Roser à opérer. En cherchant à extraire le parasite au moyen d'une pincette, la vésicule caudale se déchira : en examinant au microscope le noyau qu'elle renfermait, Roser put reconnaître des suçoirs et une couronne de crochets comparables à ceux d'un ténia. L'incision de la cornée guérit parfaitement, et l'on n'observa plus dès lors aucun trouble de la vision.

Des observations problématiques de cysticerques dans l'œil ont été faites par Logan (3), Alessi (4), Canton (5), etc.

Graefe (6) aurait observé une douzaine de cas de cysticerques dans le fond de l'œil. Un bon nombre de ces observations sont douteuses.

— Leudet (7) a eu occasion d'examiner le cœur d'un homme âgé de cinquante-deux ans, mort d'endocardite. Les parois du cœur renfermaient onze cysticerques. Aucun trouble cérébral n'avait été remarqué. Les autres organes n'ont pu être examinés. La description des cysticerques qui avaient un très petit volume a été donnée d'une manière très incomplète.

Rudolphi (8), Andral (9), Ferrall (10), Morgagni (11)?, ont fait des observations analogues de cysticerques dans les parois du cœur. (*La suite prochainement.*)

---

# IV

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

Dans un rapport sur un mémoire de M. *Courbon*, chirurgien de la marine, intitulé : *Résultats relatifs à l'histoire naturelle obtenus pendant le cours d'une exploration de la mer Rouge exécutée en* 1859-1860, M. *Brongniart* signale une plante de la famille des Légumineuses, le *Mesenna*, *Musenna* ou *Besenna*, dont l'écorce est employée avec succès en Abyssinie comme vermifuge. L'infusion, à la dose de 30 à 60 grammes, est entièrement insipide, ne détermine aucun dégoût, ne produit aucune douleur, et n'amène aucun trouble dans les diverses fonctions. Cette substance est peut-être le meilleur des ténifuges; c'est ordinairement le lendemain de son ingestion que le ténia est expulsé et *comme broyé*, tandis que, lorsqu'on emploie le kousso, il est rendu sous la forme d'un peloton blanchâtre et sans avoir subi d'altération.

(1) *Isis oder encyclop. Zeitung von Oken*, Iena, 1830, p. 717,

(2) *Correspondenz-Blatt zür Foerderung der wissenschaflichen Heilkunde*, Marburg, 1860, p. 656.

(3) *Archives générales de médecine*, 2e série, 1833, t. I, p. 573.

(4) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1853, t. XII, p. 197.

(5) *Loc. cit.*

(6) De La Calle, *De l'ophthalmoscope*, Thèses de Paris, 1856; — *Arch. für Ophthalm. von Arlt, Donders und Graefe*, Berlin, t. I et II passim.

(7) *Gazette médicale*, Paris, 1852, p. 696.

(8) *Loc. cit.*

(9) Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, Paris, 1829, t. II, p. 332.

(10) *Journ. of med. sc.*, Dublin, juillet 1839.

(11) *Loc. cit.*

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. *Claude Bernard*, en remplacement de M. Duméril.

Sur l'invitation de M. le président, M. Bernard prend place au milieu de ses nouveaux collègues.

1° M. le ministre d'État transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Haute-Garonne, de la Côte-d'Or, du Gard et des Hautes-Alpes. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Cusset (Allier), de Chabetout (Puy-de-Dôme) et des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par MM. les docteurs *Félix Cornil*, *Fournier* et *Lemonnier*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Piorry*, annonçant qu'il reprendra bientôt la discussion contre M. Bousquet, à propos de la nomenclature. — *b*. Des lettres de MM. *Regnauld*, *Langlois*, *Bonis*, *Henry fils*, *Leconte*, *Guillemin* et *Figuier*, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales. — *c*. Une lettre de M. *Diday*, qui sollicite le titre de membre correspondant. — *d*. Une lettre de M. le docteur *Ferrini* (de Tunis), qui demande le titre de membre correspondant étranger. — *e*. Une note de M. le docteur *Thologan* sur l'apparition du choléra en Perse en 1860 et 1861. — *f*. Un mémoire de M. le docteur *Fiévet*, intitulé : *Du sang considéré comme véhicule dans l'acte important de la vie.* (*Comm.*: M. Robin.) — *g*. Un mémoire sur un nouveau mode d'emploi du chloroforme comme agent anesthésique local, par M. le docteur *Bouron des Clayes*, à Créteil. (*Comm.*: MM. Larrey, Laugier, Robert.) — *h*. Un travail intitulé : *Observations nouvelles sur l'opération césarienne après la mort*, par M. le docteur *Devilliers*. (*Commission nommée.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de MM. *Victor Masson et Fils*, qui offrent à l'Académie un exemplaire de chacune de leurs dernières publications.

M. J. *Cloquet* fait hommage à la bibliothèque de l'Académie des ouvrages dont les noms suivent : 1° *Fabrice d'Aquapendente*; 2° *Fabrice de Hilden*; 3° *Anatomie de Dulaurens*; 4° le *Traité de chirurgie de Heister*; 5° les *Maladies du cœur*, *par Sénac*.

M. le *Président* remercie M. Cloquet, au nom de l'Académie.

M. *Gavarret* dépose sur le bureau un travail de MM. *Janssen* et *Follin* sur l'ophthalmoscope. Pour éviter l'excitation rétinienne produite surtout par les rayons les moins réfrangibles : jaune, orangé et rouge, les auteurs mettent devant la lampe, d'où émane la lumière projetée dans l'œil, une lame de verre légèrement bleue. (*Comm.* : MM. Gavarret et Gosselin.)

— A trois heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de M. *Grisolle* sur les candidatures à la place vacante dans la *section de physique et de chimie médicales*.

— La séance publique est reprise à quatre heures un quart.

M. *le Président* annonce que M. *Briquet*, dernier orateur inscrit pour la *discussion sur la congestion cérébrale*, renonce à la parole, et prononce, en conséquence, la clôture de cette discussion.

*Lecture.*

ALIÉNATION MENTALE. — M. de *Kergaradec* lit un rapport sur un mémoire intitulé : *Etude sur les causes de la mélancolie*, par M. le docteur *Corlieu* (de Chailly-sur-Marne).

Voici en quels termes M. de Kergaradec formule son opinion sur ce travail :

« En résumé, je dirai que l'*Étude sur les causes de la mélancolie*

est une simple énumération des influences qui peuvent produire cette affection, énumération incomplète, puisqu'il n'y est pas même fait mention des altérations du sang, de la chlorose et de l'anémie. Les idées de l'auteur sont très acceptables en général, mais elles ont le tort de n'être point originales, de n'être point nouvelles.

» D'ailleurs, la difficulté n'est pas le plus ordinairement de déterminer la cause, le point de départ de la mélancolie. Ce qui serait véritablement utile, ce serait de trouver les moyens de prévenir le mal ou de le guérir. Or, la thérapeutique n'entrait pas dans le plan de notre confrère de Chailly-sur-Marne, ce qui me paraît regrettable. Je ne pense pas que son travail serve beaucoup à l'avancement de la science des maladies nerveuses.

J'ai l'honneur de vous proposer d'ordonner le dépôt du mémoire dans les archives, et d'adresser des remercîments à l'auteur. (*Adopté.*)

— Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports sur des recettes nouvelles, rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société Anatomique.

EXTRAIT D'UN RAPPORT SUR UNE OBSERVATION DE M. DESCROIZILLES, RELATIVE A UN CANCER DU POUMON ET DE LA PLÈVRE, PAR M. LE DOCTEUR GENOUVILLE (1).

Ainsi que le dit M. Descroizilles, le diagnostic de l'affection dont était atteint ce malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu, était rempli d'obscurités autant par le manque de détails sur les antécédents que par l'absence de signes susceptibles de révéler clairement la nature de la maladie, c'est qu'en effet le cancer pulmonaire, même arrivé à une période déjà avancée de son évolution, n'offre aucun symptôme capable de mettre sur la voie du diagnostic; c'est encore une de ces affections que le médecin peut plutôt deviner que reconnaître. Toux avec ou sans expectoration, dyspnée assez forte, accès d'oppression plus ou moins fréquents, tels sont les seuls malaises dont se plaignent, au début, les individus atteints d'encéphaloïde du poumon, sans que l'auscultation puisse, le plus souvent, nous donner raison de troubles aussi marqués dans l'appareil respiratoire.

Vous ne trouverez pas non plus chez ces malades, même à une époque déjà avancée de l'affection, comme chez l'individu dont il s'agit ici, cet amaigrissement prononcé, cet aspect particulier de la face, cette teinte jaune et terreuse de la peau, qui caractérisent certains cancers, et je ne m'étonnerai pas, avec M. Descroizilles, de l'absence de ce cortége symptomatique. Les encéphaloïdes, a dit Laennec dans son article sur le cancer du poumon, peuvent exister longtemps sans produire un amaigrissement notable; mais ce symptôme devient constant vers l'époque de la terminaison de la maladie, et il marche alors d'une manière très rapide. Les seuls cas où la mort arrive sans qu'il y ait eu d'amaigrissement, sont ceux où elle est déterminée par la situation même des tumeurs et par la pression qu'elles exercent sur les organes essentiels comme le poumon et le cerveau. Les cas, au contraire, où l'amaigrissement commence de bonne heure et presque dès l'origine de la maladie, sont ceux où la matière morbifique, à raison du lieu où elle s'est développée, occasionne un flux colliquatif propre par lui-même à causer l'amaigrissement. Peut-être a-t-on un peu trop oublié ce passage de l'ancien président de cette Société, et, lorsqu'il s'agit de cancer, veut-on rencontrer toujours ce tableau en quelque sorte stéréotypé à l'avance que nous présentent seulement quelques cancéreux.

Si, en dehors des symptômes déjà énoncés, nous recherchons dans les observations analogues publiées, soit dans nos bulletins, soit dans les journaux anglais ou français, quelque autre manifestation qui puisse nous aider dans le diagnostic, nous trouverons que, dans bon nombre de cas, l'affection avait un certain retentissement dans les ganglions sus-claviculaires ou axillaires, et qu'il était possible, pendant la vie, de constater une certaine dureté, une certaine augmentation dans le volume de ces glandes. Ce fait, déjà signalé pour les tumeurs cancéreuses du médiastin, peut acquérir une certaine importance dans le cas d'encéphaloïdes du poumon et de la plèvre. Je regrette que M. Descroizilles n'ait pas cru devoir le mentionner dans son observation, soit que l'attention n'ait pas été attirée de ce côté, soit que l'examen n'ait point été fait, soit qu'au contraire ces ganglions fussent exempts de toute altération.

La nature du liquide contenu dans la plèvre que la thoracentèse, rendue urgente par l'état du malade, avait pu faire connaître, devint un élément de diagnostic incertain il est vrai, mais qui permit néanmoins à M. le professeur Trousseau d'émettre l'avis qu'il pourrait bien exister un cancer de la plèvre. M. Barth se rangea à l'opinion de son collègue de l'Hôtel-Dieu, et, comme vous l'avez vu, la chose n'était que trop réelle. Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter un moment sur la présence du liquide sanguin dans la plèvre, et de vous faire connaître le résultat de mes recherches à ce sujet. En compulsant les principales observations analogues à celles qui nous occupent, il est facile de voir que, dans un certain nombre de cas, il n'existe pas d'épanchement dans la cavité pleurale ou même un épanchement insignifiant, c'est lorsque des adhérences se sont formées entre ces deux feuillets séreux; dans les autres, où la cavité pleurale est libre, il existe du liquide, et ce liquide est le plus souvent sanguinolent. Ce signe, comme vous le voyez, acquiert une certaine importance, et, de plus, il s'accorde avec l'opinion émise à la Société des hôpitaux par M. Trousseau. Ce professeur s'appuyait sur deux cas dans lesquels la thoracentèse ayant donné issue à un liquide sanguinolent, l'autopsie avait montré que l'on avait affaire à un cancer de la plèvre. L'un de ces faits a été rapporté dans la thèse de notre ancien collègue, M. Lacaze-Duthiers (1851, n° 4); nous trouvons aussi, dans cet excellent travail, une autre observation qu'il ne me paraît pas sans intérêt de consigner ici.

Un homme de soixante-trois ans, entra, le 25 mai 1850, à l'hôpital de la Charité. Il avait eu deux ans auparavant une pleurésie à la suite de laquelle il s'était très bien rétabli. Trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital, ce malade, à la suite d'un excès de fatigue, a été pris le soir, en rentrant chez lui, d'un frisson et d'un point de côté situé en dehors et en arrière du mamelon droit. Ce point de côté ne l'a pas empêché de travailler encore quelque temps; mais depuis cinq jours il a été obligé de cesser toute occupation. A son entrée, respiration haletante, tous les signes d'un vaste épanchement du thorax; douleur à la partie latérale et inférieure de la poitrine, s'irradiant dans l'épaule; matité absolue dans tout le côté droit, jusqu'au creux sus-claviculaire; vibrations thoraciques presque nulles, souffle rude presque métallique, bronchophonie.

Les émissions sanguines, les vésicatoires, les purgatifs, le calomel jusqu'à salivation, les diurétiques, sont successivement employés sans le moindre amendement. Le nombre des pulsations s'élève bientôt à 124, la respiration devient de plus en plus courte, les forces du malade vont toujours s'affaiblissant.

Enfin, le 10 juin, le pouls est à 130; de l'œdème, depuis quelques jours, s'est manifesté dans toute la partie latérale droite de la base du thorax, et le malade est pris d'une douleur très vive et subite dans la partie affectée, ce qui rend la respiration plus courte encore. Après avoir longtemps hésité, à cause de la débilité de l'individu, M. Andral, en désespoir de cause, se résout enfin à l'opération.

La paracentèse est pratiquée avec les précautions indiquées. Sortie de 1,100 grammes de sérosité sanglante, ce qui fait redouter une lésion artérielle. Pendant l'écoulement du liquide, la main, placée sur les parois thoraciques, a perçu un gros frottement très manifeste. La matité, après l'opération, était telle qu'auparavant; le souffle n'a point été modifié; l'absence du murmure respiratoire est restée partout complète, et cependant le malade s'est trouvé un peu soulagé. L'agonie commence le soir et le malade meurt le lendemain dans la matinée.

(1) L'observation de M. Descroizilles a été publié dans le dernier numéro de la Gazette hebdomadaire (page 169).

A l'autopsie, on trouve une dégénérescence encéphaloïde fongueuse qui explique l'origine du liquide sanguinolent retiré par la paracentèse. La poitrine, examinée, montrait d'ailleurs que nul vaisseau n'avait été lésé. La plèvre pulmonaire, épaissie et fongueuse, appliquait le poumon ratatiné sur le rachis.

Ainsi que vous pouvez le voir, cette observation offre plus d'un point de ressemblance avec celle de M. Descroizilles. Même début insidieux, mêmes symptômes à peu près, même urgence d'opérer; enfin, même aspect du liquide obtenu par la ponction. Dans ce dernier cas, la présence du sang s'explique par l'état fongueux de la plèvre. Nous ne voyons rien de semblable dans la description des lésions chez le malade de M. Descroizilles; néanmoins, l'examen fait au microscope, en révélant la présence de globules sanguins, porte à croire qu'une petite ulcération passée inaperçue, ou peut-être même cicatrisée, a donné lieu à une hémorrhagie susceptible de colorer en rouge le liquide primitivement séreux. Cette explication de l'aspect insolite du liquide me semble plus admissible qu'aucune autre. Peut-on invoquer ici l'influence d'une forte congestion par suite de l'obstacle au cours du sang dans le poumon? Je ne *le* pense pas. Il n'y a pas à songer non plus à ces hémorrhagies passives que l'on rencontre parfois chez les sujets débilités et cachectiques. Enfin, la présence de l'élément globulaire du sang n'implique-t-elle pas jusqu'à un certain point l'ouverture d'un capillaire sanguin? Aussi, je le répète, cette explication satisfait mieux l'esprit, car elle est d'accord avec l'état actuel de nos connaissances pathologiques.

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

### SUR LA FIÈVRE GASTRIQUE ET BILIEUSE.

M. *Monneret* lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la fièvre gastrique simple et bilieuse.* L'auteur, dans un historique rapide, rappelle que cette maladie, très nettement décrite par Hippocrate et surtout par Galien, ainsi que par la plupart des pyrétologistes modernes, Fernel, Sennert, Rivière, Nott, Borsieri, les deux Frank, a été presque oubliée au commencement de ce siècle. Confisquée par Broussais au profit de l'inflammation gastro-entérique, absorbée plus tard dans la grande entité de la fièvre typhoïde, elle disparaît presque entièrement des livres écrits à cette époque. Cependant les cliniciens continuaient à voir et à décrire cette affection bénigne dans leurs leçons publiques et leurs écrits. Ce n'est donc pas un type nouveau que l'auteur vient créer, c'est une étude nouvelle pour mieux préciser ses caractères distinctifs, son étiologie, et pour montrer en même temps les nombreux points de contact qui existent entre elle et les maladies qui troublent la sécrétion biliaire. Son travail est fondé sur plus de cent observations recueillies depuis peu d'années, car les médecins des hôpitaux ont pu comme lui constater la fréquence extrême que ces affections, quel que soit d'ailleurs le nom qu'on leur donne, ont prise dans ces derniers temps. L'auteur espère montrer qu'elles ne sont pas une variété de la fièvre typhoïde, et établit tout d'abord qu'elles se distinguent aussi complétement des fièvres auxquelles on a donné le nom de fièvre inflammatoire.

La fièvre gastrique est caractérisée par un mouvement fébrile continu, avec exacerbation nocturne et tous les signes de l'état saburral des premières voies; elle est dite *bilieuse* quand aux symptômes précédents s'ajoutent une teinte légèrement jaunâtre des sclérotiques et de l'enduit lingual. Dans cette dernière forme aussi la fièvre est complétement rémittente, et les sueurs nocturnes et matinales sont bien prononcées. Ces deux formes ne sont que deux variétés de la même espèce nosologique, qu'on peut confondre dans une même description. Au début, tantôt c'est la fièvre qui ouvre la scène, tantôt ce sont les phénomènes de gastricité, mais ceux-ci sont constants. L'auteur décrit avec soin les symptômes connus de l'état saburral, tels que l'enduit blanc ou jaunâtre de la langue, la pellicule blanchâtre déposée sur les gencives, la dépravation du goût, l'anorexie qui persiste pendant toute la durée du mal, la sensibilité de l'épigastre et des hypochondres, surtout celle de l'hypochondre droit, qu'on est autorisé à faire dépendre de la glande hépatique, symptômes auxquels il faut ajouter des gargouillements à la pression, de la constipation habituelle, remplacée quelquefois par une diarrhée de courte durée.

L'auteur insiste surtout sur quatre points : la coloration subictérique, l'épistaxis, les taches ardoisées de la peau, enfin la forme et la marche de la maladie.

La coloration subictérique des sclérotiques, qui n'est pas si intense que dans l'ictère légitime, s'accompagne quelquefois d'une teinte légère de la peau du visage au pourtour de la bouche et des yeux. L'urine, d'un jaune fébrile, ne contient pas de biliverdine.

L'épistaxis est un symptôme très fréquent survenant à des époques variables, mais surtout au début, et ne paraît exercer aucune influence sur la durée de la maladie ou l'intensité des phénomènes morbides.

L'excitation de la peau se traduit par le mouvement sudoral de la nuit, les rougeurs provoquées par le frottement, ou l'apparition de plaques d'érythème fugace. On a décrit une éruption caractérisée par des taches ardoisées; M. Monneret l'a observée dans un certain nombre de cas, mais non dans la généralité. Ces taches se montrent sur le ventre, la base de la poitrine, la partie antérieure des cuisses, quelquefois sur les membres, le dos, les lombes, etc. Elles sont de forme arrondie, légèrement déprimées plutôt que saillantes, d'un diamètre atteignant quelques millimètres ou un centimètre au plus, et d'une couleur bleue ou ardoisée. Elles augmentent en nombre depuis le début, ne présentent ni desquamation ni tuméfaction, ne changent pas de couleur à la pression, et disparaissent longtemps après la guérison sans laisser de trace. Ce ne sont ni des pétéchies ni des ecchymoses; elles paraissent plutôt dues à une coloration pigmentaire. On observe aussi, du reste, cet exanthème bleu dans la congestion non inflammatoire du foie.

La forme rémittente de la fièvre, qui constitue un des meilleurs caractères de la maladie, s'observe surtout dans la forme bilieuse; elle est moins marquée dans la fièvre gastrique simple. L'exacerbation nocturne s'observe déjà dès les deux ou trois premiers jours, depuis trois heures jusqu'à neuf heures du soir; elle est marquée par des malaises, de la céphalalgie, de la soif, des nausées, de la chaleur, des frissons erratiques suivis bientôt de moiteur, et, vers le matin, d'une sueur assez abondante plus ou moins généralisée. Le matin, le pouls, qui s'était maintenu la nuit de 92 à 100 pulsations, retombe à 72, 60 ou 56. En général, la continuité fébrile indique que la maladie est dans la période de croissance. A mesure qu'elle diminue, soit spontanément, soit par les effets du traitement, la rémission se prononce davantage. La maladie semble présenter des phénomènes critiques bien marqués : le mouvement sudoral du matin, de petites épistaxis, l'émission d'une urine chargée de sels. L'apyrexie se marque de plus en plus, et le malade revient à la santé.

Passant rapidement sur les autres symptômes, la céphalalgie, les troubles des sens, le vertige, les douleurs musculaires, M. Monneret insiste sur l'insomnie et les troubles sensoriels que le malade éprouve pendant son sommeil, et qui ne sont pas en rapport avec l'intensité de la fièvre. On retrouve ces derniers phénomènes dans toutes les affections du foie.

La durée de la fièvre gastrique simple ou bilieuse est d'un à deux septénaires, suivant l'intensité des phénomènes gastriques ou bilieux, suivant le traitement.

On a parlé de la transformation de cette maladie en d'autres fièvres, notamment en fièvres typhoïdes. M. Monneret ne croit pas à la transformation des types pathologiques, quand ils sont assez caractérisés pour qu'il n'y ait pas place à une erreur de diagnostic. Ils peuvent varier suivant les constitutions épidémiques, les complications, etc.

On peut confondre la fièvre gastrique surtout avec trois maladies, la synoque inflammatoire, la fièvre typhoïde et l'hypérémie non inflammatoire du foie.

La synoque simple, fièvre éphémère ou inflammatoire des auteurs, ne présente aucun signe de gastricité ni d'état bilieux, ne dure que trois à quatre jours, et se termine souvent par des phénomènes critiques.

La fièvre typhoïde, au début, est très semblable à la fièvre gastrique ; ce n'est qu'à l'aide de la marche ultérieure et de la durée des symptômes, qu'il est possible de la distinguer, et ces deux maladies ont été confondues bien souvent. Toutefois, la fièvre gastrique présente une rémission marquée au troisième jour. L'hypérémie non inflammatoire du foie, et l'ictère par trouble de la sécrétion biliaire, sont les maladies qui se rapprochent le plus de la fièvre gastrique bilieuse. Cependant, dans les deux premières, l'ictère s'étend à toute la peau, et l'urine est chargée du principe colorant ; le foie est augmenté de volume ; la fièvre ne manque pas, mais elle ne se manifeste que le soir, et cesse entièrement le jour. De plus, l'ictère peu intense ne produit pas d'anorexie ni de dépression des forces ; enfin sa durée est de plusieurs semaines, tandis que la fièvre gastrique bilieuse ne dépasse pas deux septénaires.

Malgré les différences qui séparent la fièvre gastrique des maladies de l'appareil biliaire, il existe entre elles une liaison que M. Monneret fait ressortir. L'embarras gastrique, l'état bilieux, la teinte jaune des sclérotiques et de quelques parties du visage, la sensibilité de l'épigastre et de l'hypochondre droit, l'épistaxis, la fièvre continue exacerbante, les sueurs nocturnes et l'insomnie, établissent d'abord entre elles des corrélations évidentes. Cette identité de symptômes amène à croire que, dans la fièvre gastrique bilieuse, la sécrétion du suc gastrique et celle de la bile sont essentiellement altérées, d'où l'anorexie, la pénétration de la biliverdine dans le sang, d'où l'action si favorable et si rapide des vomitifs. Les symptômes bilieux qui se sont montrés dans ces dernières années avec tant de fréquence dans une multitude d'affections, rappellent les descriptions de Stoll, et montrent l'exactitude de ce qu'il dit sur l'influence des constitutions médicales. Cette fréquence, en 1860, a coïncidé avec une rareté ou une bénignité remarquable des fièvres typhoïdes dans les hôpitaux. La fièvre gastrique simple ou bilieuse règne surtout au printemps et en automne. Outre l'action épidémique, elle reconnaît surtout pour cause une alimentation défectueuse, des actes d'intempérance ou des fatigues excessives.

Tels sont les faits principaux qui mettent en évidence, selon M. Monneret, la fièvre gastrique simple ou bilieuse, et la séparent de la fièvre inflammatoire pour la rapprocher du groupe des maladies bilieuses, dont elle doit être considérée comme une espèce distincte.

A l'occasion de cette communication, M. *Bourdon* ajoute quelques mots sur l'influence très réelle que l'état bilieux exerce sur l'insomnie et les troubles nerveux. Il a vu cet état réveiller les manifestations de grandes névroses, telles que l'hystérie et l'épilepsie. M. *Legroux* insiste sur l'impossibilité de distinguer cette affection de la fièvre typhoïde au début. M. *Millard* demande quelle différence il y a entre cette fièvre gastrique et ce qu'on appelle communément l'embarras gastrique fébrile. M. Monneret répond qu'il n'y en a pas, et qu'il ne s'est pas chargé de donner la synonymie de l'affection qu'il a décrite. Il répond également à une question de M. *Vigla*, que ce qu'il a dit de la durée de la synoque ne s'applique qu'à la synoque inflammatoire, fièvre angioténique ou fièvre éphémère. M. *Dutroulau* n'aurait pas voulu qu'on prononçât le nom de fièvre rémittente, de peur de confusion avec la maladie paludéenne qui porte ce nom. M. Monneret ne croit pas cette confusion possible, et n'a entendu donner au mot de *rémission* que l'acception qu'il a en pathologie générale.

D^r^ E. Isambert.

---

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

**De l'emploi et de la valeur de la digitale et de ses diverses préparations dans le traitement des affections organiques du cœur,** par M. le docteur R. Pfaff.

La digitale, dit l'auteur, appartient certainement à la classe des médicaments narcotico-âcres ; mais c'est surtout un médicament qui possède une individualité propre et une activité toute particulière. Renfermant deux principes médicamenteux, la digitaline et la skaptine, elle doit posséder deux actions différentes qui se meuvent chacune dans une sphère déterminée.

La digitaline exerce son influence sur le système nerveux de l'organe central de la circulation, dont elle déprime le plus ordinairement l'activité pathologiquement augmentée, ainsi que celle du système artériel. Le médecin doit donc, avant de faire usage de la digitale, se poser cette question importante : Quelle est la condition préférable pour le malade ? Est-ce l'accélération morbide ou la paralysie partielle de l'activité du cœur ? Au reste, l'action ralentissante exercée par la digitale sur le pouls n'est rien moins que constante ; certains organismes délicats et sensibles manifestent, au contraire, sous l'influence de la digitale, une excitation particulière de l'activité circulatoire.

L'action attribuée à la skaptine, qui s'exerce sur l'activité des vaisseaux absorbants veineux et lymphatiques, et sur les glandes en général, est bien plus sûre. C'est par cette action que s'explique l'action diurétique de ce médicament que quelques auteurs ont considérée comme lui étant particulière, tandis qu'elle se manifeste seulement en tant que la résorption a été augmentée par la digitale. Le premier effet de la digitale, administrée à des individus sains, est, en effet, le plus ordinairement, une diminution dans la quantité des urines et dans la sécrétion des muqueuses.

Si l'on soumet à un examen plus minutieux l'influence exercée par la digitale sur le cœur, on se demande si l'action dépressive et paralysante de l'activité cardiaque est un phénomène primitif ou secondaire. De nombreuses expériences faites par M. Pfaff l'ont convaincu que des doses élevées de digitale amènent une excitation plus ou moins vive de l'activité du cœur, et que si, après l'emploi de petites doses, l'action dépressive se montre au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures, d'autres fois après quelques jours, ce n'est pourtant pas une raison pour considérer comme primitifs les phénomènes de dépression.

Quant à la durée de cette première période, ou période d'accélération de l'activité du cœur, cela dépend surtout de la dose. Les grandes doses amènent ordinairement une accélération plus importante, mais qui dure moins longtemps, et qui est suivie d'un ralentissement plus prolongé dans les battements du cœur. Par suite, il y a tout avantage à les employer dans les cas de maladies des valvules ou des orifices, où l'état d'intégrité des poumons, du tube digestif, du système lymphatique et des reins n'excite aucune crainte relativement à l'action primitive de ce moyen. D'après les recherches de M. Pfaff, la durée de cette première période varie entre seize heures et sept jours. L'estimation de cette durée est des plus importantes pour le praticien. Le ralentissement du pouls, que l'on doit rechercher seul dans les maladies du cœur, se produit-il, en effet, d'une manière rapide, en seize ou trente-six heures, par exemple, à partir de l'administration des premières doses, on peut se promettre de ce moyen les meilleurs effets, et sinon obtenir la guérison de la maladie organique, au moins procurer aux malades un grand soulagement pour un certain temps. Dans tous les cas de maladie du cœur, au contraire, dans lesquels l'action accélératrice de la digitale se prolonge trois ou quatre jours et au delà, il faut rejeter d'une manière absolue l'emploi prolongé du médicament.

Voici, au reste, l'ensemble des règles qui, d'après M. Pfaff, doivent présider à l'administration de la digitale dans les maladies du cœur :

La digitale ne doit pas être administrée à dose croissante, mais bien à dose décroissante.

Il faut diminuer la dose dès que l'action paralysante se fait sentir sur le cœur et le système artériel.

La digitale ne doit pas être continuée, sous quelque forme que ce soit, plus de six ou huit jours. Si après huit jours de son emploi on n'a pas encore obtenu les résultats désirés, il faut recourir à la scille ou au colchique. Ces deux derniers moyens exercent aussi une action calmante sur l'activité du cœur, et si, après les avoir employés, on a de nouveau recours à la digitale, les symptômes médicamenteux sont plus prompts à se manifester, et se prolongent plus longtemps.

Chez les sujets torpides, il est convenable de faire précéder l'administration de la digitale d'une espèce de cure préalable par la scille et le colchique.

Dans le plus grand nombre de cas, il est avantageux, pour éviter les troubles fâcheux produits par la digitale sur les organes digestifs, de l'associer avec des aromatiques, des extraits amers ou des toniques.

Chez les personnes âgées, il est préférable de l'associer au quinquina.

Chez les tuberculeux, la digitale doit être associée à l'opium ; chez les hydrémiques, à la liqueur de potasse et d'acétate d'ammoniaque, au polygala, à la scille, au rob de genièvre, etc.; chez les pléthoriques, à la crème de tartre, à la magnésie, au sulfate de potasse et de nitre ; chez les anémiques, à l'extrait et à la teinture de malate de fer.

En faisant suivre l'emploi de la digitale de l'administration de l'arsenic, on parvient souvent à atténuer considérablement les effets cyanotiques des maladies du cœur. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 février 1861.)

**Note sur un cas d'extrémité inférieure surnuméraire,** communiquée à la Société de médecine de Wurzbourg, par M. le docteur Schmerbach.

*Ce fait intéressera d'autant plus les tératologistes, qu'un cas* analogue a été communiqué récemment à l'Institut et à l'Académie de médecine par M. Larrey.

Le sujet, âgé de quatorze ans, né de parents saxes, est de taille moyenne. La tête, le cou, la poitrine, les extrémités supérieures et l'extrémité inférieure gauche sont bien conformés. La colonne vertébrale présente une légère déviation à droite, dans la région lombaire et une courbure à la partie centrale à gauche; le bassin est plus élevé à gauche qu'à droite ; le scrotum est atrophié à droite, et ne contient pas de testicule de ce côté.

Du côté droit existent deux extrémités inférieures : l'une occupe l'emplacement normal, s'articulant avec une cavité cotyloïde normale; la cuisse, bien conformée, est munie d'un fémur régulier et, autant qu'il est possible d'en juger, des muscles bien développés ; l'articulation du genou est mobile et munie d'une rotule ; la jambe ne paraît être constituée que par le tibia revêtu par la peau ; on n'y reconnaît pas d'autres muscles que ceux de la cuisse qui se fixent au tibia. Le pied, relevé dans une extension forcée, a à peu près la moitié de la longueur d'un pied normal. Il porte trois orteils : le gros et le petit et un intermédiaire. Cette extrémité est plus courte que celle du côté gauche, ce qui explique l'abaissement du bassin, mais elle permet la marche.

La deuxième extrémité inférieure possède une cuisse bien conformée, munie d'un fémur, et s'insère sur le bassin, un peu en arrière de la première, en imprimant un mouvement sur le bassin ; mais il est impossible de déterminer le mode exact de cette articulation. Les deux cuisses droites sont réunies dans leur moitié supérieure par la peau et probablement aussi par des muscles. L'articulation du genou, dépourvue de rotule, est mobile. La jambe contient deux os longs parallèles, analogues à un tibia, et les muscles du mollet; elle est renversée sur la face postérieure de la cuisse par la contracture de ses fils charnus. Le pied porte en outre des orteils normaux, un gros orteil surnuméraire. Le talon est fortement relevé et couché suivant sa face palmaire. (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, t. Ier, 6e livraison, p. 365.)

VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Clinique médicale sur les maladies des femmes**, par Gustave Bernutz, médecin de la Pitié, et Ernest Goupil, médecin du bureau central ; tome Ier, 1 vol. gr. in-8, de 591 pages. Paris, 1860 ; F. Chamerot, éditeur.

Ce premier volume comprend trois mémoires importants ; les deux premiers : *Des accidents produits par la rétention du flux menstruel* et *De l'hématocèle péri-utérine*, sont l'œuvre de M. Bernutz, le troisième : *Des hémorrhagies intra-pelviennes dans les grossesses extra-utérines*, est de son collaborateur, M. Goupil.

Dans l'introduction, M. Bernutz explique les raisons qui l'ont engagé à publier sous cette forme le résultat de ses études sur les affections utérines. « Je n'ai pas la pensée d'écrire un traité dogmatique des maladies des femmes, qui, je dois le dire, me semble impossible dans l'état actuel de nos connaissances. D'autres, ajoute-il, ont pensé réalisable une œuvre qui, suivant moi, ne pourra être tentée que le jour où l'on aura résolu par des observations, et non par des raisonnements, séduisants aujourd'hui, de nulle valeur demain, quand sera tombée en désuétude la doctrine médicale qui les a suggérés, une foule de questions dont la solution, actuellement hypothétique , est indispensable pour tracer un traité dogmatique de gynécologie. » Nous inscrivons volontiers ici cette profession de foi, que, pour notre part, nous admettons presque complétement.

Nous avons lu avec intérêt et avec profit ce premier volume, riche en faits extrêmement précieux, et nous devons tout d'abord féliciter les auteurs du soin qu'ils ont apporté à la rédaction de ces travaux ; au lieu d'observations écourtées, nombreuses, fastueusement étalées, nous trouvons, au contraire, des faits bien choisis, bien développés, en nombre suffisant ; les indications bibliographiques sont faites avec une grande exactitude, mérite que nous signalons d'autant plus volontiers qu'il tend à devenir de plus en plus rare.

Le premier mémoire *des accidents produits par la rétention du flux menstruel* est le plus important de ceux qui sont contenus dans ce premier volume.

D'après les causes qui peuvent produire la rétention, M. Bernutz admet huit espèces différentes : 1° oblitérations congénitales ou acquises avant la puberté ; 2° oblitérations acquises postérieurement à l'époque de la puberté ; 3° rétrécissements congénitaux ou acquis du vagin ou du col utérin ; 4° augmentation de volume du col utérin ; 5° obstructions par des produits accidentels : polypes, dysménorrhée pseudo-membraneuse ; 6° déviations utérines ; 7° contraction spasmodique du col ; 8° état anormal congénital ou acquis des trompes.

Avant de signaler les points les plus importants de ce travail, nous croyons devoir adresser un petit reproche à l'auteur : c'est d'avoir réuni ici la rétention complète, absolue, du flux menstruel avec la dysménorrhée ou l'aménorrhée en général. Il y aurait eu, selon nous, avantage à séparer ces divers troubles de la menstruation, d'origine si différente , présentant également de grandes différences au point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement, et dont le diagnostic, pour ces mêmes raisons , peut être fait avec assez de facilité. D'un autre côté, le rapprochement est possible entre ces diverses espèces de rétention, et si nous y trouvons un inconvénient, c'est uniquement parce qu'il eût été plus facile d'exposer ces diverses questions en les traitant séparément. Chacune de ces espèces d'ailleurs, les premières surtout, comprennent plusieurs variétés qui obligent encore à de nouvelles subdivisions.

En décrivant les rétentions de la première espèce (oblitérations congénitales), M. Bernutz insiste sur l'accumulation du sang dans l'utérus et sur la possibilité du reflux de ce sang dans la cavité péritonéale à travers les trompes dilatées, complication extrêmement grave, soit qu'elle se produise spontanément, soit qu'elle ait lieu après une opération ; de là ce conseil donné par M. Bernutz à propos du traitement, de ne pas aider à l'évacuation plus rapide du

liquide menstruel par des pressions sur la tumeur, manœuvres qui peuvent amener ce reflux du sang dans le péritoine. A ce propos, M. Bernutz anticipe un peu sur le mémoire suivant (hématocèle) pour insister sur l'opinion qu'il défend sur ce dernier sujet, « c'est-à-dire que l'affection appelée hématocèle rétro-, péri-, circum-utérine, l'hématocèle féminine enfin, est toujours symptomatique, et qu'au lieu d'en faire une maladie, il faut, dans tous les cas, remonter à l'état morbide dont cette hémorrhagie n'est qu'une manifestation. » (P. 63.)

La plupart des observations, relatives à cette première espèce, nous présentent plusieurs exemples de ce reflux du sang dans le péritoine ; il ne faudrait pas en conclure que cette complication soit extrêmement fréquente ; en réunissant ces faits, M. Bernutz a voulu montrer qu'elle se rencontrait plus souvent qu'on ne le croit généralement ; mais il faut savoir qu'elle est heureusement encore exceptionnelle.

Les oblitérations acquises (deuxième espèce) sont beaucoup moins graves, parce qu'il est généralement possible de corriger ou de détruire l'obstacle créé par un travail pathologique dont les causes sont assez différentes : lésions pendant l'accouchement, cautérisations, etc.

« Dans les deux premières espèces, l'imperméabilité absolue du canal excréteur s'oppose d'une manière complète et permanente à l'accomplissement de la fonction ; dans les autres, au contraire, l'excrétion plus ou moins entravée peut avoir lieu d'une manière plus ou moins incomplète, ou, abolie temporairement, peut se rétablir, abstraction faite, bien entendu, de quelques-unes des variétés de la dernière espèce, réservée aux lésions des trompes. »

Nous nous arrêterons plus particulièrement à la cinquième espèce : ici l'excrétion menstruelle est entravée temporairement par l'interposition d'un produit organique développé, soit dans le col lui-même, soit en un point quelconque du corps de l'utérus ; l'auteur admet seulement deux variétés principales : « Dans l'une de ces variétés, l'obstacle à l'écoulement des règles est constitué par un polype, en prenant ce mot dans le sens générique ; dans l'autre, il est constitué par une production membraneuse, sorte de membrane caduque qui résulte de la mue qui se produit physiologiquement à chaque menstruation, et qui a mérité à cette variété le nom de dysménorrhée pseudo-membraneuse que lui ont donné les auteurs anglais. Je ne ferai qu'indiquer la première variété de cette cinquième espèce, parce que *c'est un fait connu*, que les polypes, quelle que soit d'ailleurs leur nature, peuvent mécaniquement entraver l'excrétion utérine, *déterminent même si souvent ce trouble fonctionnel, qu'il a été rangé dans les signes qui peuvent révéler l'existence de ces productions organiques.* » L'opinion exprimée ici est complétement en désaccord avec ce que l'on observe journellement : loin de déterminer une aménorrhée ou une rétention menstruelle, les polypes donnent lieu à des règles très abondantes, à des ménorrhagies, et c'est là, au contraire, leur symptôme presque pathognomonique ; l'existence d'un polype sans augmentation du flux menstruel est déjà très rare ; l'aménorrhée serait donc une véritable exception, et, à ce titre, le fait observé par M. Bernutz et par M. Gosselin mériterait d'être noté tout particulièrement (p. 120). Mais nous verrons plus loin que ce fait se rapproche beaucoup des cas ordinaires de polypes utérins.

Nous sommes arrivé à l'histoire de la *dysménorrhée pseudo-membraneuse.* Ce sont les auteurs anglais qui se sont surtout occupés de cette question. Simpson en parla le premier sous le nom d'*exfoliation pathologique de la muqueuse utérine;* plus tard, M. Oldham étudia le même phénomène et lui donna le nom de *dysménorrhée pseudo-membraneuse.* Avant de déterminer quelle peut être la nature de cette maladie, nous devons dire en quoi elle consiste. Presque toujours ces accidents se présentent de la manière suivante : une jeune femme habituellement bien réglée voit tout d'un coup, et souvent sans cause appréciable, une époque menstruelle manquer ; aucun symptôme pathologique n'accompagne cette suppression ; au bout de quelques jours, quelquefois seulement à l'époque suivante, survient une légère perte, quelques douleurs expulsives ; puis, en pratiquant le toucher, on sent entre les lèvres du col une sorte de polype faisant saillie dans le vagin. Ce polype se détache spontanément ou pendant les explorations, ou bien encore il est attiré au dehors très facilement ; du sang s'échappe quelquefois un peu plus noir et plus épais que d'habitude, puis l'écoulement continue pendant peu de temps et s'arrête spontanément. A l'époque subséquente les menstrues reparaissent comme d'habitude, et tout est terminé. En examinant la petite tumeur extraite, on lui reconnaît les caractères suivants : elle offre la forme triangulaire de la cavité du corps de l'utérus ; elle présente une ouverture inférieure irrégulière, dilacérée sur ses bords, et deux autres petites ouvertures qui correspondent à l'entrée des trompes. Sa couleur est d'un rouge vif ; examinée sous l'eau, elle a une épaisseur de plusieurs millimètres ; elle est villeuse à sa face externe, lisse douce au toucher à sa face interne. On reconnaît les caractères de la muqueuse utérine elle-même. La dénomination de PSEUDO-*membraneuse* ne serait donc pas parfaitement choisie. Quant au véritable nom qu'il conviendrait d'adopter, il est difficile de le dire, car il reste encore plusieurs points obscurs dans l'histoire de ces phénomènes. En lisant quelques observations déjà anciennes, on trouve une grande ressemblance entre ces faits et les cas d'avortement à une époque très peu avancée de la grossesse (un mois ou six semaines). Aussi, en étudiant les faits relatés par les auteurs anglais, en les comparant à ceux qu'il avait pu observer lui-même, un observateur instruit, M. Raciborski, arrive à formuler la conclusion suivante : « Ainsi l'aspect, la forme, le volume » des produits, considérés, depuis les travaux du professeur » Simpson, comme exemples d'exfoliation pathologique de la mu- » queuse utérine, de même que les circonstances qui ont précédé » leur expulsion, tout autorise à conclure que ce sont tout bonne- » ment des produits physiologiques de la grossesse, quelques jours » après la fécondation, expulsés plus ou moins longtemps après par » suite de l'avortement. »

Cette opinion nous paraît, ainsi que nous l'avons dit, *justifiée* par l'étude des faits ; néanmoins, elle prêterait aisément à controverse. On peut considérer l'affection dont il s'agit comme un avortement à cause de sa marche et des symptômes, parce qu'on l'observe chez les femmes mariées *ou ayant eu des rapports* sexuels ; du moins il n'existe pas encore d'observations recueillies sur des jeunes filles vierges, c'est-à-dire à une époque où la dysménorrhée, en général, est au contraire plus fréquente ; cependant, dans une observation de Morgagni, on trouve un détail dont on doit tenir un certain compte : « La femme, dit-il, ayant éprouvé quatre de ces sortes d'avortements très pénibles dans les quatre mois pendant lesquels elle s'était abstenue de communiquer avec son mari.... » (Morgagni, lettre XLVIII, § 12.) Ce détail peut avoir été consigné, il est vrai, sur le simple dire de la femme, et sans présenter tous les caractères de véracité que l'on pourrait désirer. Pourtant le fait cité par Morgagni et quelques autres, qui nous paraissent plus authentiques (mais non encore publiés), nous empêchent d'admettre d'une manière absolue la proposition formulée par M. Raciborski. La cause de cette *exfoliation pathologique de la muqueuse* (dénomination qui nous paraît préférable pour le moment) reste donc encore inconnue, à moins de l'attribuer, comme M. Oldham, à l'*ovarian influence* (?), ce qui ne change rien à l'état de la question.

Nous nous trouvons maintenant un peu éloigné du livre de M. Bernutz ; nous avons cru devoir insister sur cette question peu connue, et appeler sur elle l'attention des observateurs ; en outre, dans son mémoire, M. Bernutz ne parle pas de l'opinion émise par M. Raciborski ; nous croyons cependant qu'il eût tiré un parti utile de ce travail et des observations qui y sont consignées ; il a été publié dans le MONITEUR DES HÔPITAUX en juillet 1857.

Une condition importante pour la solution de la question en litige serait l'étude anatomo-pathologique de ces cas obscurs ; quelques observations sembleraient indiquer que l'inflammation joue un grand rôle dans la manifestation des phénomènes. M. Bernutz discute cette question avec les auteurs anglais, et semble disposé à admettre l'influence de la phlegmasie. Un médecin de Londres, M. Tilt, a cité à la Société médicale de Londres un cas dans lequel existait un état inflammatoire des plus tranchés ; dans d'autres cas observés en Angleterre, on trouvait, d'après M. Tilt, « que,

lorsque la muqueuse de l'utérus exfoliait habituellement sa surface externe, cette muqueuse était plus épaisse qu'à l'ordinaire et plus injectée. » Enfin l'examen microscopique démontre une grande analogie entre ces membranes exfoliées et les fongosités utérines, qui sont, comme on peut le déterminer cliniquement, un produit de l'inflammation.

Quoi qu'il en soit, l'histoire de cette affection ne trouve que difficilement sa place dans les causes de rétention du flux menstruel; car, dans la grande majorité des cas, l'*excrétion* de ce liquide ne peut avoir lieu, parce qu'il n'y a pas eu même *sécrétion*, et par conséquent il n'y a pas de *rétention*. M. Bernutz pense que si le sang ne s'écoule pas dans ces cas, cela ne tient pas à l'obstacle formé par la pseudo-membrane, mais plutôt à la difficulté de la dilatation du col utérin, « à l'état morbide de la muqueuse utérine, et plus particulièrement à l'état morbide de la cavité cervico-utérine. » Or, dans les cas de ce genre, lorsque le col n'est pas suffisamment dilaté, lorsqu'il y a hypertrophie du col, le plus souvent il y a encore absence de sécrétion du sang menstruel, et par suite il ne peut y avoir rétention; c'est multiplier sans avantage les cas de rétention réelle et leurs causes; nous en avons dit autant déjà à propos du cas de polype utérin, et surtout dans ce fait il n'y avait pas non plus de rétention menstruelle; à une seule époque les règles avaient manqué; après les prodromes habituels de chaque apparition, la malade avait éprouvé des coliques vives et des douleurs expulsives. Le fait est remarquable en ce que ce polype n'avait pas déterminé d'hémorrhagies. Il n'y avait pas de troubles notables de la menstruation avant l'époque qui a manqué; or, cette suppression, dans ces conditions, n'offre rien de bien particulier; en effet, lorsque les polypes déterminent ainsi des douleurs expulsives, on voit généralement l'écoulement sanguin hémorrhagique ou même menstruel se supprimer momentanément, pour être remplacé souvent par un écoulement leucorrhéique.

La sixième classe comprend les rétentions qui reconnaissent pour cause les déviations utérines; mais on ne trouve dans le livre de M. Bernutz qu'une simple mention de ce sujet, qui sera traité *plus utilement dans le mémoire sur* les déviations utérines; toutefois, l'auteur laisse pressentir que l'on ne doit pas attribuer exclusivement aux déviations la rétention menstruelle qui pourra exister en même temps qu'elles. Cette opinion nous paraît fort juste, et on peut en dire autant d'un certain nombre de symptômes, et particulièrement des douleurs que l'on observe en même temps que les déviations; ainsi l'on voit fréquemment de ces déviations très prononcées ne donner lieu à aucun signe qui attire l'attention des femmes; d'autres fois on trouve une déviation en même temps qu'une autre lésion du côté des organes génitaux; il suffit de guérir cette dernière pour que les femmes se considèrent comme complétement guéries. Les faits de cet ordre sont communs, il faut le savoir, et lorsque l'on constatera un déplacement ou une flexion de l'utérus, on devra continuer les investigations avec soin pour tâcher de trouver une autre lésion qui pourrait être la cause de quelques-uns des symptômes que l'on observe.

Nous passerons rapidement sur les deux dernières espèces; la septième est consacrée aux rétentions causées par des contractions spasmodiques de l'orifice intérieur de l'utérus. On n'admet les phénomènes de cet ordre qu'avec une grande réserve; cependant M. Bernutz pense qu'ils sont très communs; mais que, comme les accidents sont légers et de très courte durée, le plus souvent l'intervention du médecin n'est pas nécessaire.

Dans la huitième classe, M. Bernutz étudie la rétention menstruelle déterminée par une disposition vicieuse des trompes, congénitale ou acquise. Dans ces faits, les symptômes utérins proprement dits manquent complétement; le travail expulsif qui caractérise essentiellement les dysménorrhées, au lieu d'avoir pour siége la matrice, reste limité aux trompes, et devient par conséquent très difficile à apprécier, non-seulement parce qu'il n'a pas été étudié jusqu'à ce jour, mais encore parce que, pour le déterminer, on n'a que les signes physiques fournis par le toucher qui, dans ces circonstances peut facilement tromper. » Nous trouvons ensuite trois observations très intéressantes : une imperforation congénitale des trompes, une oblitération inflammatoire de ces organes, et enfin un cas de rétrécissement de leur orifice utérin par une production organique.

Le diagnostic des rétentions que l'auteur a rangées dans les trois premières espèces sera en général assez facile; il s'agit là de vices de conformation, oblitérations et rétrécissements congénitaux ou acquis de l'utérus ou du vagin; pour la quatrième espèce, hypertrophie du col, le diagnostic devra remonter jusqu'à la cause de cette hypertrophie. Dans quelques cas de cette quatrième espèce et des suivantes, on sera dans certains cas assez embarrassé pour arriver au diagnostic exact; des erreurs sont possibles et ont été commises par des praticiens expérimentés; ainsi on trouve, dans le mémoire de M. Bernutz, plusieurs cas de rétention menstruelle prise pour un cancer utérin. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, du cancer du col utérin, mais de tumeurs encéphaloïdes qui occuperaient le corps de l'utérus; ces derniers cas sont infiniment rares d'ailleurs, tout à fait exceptionnels, et, dans le doute, on devra plutôt diagnostiquer toute autre affection, et surtout celle dont il est ici question. Ce sont les tumeurs formées par le sang accumulé dans le péritoine, les hématocèles rétro-utérines enfin, qui ont donné lieu à ces erreurs variées; dans d'autres cas, elles ont été prises pour l'utérus gravide, en état de rétroversion; il existe aussi dans la science quelques cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, présentées comme guéries spontanément, qui n'étaient autre chose que des hématocèles.

Nous sommes obligé d'arriver rapidement à la dernière partie de ce mémoire, celle qui est consacrée au traitement. Les causes de rétention étant ainsi multipliées, il s'ensuit qu'il se présentera des indications assez variées. Pour les deux, et même les trois premières espèces, on sera obligé de recourir à une opération. Ici, M. Bernutz conseille de pratiquer ces opérations tout à fait en dehors de l'époque des symptômes menstruels; de ponctionner simplement avec le trocart dans le cas où l'épaisseur des diaphragmes oblitérants ne sera pas trop considérable, afin de produire une évacuation lente, et un retrait graduel de l'utérus; de s'abstenir de toute pression sur l'abdomen, en vue d'accélérer l'écoulement. Ces conseils sont fondés sur l'étude attentive de certains faits, et on ne saurait trop insister sur l'emploi de ces précautions; d'autres auteurs, au contraire, donnent des conseils tout à fait opposés. Or, les observations démontrent clairement la justesse de ceux qui sont donnés par M. Bernutz.

Pour la quatrième espèce (hypertrophie du col), les moyens thérapeutiques varieront suivant la cause de cette hypertrophie elle-même. On sollicitera l'écoulement menstruel à l'aide de rubéfiants promenés sur les cuisses, de fomentations chaudes sur l'abdomen, de fumigations vaginales émollientes ou belladonées, de diaphorétiques, d'excitants administrés à l'intérieur; lorsque ces moyens échouent, on aura recours à une application de sangsues sur le col, « contre laquelle, dit M. Bernutz, ceux qui n'ont jamais employé ce moyen ont des préventions mal fondées. » Plus loin, en parlant de ces applications, dont l'utilité est en effet incontestable dans un grand nombre de cas, il ajoute « qu'il faut, dans les maladies des femmes, être très réservé sur l'emploi des émissions sanguines, n'y avoir recours que dans les circonstances où elles sont rigoureusement indiquées et dans des limites convenables. » (P. 333.) Plus loin encore : « Ce que je viens de dire indique quelle est mon opinion sur la valeur, non-seulement des saignées dérivatives qui faisaient partie du traitement complexe formulé par Lisfranc pour toutes les affections utérines indistinctement, et qui par cela même n'était approprié à aucune, mais aussi sur celle des petites saignées révulsives préconisées par M. Nonat, qui, après un amendement momentané que je me plais à reconnaître, et qui est dû à l'action perturbatrice qu'elles exercent, ont le très grand inconvénient d'affaiblir les malades pour ainsi dire en pure perte, et, lorsqu'on les répète, de produire une cachexie anémique qui éternise la lésion elle-même qu'on a en vain espéré faire disparaître de vive force. » (P. 334.) Nous croyons utile de reproduire cette protestation contre l'emploi systématique des saignées, moyen presque toujours inefficace, souvent déplorable, et qui, nous sommes heureux de le dire, compte fort peu de partisans.

Nous avons déjà de beaucoup dépassé les limites du travail que

nous voulions entreprendre sur le livre de M. Bernutz, et cependant nous sommes à peine arrivé à la fin du premier mémoire; nous avons même dû, chemin faisant, laisser de côté quelques questions incidentes. Outre les nombreuses et importantes observations qu'il contient, le mémoire de M. Bernutz renferme des discussions très intéressantes sur les points les plus importants de la pathologie interne; c'est une lecture extrêmement utile et profitable pour ceux qui veulent étudier ces questions difficiles. Pour notre compte, nous devons remercier l'auteur de ce livre des enseignements nombreux qu'il y a renfermés, et les quelques objections que nous avons cru devoir présenter, témoignent seulement du soin que nous avons mis à le lire.

Quand le tome II aura paru, nous en prendrons occasion pour dire quelques mots des deux autres mémoires contenus dans le tome Ier.

JULES ROUYER.

---

## VII

## VARIÉTÉS.

Une douloureuse nouvelle nous arrive au moment de mettre sous presse. M. le professeur Forget (de Strasbourg), atteint depuis plus de quatorze ans d'une bronchite chronique, vient de succomber, nous écrit-on, à une bronchite aiguë. Ce sera pour la Faculté de Strasbourg et pour le corps médical tout entier un vide d'autant plus sensible que M. Forget avait gardé dans la science contemporaine une personnalité fortement accusée, qu'une activité infatigable, maîtresse de souffrances incessantes, mettait chaque jour de plus en plus en relief. Un esprit positif, des convictions profondes, une grande probité scientifique, une honorabilité professionnelle pleine de scrupules, un remarquable talent de parole, une plume facile et féconde, tels sont les traits par lesquels on peut caractériser en quelques mots notre bien regrettable confrère.

---

MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu le mardi 26 mars, dans la salle du conseil de la Faculté, à midi précis.

— Un asile pour les jeunes filles convalescentes de l'hôpital Sainte-Eugénie vient d'être fondé sous le patronage de l'Empereur et de l'Impératrice, à Fublaine, près Meaux (Seine-et-Marne). Cette maison a déjà pu recevoir plus de deux cent cinquante jeunes filles atteintes de maladies graves. C'est une maison analogue à celles de Vincennes et du Vésinet.

— Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Officier*. — M. Leclerc, médecin principal de 1re classe, à Lille.

*Chevaliers*. — MM. Schreiner, médecin aide-major de 1re classe; — Millot, médecin-major de 2e classe au 58e de ligne; — Géraud, vétérinaire en 1er, en mission à Constantinople; — Oger, vétérinaire en 1er, à la succursale de remonte de Mâcon; — Poncet, vétérinaire en 1er, au train des équipages militaires.

*Pour toutes les variétés* : A. DECHAMBRE.

---

## VIII

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES. — Juillet. Considérations cliniques sur le charbon malin et la pustule maligne, par *Putégnat*. — Fièvre typhoïde (suite). — Produits pyrogénés (suite). — Maladies épidémiques (fin). — De l'hématocèle péri-utérine, par *Puech*. — Guérison d'une plaie très étendue, etc., par *Germain*. — Août. Charbon malin (fin). — Fièvre typhoïde (suite). — Hématocèle (suite). — Produits pyrogénés (suite). — Kyste de l'ovaire guéri par la ponction et l'électricité, par *Namias*. — Septembre. Fièvre typhoïde (suite). — Constitution médicale (suite). — Hématocèle péri-utérine (suite) — Remarques sur l'embryotomie, par *Boens*. — Deux cas de dragonneau, par *Defaye*. — Observation d'ophthalmie diphthérique, par *Warlomont*.

AMERICAN MEDICAL MONTHLY. — Avril. Sur les déplacements de l'utérus, par *Peaslee*. — Traitement mécanique de la coxalgie, par *Davis*. — Mai et juin. (Manquent.) — Juillet. Sur la physiologie de la circulation, par *Dalton*. — Déplacements de l'utérus (suite). — Deux cas de cystotomie, par *Bronson*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — N° 3. Hémorrhagie après l'accouchement, par *Gaillard*. — Cas d'obstétrique, par *Bailey*. — Cas d'hypnotisme, par *Moss*.

THE PACIFIC MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — N° 28. Revues. — 29. (Manque.) — 30. Revues. — Extirpation de l'astragale, par *Wooster*. — Occlusion de l'utérus, par *Tibbitz*. — Cas d'orchite aiguë, par *Vollum*. — Mode d'administration du calomel, par *Crowell*. — Complications et suites de la scarlatine, par *Toland*. — 32. Complications de la scarlatine, par *Toland*. — Cas d'érysipèle, par *Wooster*.

THE MEDICAL AND SURGICAL REPORTER. — 2 juin. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — 9 juin. Exstrophie partielle de la vessie, par *Greene*. — Péritonite puerpérale guérie par l'opium et l'ellébore vert, par *Foreman*. — Cas d'infanticide supposé, par *Lehebach*. — 16 juin. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Réduction d'une luxation scapulo-humérale datant de dix-huit semaines, par *Swinburne*. — Infanticide supposé (suite). — 23 juin. Emploi de la quinine contre la scarlatine, par *Livezey*. — Épistaxis violente arrêtée par le tamponnement, par *Thompson*. — 21 juillet. Traitement des genoux cagneux par la section des biceps, par *Walter*. — Affection scrofuleuse de la moelle épinière, par *Sherard*. — Dépôt tuberculeux dans la paroi du cœur, par *le même*. — 28 juillet. Deux cas de purpura, par *Calhoun*. — Appareil simplifié pour l'extension du genou, par *Ludlow*. — 4 août. Liséré gingival comme signe de tuberculose, par *Dutcher*. — État actuel de l'ophthalmoscopie, par *Knechler*. — Injection iodée dans un kyste de l'ovaire, par *Dougherty*. — 11 août. Ophthalmoscopie (suite). — Nouvelles attelles angulaires pour le bras, par *Thompson*. — Cas d'éclampsie, par *Johnson*. — 18 août. Genoux cagneux (suite). — Ophthalmoscopie (suite).

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO. — Nos 10 et 11. Influence des filatures de soie sur la santé publique, par *Moriggia*. — 12. Considérations sur la peste, par *Trompeo*. — Épidémie de fièvre typhoïde (fin). — 13. Anatomie et physiologie de la rate, par *Peyrani*. — Cas supposé d'infanticide, par *Pola* et *Bertolio*. — 14. Considérations pratiques sur l'orchite blennorrhagique, par *Timermans*. — Statistique des suicides à Turin, par *Torchio*. — 15. Deux cas d'orchite blennorrhagique, par *Sella*. — Constatation des décès, par *Torchio*. — 16. Observations d'étranglements internes, par *Lussana*. — Constatation des décès (suite). — 17 et 18. Constatation des décès (suite). — Clinique obstétricale, par *Tibone*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 25. Fibrine du sang (suite). — Crétinisme en Lombardie (suite). — 26. Cause et curation de l'épilepsie idiopathique, par *Viglezzi*. — Sur la vitalité des zoospermes de la grenouille, par *Mantegazza*. — Crétinisme en Lombardie (fin). — 27. Vitalité des zoospermes (fin). — 28. (Manque.) — 29. Sur la réunion des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs, par *Ambrosoli*. — Tympanite aiguë de l'estomac guérie par la ponction, par *Olivieri*. — 30. Traitement d'une tumeur de l'épigastre par la teinture d'iode et d'opium, par *Besta*. — 31. La pellagre en Lombardie, par *C...* — Service de santé dans les campagnes, par *Strambio*. — 32. Fragments médico-psychologiques, par *Lombroso*. — 33. Opération césarienne faite pour la troisième fois, et avec succès, chez la même femme, par *Paravicini*. — Épilepsie (suite). — 34. Épilepsie (suite). — Traitement de la paralysie faciale par l'électricité, par *Zuradelli*. — 35. Méningo-myélite consécutive à une névrilemmite suite de saignée, par *Tosoni*. — Épilepsie (suite). — 36. Épilepsie (suite). — Traitement de la paralysie faciale (suite). — 37. Fièvre larvée, par *Barlieri*. — Épilepsie (suite). — Traitement de la paralysie faciale (fin). — 38 et 39. Traitement de la sciatique par la cautérisation de l'oreille externe, par *Finco*. — Épilepsie (suite).

EL SIGLO MEDICO. — N° 336. Essai sur les propriétés médicinales d'une plante exotique nommée *Chuguiragua*, par *Escolar*. — 337. Fièvre jaune et fièvres intermittentes (suite). — 338. Glossorrhaphie, par *Vilches y Fuentes*. — 339. Ontologie et ontologismo (suite). — 340. Études cliniques sur la syphilis, par *Olivares*. — Extirpation d'une tumeur fibro-plastique du sinus maxillaire, par *Guillo*. — 341. Leçons cliniques sur le rachitisme, par *Jenner*. — Guérison d'une fracture compliquée du radius, par *Paster*. — 342. Études sur la syphilis (suite). — Considérations sur le choléra, par *Espiga*. — 343. Statistique de médecine militaire, par *Poggio*. — Hystérotomie faite avec succès pour une atrésie du col de l'utérus, par *Gavardo*. — 344. Études sur la syphilis (suite). — Traitement de la fièvre jaune, par *Suñigo*. — 345. Syphilis (suite). — Notices médicales et statistiques relatives à la guerre de Cochinchine, par *Pascual de Torrejon*. — 346. Notices médicales, etc. (suite). — 347. Ontologie et ontologismo (suite). — Bases de la médecine naturelle (suite). — Considérations sur le choléra, par *Espiga*. — 348. Influence de la vaccination sur la population, par *Peyrani*. — 349. Vaccination et revaccination, par *Prats y Roquer*. — 350. Désarticulation du gros orteil, par *Camison*.

GAZETA MEDICA DO PORTO. — Mai. Éclampsie puerpérale guérie par le chloroforme, par *Osorio*. — Juin. Empoisonnement par l'*arum maculatum*, par *Cancella*. — L'hypnotisme, par *da Costa* et *Quental*. — Juillet. Histoire de la médecine portugaise, par *Osorio*. — Taille hypogastrique en deux temps, par *d'Almeida*.

---

*Le Rédacteur en chef* : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 29 MARS 1861. N° 13.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Liste de présentation. — Nomination d'un membre correspondant. — De l'opération césarienne après la mort. — Académie des sciences : Régénération de la rate. — II. **Travaux originaux.** Observation de méningite granuleuse présumée syphilitique. Détails microscopiques. — III. **Correspondance.** Champignons comestibles et vénéneux. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Bibliographie.** Traité pratique des maladies de l'enfance. — Traité des maladies des enfants. — VI. **Variétés.** Mort de M. Ferrus. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine, soumises à M. le sénateur Préfet de la Seine.

## I

Paris, le 28 mars 1861.

*Académie de médecine :* LISTE DE PRÉSENTATION. — NOMINATION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT. — DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE APRÈS LA MORT. — *Académie des sciences :* RÉGÉNÉRATION DE LA RATE.

La discussion sur l'opération césarienne *post mortem* n'a pu commencer mardi à l'Académie de médecine, la séance ayant été presque tout entière employée à l'élection d'un membre correspondant et au classement des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

Pour la place de membre correspondant, les candidats portés sur la liste étaient : *en première ligne*, MM. Fonssagrives (de Brest) et Leudet (de Rouen) ; *en deuxième ligne*, M. Cazeneuve (de Lille); *en troisième ligne*, M. Lecadre (du Havre). C'est M. Leudet qui l'a emporté. Nous espérons bien que la place de M. Fonssagrives a été marquée pour la prochaine élection. Quant au classement de candidats, fait en comité secret, le voici d'après nos informations : *en première ligne*, M. Regnault; *en deuxième ligne*, M. Guillemin; *en troisième ligne*, MM. Bouis, Figuier et Langlois, *ex æquo; en quatrième ligne*, M. Leconte.

Nous profiterons du loisir qui nous est fait à l'Académie pour jeter un coup d'œil général sur la question de l'opération césarienne, qui va être débattue au sein de la Compagnie — probablement mardi prochain.

En saisissant avec empressement l'occasion de soumettre à un examen public cette grave et difficile question, l'Académie avait sans aucun doute le sentiment du service qu'elle peut rendre au corps médical et qu'il est en droit d'attendre d'elle. Mais, pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'on ne s'abandonne pas, comme on vient de le faire à l'occasion de la *congestion apoplectiforme*, à une de ces discussions complexes, sans suite et sans conclusions, dont on puisse dire, comme l'a dit de la dernière le principal intéressé, qu'elle ne modifiera l'opinion de personne. Ici, point

---

## FEUILLETON.

**Considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine, soumises à M. le sénateur préfet de la Seine.**

(Suite et fin. — Voir le numéro 11.)

Examinons maintenant quels sont les soins médicaux que reçoivent les aliénés de la Seine dans les asiles de province ; quel est le nombre des guérisons ou des améliorations obtenues dans ces établissements ; quel est le nombre des retraits et celui des décès ; quel est le résultat produit par les translations sur le service des aliénés traités dans les hospices ; enfin quel est le résultat économique de la mesure, et s'il ne serait pas possible de faire mieux et à meilleur compte.

En 1844, l'encombrement des hospices de la Seine était arrivé au point que, vu l'impossibilité où se trouvait le département de la Seine de construire des asiles spéciaux, il fallut recourir au transfert des aliénés dans les établissements de province, malgré les protestations énergiques de l'inspecteur chargé de ce service. Des traités furent alors passés successivement avec seize asiles pour fixer le prix de la journée. Malheureusement, ils ne stipulèrent d'une manière régulière que depuis votre administration les différentes conditions de régime, d'habillement, etc., etc., qu'on devait procurer aux malades, ce qui atténua mais n'empêcha pas toujours, comme nous allons le voir, de graves abus de se manifester. Livrés ainsi à la spéculation industrielle publique ou privée des établissements de ce genre, et quelquefois à l'impuissance de mieux faire de certains chefs d'asiles, malgré l'honorabilité de leur caractère et leur capacité, les aliénés de la Seine devinrent l'objet d'un véritable lucre et de soins insuffisants.

En effet, l'inspection des asiles publics ou privés, où sont traités les aliénés de la Seine, fait ressortir :

1° Le défaut d'espace, l'encombrement même des maisons où ils sont reçus, qui va quelquefois jusqu'à ne procurer aux malades

de théories, mais des faits positifs et un débat aboutissant à un résultat pratique, c'est-à-dire à une règle de conduite délibérée qui puisse servir de guide au médecin côtoyant dans l'exercice de son ministère les lois et règlements sur les décès, et qui, en l'éclairant et le protégeant, n'entrave en rien la spontanéité de ses résolutions. Il se peut, comme l'a dit l'honorable M. Devergie, que le Code protége suffisamment, dans l'espèce, l'exercice des droits professionnels. En principe, nous l'admettons aussi; mais il n'en reste pas moins que si l'Académie s'en tient à cette simple déclaration, les doutes, les hésitations, la crainte des poursuites ou des récriminations, ne cesseront pas de jeter le trouble dans la pratique. Le praticien, en effet, agit un peu dans cette circonstance comme le vulgaire à l'égard des pendus : il hésite, avant la constatation légale, à toucher au cadavre, même pour en retirer un être vivant. Aussi, en dehors de l'hôpital, une opération césarienne *post mortem*, pratiquée à un moment assez rapproché du décès pour qu'elle soit fructueuse, est fort rare et passe presque pour une témérité. On peut le voir par les communications adressées à l'Académie depuis que M. F. Hatin y a porté la question. Une preuve que les médecins, si empressés à disputer la vie à la mort, éludent pourtant de pratiquer cette opération, c'est l'arrêté du préfet de la Seine, en date du 15 avril 1839, qui prescrit aux médecins inspecteurs de la vérification des décès, l'autopsie des *femmes mortes en état de grossesse, dans le but de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé*. Et déjà, il y a trente ans, Désormeaux écrivait : « ... J'ai assisté plusieurs fois mon père dans de semblables opérations, qu'il avait été requis de pratiquer, soit par l'autorité publique, soit par les parents de la femme qui venait de succomber. Ces opérations ont *toujours* été sans succès pour la conservation de l'enfant, mais non pas sans utilité pour notre instruction. » (*Dictionnaire de médecine*, t. VII, p. 184.)

Nous sommes ici en présence de deux alternatives également graves. Pour que l'opération ait un bon résultat, il faut agir dès que la femme ne donne plus signe de vie. C'est le cas ou jamais d'avoir présent à l'esprit l'*occasio præceps*. Mais si les retards sont inévitablement funestes à l'enfant, la précipitation ne pourrait-elle pas l'être à la mère? Ne sait-on pas, par des exemples avérés, que l'horrible éventualité à laquelle nous faisons allusion a été plusieurs fois sur le point de se réaliser? Les médecins légistes, pour trouver des signes certains de la mort, n'ont-ils pas rétrogradé successivement jusqu'à la décomposition de la matière organisée? Plusieurs d'entre eux, dont le nom fait autorité, n'ont-ils pas prescrit d'attendre plusieurs heures et de se livrer à des épreuves prolongées avant d'opérer? En voilà assez, il faut en convenir, pour expliquer, sinon justifier entièrement, les appréhensions des médecins.

Or, ce sont ces incertitudes, fondées sur des craintes contraires, ces dispositions à l'abstention, que l'Académie doit se donner la mission de dissiper, en traçant d'une main ferme des règles propres à guider le médecin au milieu de ces difficultés, très réelles sans doute, mais qu'il ne faudrait pourtant pas s'exagérer. Les communications et les rapports qu'elle a entendus sont loin d'atteindre ce but quant à présent. La communication de l'honorable M. Kergaradec, dont nous nous plaisons à louer la forme et le ton, nous reporte à un autre âge et nous fait rétrograder de près d'un siècle. Ce sont les faits et les doctrines de la célèbre *Embryologie sacrée* de Cangiamila que M. Kergaradec accepte sans contrôle et sans critique. Les enfants respirant après avoir été expulsés dans le linceul ou la tombe de leur mère; les fœtus viables dès le premier ou le second mois; — qui sait? peut-être même ce fœtus dont il est parlé chez les auteurs d'embryologie sacrée, *qui n'était pas plus gros qu'une abeille* et donnait des signes de vie; — rien n'étonne ni n'arrête l'honorable membre. Avec M. Devergie et la commission dont il est l'organe, nous revenons à notre temps; mais le laconisme regrettable de ses deux rapports nuit à la lucidité des conclusions. Ce n'est pas assez, à notre sens, de déclarer, presque sans explication préalable, qu'il n'y a lieu à aucune intervention active de la part de l'Académie.

D'intervention auprès de l'autorité, nous n'en voulons pas plus que M. Devergie et la commission. L'autorité, quelque bienveillante qu'on la suppose, serait sans doute peu disposée à modifier la législation à seule fin de calmer les scrupules du corps médical. Disons plus, un refus de sa part pourrait n'être qu'un hommage rendu à l'indépendance du diplôme. Tout ce qu'on peut prévoir ou présumer, c'est qu'un jour elle éprouvera elle-même le besoin de coordonner, pour les étendre à tout l'empire, les instructions, ordonnances et arrêtés des préfets de la Seine et des préfets de police, interprétant l'article 77 du Code civil. En des matières qui touchent de si près aux connaissances médicales, il est permis de penser qu'elle demanderait un projet d'instruction à l'Académie, et celle-ci vraisemblablement ne manquerait pas d'y introduire une réserve pour l'opération césarienne après la mort, et de spécifier les conditions dans lesquelles cette opération est applicable. Eh

---

couchés dans les dortoirs que 7 à 8 mètres cubes d'air par individu, au lieu de 24 qui leur seraient nécessaires. Il en est proportionnellement de même des réfectoires, qui servent habituellement de salles de réunion, et des préaux, généralement trop étroits et fréquemment privés de vue par des murs qui les entourent et nuisent à la ventilation.

2° Les terrains appartenant aux asiles sont trop souvent insuffisants, ce qui enlève aux médecins un des moyens thérapeutiques les plus puissants et les plus efficaces dans le traitement des maladies nerveuses : je veux parler d'un exercice modéré, d'un travail en plein air. On pourrait citer, à l'appui de notre dire, certains asiles dont la superficie totale mesure moins d'un hectare.

3° Les classifications sont presque partout incomplètes. Les épileptiques sont généralement confondus avec les malades atteints d'aliénation mentale simple, ce qui est contraire à l'ordonnance du 18 décembre 1839.

4° Les malades agités sont trop nombreux : la discipline morale est insuffisante; ils sont, dans presque tous les asiles, mêlés entre eux et avec les semi-paisibles, ce qui entretient et provoque l'agitation au lieu de l'éteindre. Un seul asile présente quelques chambres isolées avec jardins spéciaux, ayant vue sur la campagne, pour dissiper l'agitation. Ce moyen devrait être généralisé pour soustraire le malade en délire au contact, au regard, aux vociférations de ses commensaux atteints du même mal, et pour substituer à ces excitations la raison calme et la bienveillance d'un préposé à sa surveillance. La cellule et son jardin deviennent ainsi un lieu de passage et un instrument de guérison.

5° La proportion des malades malpropres est trop élevée. Un traitement approprié à l'état du système nerveux combiné avec une action intellectuelle et morale, en modifiant avantageusement les fonctions nerveuses, pourrait atténuer ou faire disparaître ce symptôme fâcheux.

6° On abuse généralement des moyens de contrainte, qui, en principe, devraient être abolis et réservés temporairement et exceptionnellement, dans la pratique, à des cas exceptionnels. Après avoir agi sur l'organisme, dans la période aveugle du délire,

bien! ce que l'Académie ferait avec empressement pour l'autorité qui ne lui demande rien, qu'elle le fasse pour le corps médical qui attend ses avis. Cette instruction n'ayant rien d'officiel, mais émanant de l'Académie et élaborée par une commission composée de MM. Adelon, Devergie et Tardieu, dont les lumières et la prudence sont aussi appréciées dans la haute administration que dans le corps médical, serait une garantie de nature à affermir la conduite du médecin. Le rapport de M. Devergie sur le mémoire de M. Laforgue et sur l'observation de Binaut donnerait peut-être ce que nous demandons, si les conclusions étaient précédées d'une sorte d'*exposé des motifs* qui en fixât exactement le sens et l'étendue. Ces conclusions sont trop importantes pour que nous ne croyions pas devoir les reproduire :

1° La législation actuelle suffit à sauvegarder les droits professionnels du médecin et ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder.

2° Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine *peut* et doit même, *médicalement parlant*, pratiquer l'opération césarienne, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie.

Cependant il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition.

3° Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience, éclairée par les préceptes de l'art.

Dans la deuxième conclusion, les mots *peut* et *médicalement parlant* soulignés par le rapporteur semblent indiquer qu'à la rigueur il est facultatif au médecin de s'abstenir; qu'*il est des cas où il doit agir* et d'autres où il peut rester inactif. Quels sont ces cas? Dans la pensée de la commission, le médecin peut-il acquérir la certitude du décès immédiatement, ou est-il dans l'obligation d'attendre un laps de temps déterminé? Doit-il soumettre le corps à des épreuves prolongées? Ces questions sont d'un intérêt capital; car des médecins légistes autorisés ont prescrit une temporisation qui rendrait l'opération à peu près aussi illusoire que si l'on attendait les vingt heures prescrites par la loi sur les inhumations. La condition presque obligatoire d'être entouré d'un ou plusieurs confrères conduirait le plus souvent au même résultat. Qu'on n'oublie point que s'il y a une prudence médicale, il y a aussi un courage médical, d'autant plus méritoire qu'il est souvent méconnu ou calomnié, et c'est ici le cas d'en faire preuve.

Plaçons-nous nettement au milieu des circonstances ordinaires de la pratique et indiquons rapidement les cas d'où peut naître, pour le médecin, ou l'indication d'agir ou l'indication de s'abstenir.

1° La femme enceinte a succombé à une maladie organique qui a parcouru successivement toutes ses phases sans compromettre l'existence du fœtus. On sait que, malgré un amaigrissement excessif, une fièvre hectique prolongée, l'enfant continue souvent, non-seulement à vivre, mais encore à prendre un développement qui forme un singulier contraste avec l'état de celle qui l'a engendré; c'est ce que la phthisie pulmonaire ne montre que trop fréquemment. Ici toutes les conditions se trouvent réunies pour que le médecin puisse intervenir à temps et en pleine sécurité. Il peut assister à l'agonie; il lui est loisible de se faire entourer, comme le veut la commission, d'un ou de plusieurs confrères; après le dernier souffle, le dernier battement du cœur, il est absolument certain qu'il se trouve en face d'un cadavre, sans s'arrêter à analyser lentement un à un les signes immédiats de la mort. Si l'agonie n'a pas été très prolongée, il a les plus grandes chances d'extraire un enfant vivant. Bien qu'une longue agonie soit pour l'enfant une épreuve très dangereuse, qui le fait souvent succomber avant la mère, ce ne serait pas une raison de s'abstenir quand même on aurait suivi l'affaiblissement et constaté la disparition des battements du cœur; car la vie peut renaître alors qu'il n'existe plus que des ondulations cardiaques éloignées et à peine perceptibles.

2° La mère a succombé à une maladie aiguë qui a suivi régulièrement ses phases. Encore ici, la mort ne peut être l'objet d'aucun doute; le médecin peut assister à l'agonie, se faire entourer de confrères et agir immédiatement. Mais les conditions sont infiniment moins favorables au succès de l'opération. Une maladie aiguë qui se termine par la mort de la mère fait presque toujours périr l'enfant assez longtemps avant la fin. Cela arrive constamment dans la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'éclampsie, l'hémorrhagie par insertion du placenta sur le col utérin, etc. Dans les phlegmasies franches à marche rapide, les chances sont un peu moins défavorables; l'enfant peut résister, traverser même l'agonie, sans être irrévocablement compromis. A-t-il donné des signes de vie jusque dans la dernière période de la maladie, malgré le peu de probabilité d'un succès, il faut encore ici opérer immédiatement. Lorsqu'au con-

---

par des moyens pharmaceutiques et hygiéniques, ne faut-il pas s'adresser à l'élément psychique? L'aliéné, en effet, quelque dégradé qu'il paraisse par cette cruelle affection, conserve toujours, sinon dans ses manifestations constantes, au moins virtuellement, des restes de son origine divine, de raison, de conscience et de bonté; et c'est à la partie spirituelle de sa dualité confondue, comme le dit Bossuet, dans une unité mystérieuse, que le médecin doit s'adresser pour développer la raison, éclairer la conscience, parler au cœur, pour provoquer et soutenir les efforts du malade à reconquérir librement sur ses organes l'empire que donne la force morale, tout en continuant l'emploi des agents pharmaceutiques et de l'hygiène.

7° Les cahiers de visite, quoique partout au courant, ne sont point tenus nominativement. De là sont nées de graves erreurs, qui ont parfois nécessité le recours aux tribunaux pour rectifier les actes de l'état civil.

8° En général, les vêtements des malades laissent beaucoup à désirer, lorsqu'ils ne sont pas insuffisants, déchirés et malpropres. Un seul asile nous a offert l'organisation des trousseaux individuels, mesure qu'il serait désirable d'appliquer dans tous les établissements. Rien n'est plus propre à stimuler l'esprit d'ordre, de conservation et d'économie dont le défaut a souvent occasionné la folie. Rien n'est plus avantageux pour surveiller la tenue du malade, et l'obliger, par l'application constante d'un traitement moral approprié, à prendre sur lui-même un heureux et graduel empire.

9° Le coucher a lieu, dans la plupart des asiles, à six heures et demie du soir, et s'il est vrai de dire que le lit sur lequel les malades reposent est le plus souvent bon, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il laisse parfois beaucoup à désirer. Je pourrais citer des asiles où j'ai trouvé des aliénés étendus et fixés sur de la paille au moyen de liens attachés à des entraves, aux manches de leurs camisoles, et au sommet du dos, rappelant, sous une autre forme, les tortures de Procuste.

10° Le régime alimentaire est variable dans les asiles de province, mais il pèche généralement, comme vous avez pu le voir,

traire on a acquis par des signes non douteux, persistants, la certitude qu'il a succombé dans le cours de la maladie, le médecin ne relevant, comme tel, que de sa conscience et des données scientifiques, peut, non-seulement s'abstenir, mais juger encore qu'il y a convenance à le faire, le sein de la mère n'étant pas une tombe indigne de l'enfant.

3° La mère a été emportée par mort violente ou subitement. Les coups, les blessures, etc., immédiatement mortels, sont le plus souvent accompagnés de lésions qui ne laissent pas de doute sur la cessation de la vie; si les accidents ne sont pas immédiatement fatals, et qu'on puisse en suivre la marche, on rentre dans notre deuxième catégorie, et quand la mort se manifeste, on peut être certain qu'elle est bien réelle. Dans tous ces cas, le médecin peut agir assez promptement pour sauver l'enfant. Parmi les maladies qui doivent le rendre excessivement circonspect, il faut placer les diverses espèces d'asphyxie, la syncope, les accès pernicieux, le coma, les grandes névroses, etc., qui ont surtout fourni des exemples de mort apparente. Néanmoins, l'embarras, dans cette occurrence, est moins grand qu'on ne pourrait le supposer. Les signes immédiats de la mort pris isolément peuvent bien, en théorie, être considérés comme incertains; mais dans leur ensemble et recueillis de sang-froid par des hommes familiers avec l'aspect de la mort, ils donnent une certitude réelle. Les femmes enceintes de cette catégorie, surtout celles qui meurent de mort subite, sont dans les conditions les plus favorables pour le succès de l'opération; l'enfant vivant au moment de l'accident, n'ayant pas à traverser une agonie prolongée, continue à vivre pendant un temps qui ne peut pas être exactement fixé, mais qui n'est malheureusement que trop court. Cet avantage est en grande partie compromis, parce que, la mort étant imprévue, le médecin peut rarement être appelé assez promptement; et, de plus, comme il manque d'antécédents et qu'il rencontre les conditions où la mort pourrait n'être qu'apparente, il est conduit à un examen et à des épreuves trop souvent funestes à l'enfant. Que sera-ce, si on lui fait en outre une obligation d'être entouré d'un ou plusieurs confrères! Et pourtant, la durée possible de la vie chez le fœtus après le décès de la mère n'étant pas bien déterminée, nous conseillerions encore de pratiquer l'opération alors qu'elle paraîtrait tardive. Enfin il peut exceptionnellement arriver que le médecin assiste à la mort subite, c'est lorsque celle-ci survient pendant le travail; mais, dans ce cas, l'enfant peut souvent être extrait par la voie naturelle. Quant aux cas où il peut rester le moindre doute sur la réalité de la mort, le fœtus fût-il manifestement en vie, le médecin ne doit écouter aucune considération, religieuse ou autre, qui serait de nature à ruiner ce reste d'espérance.

Dans ce qui précède, nous n'avons marché qu'appuyé sur l'observation journalière et sur des faits constants. Nous n'ignorons pas qu'il existe des observations tendant à prouver que le fœtus peut survivre à sa mère, non-seulement pendant plusieurs heures, mais encore pendant plusieurs jours. Cela pourrait être admissible si l'enfant ne puisait dans le sang de la mère, par l'intermédiaire du placenta, que des matériaux alibiles; mais cet organe vasculaire est encore l'agent d'un acte d'hématose qui, bien que mal connu, n'en n'en est pas moins certain, et qui ne peut pas plus être interrompu impunément que la respiration pulmonaire. Ce qui se passe dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, dans le cas de prolapsus du cordon, en fournit des preuves tellement probantes que le doute n'est pas possible. Ajoutons que des œufs humains expulsés entiers, contenant un fœtus *vivant* et cependant *non viable*, sont venus plus d'une fois montrer combien est précaire la vie du fœtus qui cesse d'être vivifié par la circulation utéro-placentaire, alors même qu'on entretient la chaleur autour de l'œuf (les expériences de M. Edwards, rectifiant celles de Haller, Buffon, Legallois, établissent que les animaux qui naissent avec les paupières fermées résistent pendant plus d'une demi-heure à la submersion, tandis que ceux qui, comme l'homme, naissent avec les yeux ouverts, sont promptement asphyxiés dans les mêmes conditions). La nécessité pour le fœtus d'une vivification non interrompue par le sang de la mère circulant dans l'utérus est tellement bien établie, que nous n'hésitons pas à regarder comme apocryphes les observations qui tendent à prouver le contraire, ou bien fournies par des femmes dans un état de mort apparente, mais chez lesquelles la circulation n'aurait pas été très profondément troublée.

Nous pensons qu'il n'y a pas lieu à débattre la question de l'âge physiologique de la viabilité. L'impossibilité de fixer d'une manière certaine le moment de la conception ruine par la base la plupart des observations qui se rapportent à ce sujet. On ne peut entrer dans cette voie sans s'exposer à renouveler les querelles stériles sur les *naissances tardives* et les *naissances précoces*, qui passionnèrent un moment les médecins du siècle dernier, et auxquelles Bertin, Lebas, Bouvart, Louis, Antoine Petit, prirent une part si active. En pareille matière, comme la règle à établir doit plutôt descendre au-dessous que rester au delà du dernier terme

---

par un défaut d'alimentation animale et par une exagération de substances végétales, légumes secs ou frais, pendant l'été. Quelques rares asiles de province, où la nourriture est abondante et d'excellente qualité, font seuls exception à cet état de choses. Vous avez pu juger par les chiffres statistiques mis sous vos yeux que la prédominance de la mortalité, par suite d'affections abdominales, était une des conséquences de cette vicieuse nourriture; et vous avez pu constater l'uniformité constante de ce fait érigé en loi : que le genre des affections auxquelles succombaient les malades dans les asiles était en rapport avec la nature de leur alimentation. Les considérations générales auxquelles je me livre dans ce moment ne me permettent pas d'entrer dans l'exposition des faits et des raisons qui établissent de quelle manière la spéculation profite de l'usage des légumes pour diminuer les rations de viande, et recueillir les excédants de pain qui servent aux repas suivants.

11° La surveillance est souvent insuffisante ou exercée d'une manière incomplète. On ne compte que quelques asiles privés, tenus par des congrégations, où la proportion s'élève à 1 employé sur 10 malades, et deux asiles publics en comprenant dans cette proportion les divers chefs d'ateliers.

12° Le travail n'est généralement pas aussi étendu et aussi varié qu'il pourrait et devrait être. Les directeurs s'occupent plutôt à profiter des labeurs, le plus souvent industriels, des aliénés valides de la Seine, qu'à appliquer à ces sortes de travaux ceux que leurs facultés physiques et mentales, perverties, engourdies ou affaiblies, rendent récalcitrants, et dont le produit n'est point en harmonie avec les efforts qu'ils exigent. D'un autre côté, on impose à ceux dont on peut tirer bon parti une continuité d'efforts qui dépassent souvent les limites d'une sage mesure. Si l'on peut citer des exceptions à cette règle, elles sont rares et heureuses.

13° Presque tous les asiles de province où sont traités les aliénés de la Seine manquent de moyens suffisants d'exercices intellectuels et moraux. Les écoles élémentaires n'y sont point encore organisées; les exercices musicaux, les concerts, les distractions agréables et gymnastiques qui rappellent la vie sociale, ses émotions, ses plaisirs licites, font défaut. A peine puis-je citer de rares

de la viabilité, le plus sage est d'imiter les auteurs du Code et de nous en tenir à la présomption légale, qui ne nous expose guère, à raison de sa latitude, à laisser périr un enfant qui serait réellement viable.

A. Dechambre.

---

M. le docteur Philipeaux (voir plus loin *Académie des sciences*) vient de communiquer à l'Académie des sciences des faits intéressants relatifs à la régénération de la rate. Des rats albinos avaient subi l'extirpation de la rate; seize mois plus tard une rate nouvelle s'était développée et avait atteint des dimensions se rapprochant déjà de celles que présente l'organe dans l'état normal. Cette rate reproduite avait une forme plus ramassée, plus globuleuse que la rate primitive; mais elle offrait le même aspect extérieur et la même structure.

Chez un grand nombre d'animaux invertébrés, on sait avec quelle constance se régénèrent les parties enlevées; et, chez les vertébrés inférieurs, la reproduction de la queue des têtards de grenouille, des branchies des larves de salamandre, de la queue, des membres, des mâchoires de la salamandre aquatique, de la queue des lézards, est au nombre des faits scientifiques les plus connus. Les vertébrés supérieurs n'offrent pas d'exemples de régénérations aussi complexes : toutefois ils sont loin d'être privés entièrement de la faculté de régénération. Les nerfs, le cristallin, les os, en fournissent des preuves décisives. A ces organes, d'après les expériences de M. Philipeaux, expériences qui confirment celles de Mayer, il faudra dorénavant ajouter la rate; et la régénération de cet organe n'est pas la moins remarquable. Le reproduction du cristallin paraît liée à la conservation de la capsule cristalline, et la reproduction des os exige, pour se faire d'une façon régulière, la conservation du périoste. Dans ces deux cas, on conserve donc une partie qui joue un certain rôle dans la reproduction des organes enlevés. Pour la rate, il n'y a rien de semblable; il n'y a pas de moule générateur laissé en place. Si l'on veut bien apprécier la valeur de ce fait expérimental, il ne faut pas oublier non plus qu'il s'agit ici d'un organe modificateur du sang, d'un organe de la vie de nutrition; et c'est ce qui donne à ce fait une place à part au milieu des autres cas de régénération.

On a déjà publié des faits assez nombreux d'extirpation de la rate chez les mammifères; certains de ces animaux avaient vécu plusieurs années après cette extirpation; aucun des observateurs, si l'on excepte Mayer, cité par Bérard d'après Bardeleben, n'avait rencontré le moindre travail de reproduction. Mais il est possible que la puissance régénératrice existe à des degrés très différents chez les animaux d'ordres ou même de genres dissemblables, et que ce qui s'observe chez un rat albinos se produise plus difficilement chez un chien ou chez un lapin. D'un autre côté, les rats opérés par M. Philipeaux avaient deux mois au moment de l'opération, et c'est là encore une circonstance dont il faut tenir compte, la faculté de régénération, au moins chez les mammifères, étant plus active dans le jeune âge que dans l'âge adulte.

Chez la plupart des animaux qui ont survécu assez longtemps à l'extirpation de la rate, on a trouvé une augmentation du volume des ganglions lymphatiques abdominaux, et tout porte à croire que ces ganglions suppléaient en partie la rate enlevée. Les rats mis en expérience par M. Philipeaux n'ont offert aucun accroissement de ces ganglions : peut-être cet accroissement a-t-il existé d'une façon temporaire; mais, dans ce cas, à mesure qu'un nouvel organe splénique se développait, les ganglions auraient repris leurs dimensions normales.

Bien qu'il soit impossible de se faire une idée arrêtée sur la manière dont la rate s'est reproduite, cependant il est permis d'émettre à ce sujet une hypothèse qui se présente assez naturellement à l'esprit. On rencontre très communément, chez les fœtus humains et chez les enfants nouveau-nés, des rates surnuméraires. M. le docteur J.-B. Bastien, prosecteur des hôpitaux, a entretenu plusieurs fois de ces faits la Société de biologie. Il a fait voir sur de nombreuses pièces des rates surnuméraires de diverses dimensions; et il a montré que la présence de ces rates est la règle chez les fœtus, ce qui l'a conduit à inférer que le développement primitif de la rate pourrait bien se faire par noyaux spléniques isolés, qui se réuniraient plus tard, mais dont quelques-uns, échappant à la coalescence, resteraient distincts plus ou moins longtemps, comme les vestiges et les preuves de la diffusion première des noyaux. Quoi qu'il en soit de cette vue, M. Bastien a démontré d'une façon très nette que les petites rates surnuméraires s'observent d'autant plus sûrement qu'on étudie des individus plus jeunes. Or, bien que l'on n'ait pas étendu cette recherche aux animaux, on peut présumer qu'il en est de même chez eux. S'il en est ainsi réellement, on conçoit que, chez un très jeune animal, une rate surnuméraire, quelque petite qu'elle soit, se développe peu à peu lorsque la rate

---

asiles faisant une salutaire exception à cette règle. Il semble qu'on a inscrit pour les malheureux exilés de la Seine, sur le frontispice de leur lugubre demeure, ce fameux vers du Dante :

Lasciate ogni speranza voi ch' entrate!

En effet, que reste-t-il à ces infortunés pour stimuler leur spontanéité, pour réveiller leurs efforts?... La famille, l'amitié ne les ont-elles pas souvent cruellement abandonnés, et si le département où ils sont domiciliés paye leur dépense, ne les a-t-il pas inhumainement privés de cette vue du sol, des souvenirs qui nous rattachent au passé et laissent luire l'espérance? Ne reste-t-il pas, dans le cœur et dans la mémoire de l'aliéné qui vit loin du lieu de son domicile de secours, quelques raisons secrètes qui l'invitent à croire que le parent, l'ami qu'il a aimé; éprouvera un mouvement sympathique pour son malheur et sa souffrance, et que, cédant à ce généreux sentiment, il viendra apporter dans son âme une pensée de consolation, une idée d'encouragement?

N'est-on pas en droit au moins de demander, à défaut de tant de choses nécessaires, l'emploi des moyens propres à cultiver la partie la plus noble de son être, dégradée par le plus cruel de tous les maux?

En parcourant la triste nomenclature des aliénés de la Seine, on voit que le nombre des malades transférés, soumis à des moyens pharmaceutiques spéciaux, ne s'élève pas au vingtième de leur population totale. Ce qui prouve le faible intérêt scientifique et humanitaire qu'ils inspirent. Rien, en effet, ne vient stimuler le zèle du médecin; la famille est absente, ainsi que les amis; les renseignements sur les antécédents de la maladie et sur sa thérapeutique font défaut; l'intérêt scientifique et la réputation de l'homme de l'art qui n'a point agi au début du mal ne sont point engagés, et la désolante pensée qui s'attache à l'injuste idée de l'incurabilité paralyse encore toute tentative sérieuse, et va jusqu'à faire trop souvent oublier que ce sont de pauvres malades sujets plus qu'aucun autre aux affections incidentes et à l'appauvrissement de la constitution.

Le chiffre total des guérisons, sur 3,267 aliénés transférés dans

principale a été extirpée, et qu'au bout d'un certain temps elle arrive à acquérir des dimensions presque normales. Si l'on ne rencontrait pas chez les rats, à l'âge où a été pratiquée l'opération, des noyaux spléniques surnuméraires, on pourrait supposer, mais alors l'hypothèse serait plus hasardée, que le développement de la rate nouvelle a lieu aux dépens des ganglions lymphatiques voisins. Un fait très certain enlève à cette hypothèse quelque peu de sa témérité : c'est qu'il n'est pas rare de trouver au voisinage de la rate des ganglions lymphatiques qui se rapprochent de cet organe par leur couleur et par certaines particularités de leur structure. M. le docteur Bastien a vu souvent de ces ganglions chez les fœtus humains et chez les enfants nouveau-nés ; et j'en ai rencontré chez des chiens et même chez les rats albinos (il y en avait du moins chez ceux qui ont été présentés à l'Académie par M. Philipeaux). Dans ces ganglions, qui offraient une coloration rougeâtre, l'examen microscopique démontrait qu'il y avait eu pendant la vie un travail actif de destruction des globules rouges. Ce qui est singulier et important, c'est que, comme nous venons de le dire, cette modification des ganglions est exclusivement limitée à ceux qui se trouvent au voisinage de la rate. Il n'est pas impossible qu'un de ces ganglions, par une hypertrophie progressive et par une déviation parallèle de sa structure, puisse constituer une rate nouvelle.

D'ailleurs, que le fait démontré par M. Philipeaux soit explicable ou non dans l'état actuel de nos connaissances, il est très digne de l'attention des physiologistes; et c'est pour cela que nous avons cru devoir le signaler d'une façon particulière. V.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### OBSERVATION DE MÉNINGITE GRANULEUSE, PRÉSUMÉE SYPHILITIQUE. DÉTAILS MICROSCOPIQUES, par les docteurs BLACHEZ et LUYS.

Les affections du système nerveux qui se développent sous l'influence de la diathèse syphilitique, ont attiré, depuis quelque temps, l'attention d'une manière toute spéciale. La question, mise au concours par l'Académie de médecine, a été l'objet de plusieurs mémoires, parmi lesquels celui de M. Lagneau (fils) renferme les documents les plus étendus. De toutes les lésions qui occupent l'encéphale, les moins connues sont assurément celles qui se développent sur les méninges, ou du moins celles qui s'y développent primitivement, indépendamment de toute lésion ayant son point de départ, soit dans le cerveau, soit dans les os du crâne, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent. Si nous ne nous sommes pas trompé, l'observation qu'on va lire jettera quelque jour sur ce point encore obscur de l'histoire de la syphilis constitutionnelle.

OBS. — A..., sergent au 4e voltigeurs, âgé de vingt-huit ans, entre le 28 novembre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. le docteur Worms, médecin principal en chef.

Il se plaint de faiblesse dans les jambes, de surdité et de troubles de la vision.

C'est un homme de constitution moyenne, assez maigre, dont la figure a le cachet d'hébétude particulier aux sujets atteints de surdité.

Il s'est bien porté jusqu'en 1855. A cette époque, il a contracté un chancre induré avec adénite inguinale indolente. Il a passé trois mois, en deux fois, à l'hôpital militaire de Nancy, où il a été traité d'abord par les préparations mercurielles; puis, à son second séjour, par l'iodure de potassium. Le chancre s'est cicatrisé au bout de trente jours environ.

Trois mois après il entra au Val-de-Grâce, service des vénériens, pour un mal de gorge qui dura longtemps (?). Il y passa deux mois, et reprit des pilules de protoiodure, du sirop sudorifique et de l'iodure de potassium. Il se souvient qu'à cette époque ses cheveux tombèrent avec abondance. Il pense avoir eu quelques taches, mais ne précise rien à cet égard. Il a d'ailleurs pris des bains de sublimé, ce qui autorise à penser qu'il a présenté des syphilides.

Cinq mois après l'apparition du chancre, il a commencé à éprouver des bourdonnements d'oreilles qui ont persisté depuis cette époque, et qui s'accompagnèrent bientôt d'une céphalalgie habituelle. Il n'a pas remarqué que la douleur de tête fût plus violente la nuit. Les bourdonnements étaient beaucoup plus marqués à droite qu'à gauche.

L'oreille droite est beaucoup plus dure que la gauche.

Bien qu'il n'ait pas de céphalalgie comparable à celle qu'il a ressentie précédemment, cependant il a la tête lourde et embarrassée.

Sa marche est mal assurée. Il peut se tenir seul et monter dans son lit. Il s'est rendu à pied à l'hôpital à l'aide de deux camarades. Il serre des deux mains avec une force sensiblement égale. La sensibilité, dans toutes ses variétés, est intacte. Depuis trois jours il a des douleurs vagues dans les avant-bras, sans crampes ni élancements.

Les idées sont nettes, bien qu'il s'exprime avec un peu d'embarras, et qu'il ait surtout beaucoup de peine à préciser les dates marquant les différentes phases de sa maladie. La parole est facile. L'intelligence paraît fort médiocre.

La peau est nette. Les ganglions cervicaux et épitrochléens ne sont pas sensibles.

La langue est humide, sans enduit. Sa vue est trouble depuis six mois. Il a fait, à quatre ou cinq reprises, des séjours à l'hôpital pour sa surdité. On lui a appliqué sans succès des vésicatoires à la nuque et un séton.

Ce n'est que depuis une huitaine de jours qu'il sent ses forces diminuer. La veille de son entrée à l'hôpital il a encore fait son service.

Au moment où nous l'examinons (28 novembre), nous constatons l'état suivant :

Il n'accuse aucune douleur. Bien qu'il soit peu amaigri, l'habitude extérieure est satisfaisante.

---

les asiles de province, a été de 403, soit 1 sur 31,70; tandis qu'il s'est élevé à 1 sur 3,34 dans les asiles de la Seine pendant la période de 1844 à 1858 inclusivement.

Celui des retraits ou améliorations est de 65, soit 1 sur 21,06 pour les hommes, et 1 sur 54,25 pour les femmes dans les asiles départementaux, au lieu de 1 sur 5,08 et 1 sur 11,16 à Bicêtre et à la Salpêtrière de 1852 à 1858.

La mortalité s'est fait sentir dans les asiles de province dans une cruelle proportion. Ainsi elle ne s'élève pas à moins de 1 sur 2,30 de 1844 à 1858, tandis que dans les hospices de la Seine, pendant la même période, elle n'a été que de 1 sur 3,17 à Bicêtre, et de 1 sur 3,68 à la Salpêtrière. Cette augmentation de la mortalité est incontestablement due à la brusque rupture des habitudes physiques, physiologiques et morales, et par conséquent au nouveau milieu dans lequel sont placés les aliénés, et aux conditions nouvelles et différentes qu'ils rencontrent. En vain objecterait-on que l'état incurable des aliénés transférés rend compte de cette triste différence. La statistique, à défaut de la raison, vient en effet démontrer que ce sont, au contraire, les aliénés les plus valides qu'on envoie en province, que les plus infirmes ou les plus gravement atteints vont encombrer les infirmeries, ce qui élève notablement, depuis les transferts, la proportion de la mortalité dans les hôpitaux de la Seine. Ainsi, avant les transferts, c'est-à-dire de 1839 à 1843 inclusivement, le chiffre des décès était de 1 sur 4,15 à Bicêtre, et de 1 sur 4,25 à la Salpêtrière, et nous venons de voir que depuis les translations ce chiffre s'est élevé à 1 sur 3,17 à Bicêtre, et à 1 sur 3,68 à la Salpêtrière. En outre, la proportion des malades couchés dans les infirmeries, qui atteint, à Paris, 1 sur 4,50, au lieu de 1 sur 12 dans les asiles de province, ne vient-elle pas démontrer la justesse de ma proposition?

Le résultat fâcheux des translations ne saurait donc être douteux. Vous avez pu voir dans mes rapports spéciaux quelle était la prédominance des affections auxquelles succombaient les aliénés dans les divers asiles, et apprécier la justesse de cette loi... « que » le genre de mortalité est en rapport avec la nature de l'alimen- » tation. » Il me suffira de vous dire que, dans la plupart des asiles

Il peut encore lire, mais avec difficulté; il lit beaucoup mieux en fermant l'œil gauche. Nous lui avons vu lire une lettre de cette manière.

Les bourdonnements d'oreilles ont notablement augmenté depuis quelques jours; on est obligé d'élever assez fortement la voix pour se faire entendre. Quand son attention est suffisamment excitée, il entend la voix ordinaire, mais non la voix basse. La gorge, examinée avec le plus grand soin, ne présente pas de cicatrice manifeste. L'appétit est diminué; la constipation complète depuis six jours. Cette constipation lui est d'ailleurs habituelle, et il se purge lui-même fréquemment.

Le matin de son entrée, il avait envie d'uriner, et l'a essayé plusieurs fois sans succès. Dans la journée il a uriné abondamment. Les urines sont normales.

État apyrétique complet.

Il n'a jamais eu d'habitudes alcooliques.

En présence de cet ensemble de symptômes, M. Worms se décida à commencer, chez ce malade, un traitement syphilitique énergique, auquel il le prépara par des bains et des purgatifs salins.

Le 4 décembre, le malade vomit une bouteille d'eau de Sedlitz qu'il a prise le matin. La parole est beaucoup plus embarrassée qu'hier. Le malade accuse de la céphalalgie; la face prend un caractère d'hébétude plus marqué; les réponses sont nettes. A... ne se lève pas depuis trois jours; il a les jambes faibles, et pour se tenir debout il est obligé de s'appuyer sur son lit. Pas de fièvre. (4 pilules : aloès; iodure de potassium, 1gr,50.)

Le 5. Il est mieux qu'hier : la tête est plus libre; il manifeste beaucoup d'appétit.

L'amélioration a persisté jusqu'au 9. On constate ce jour-là, à la visite du matin, une hémiplégie droite incomplète La langue a sa pointe déviée à droite. Il y a de l'anesthésie du même côté. Aucune attaque, aucun phénomène particulier n'a été noté par les hommes de garde. Les plaintes sont continuelles. Le pouls à 56, sans autre caractère notable. L'intelligence est assez nette, quoique paresseuse. Le malade affirme que depuis deux jours il a essayé de se lever et n'a pu se tenir sur ses jambes. On apprend par ses voisins qu'hier, dans la journée, il a pris son verre de la main droite, et lu en fermant l'œil gauche une lettre qu'on lui a remise. Le délire l'a pris dans la soirée; il s'est levé, et s'est assis à terre à côté de son lit; on a dû le coucher de force; il a chanté toute la nuit, et s'est agité continuellement en poussant des plaintes. Il y a rétention d'urine.

Le 10, même état; il a uriné; il se plaint continuellement, et parle toute la nuit. On n'obtient plus que des réponses incomplètes.

Le 11, toute la journée, alternatives de coma et d'agitation; plaintes presque continuelles. La paralysie est complète du côté droit. Il remue continuellement le bras gauche et le porte à sa tête. Les pupilles sont immobiles, médiocrement dilatées; les yeux ternes, sans regard. Le pouls est à 60, peu développé.

A quatre heures du soir les cris redoublent, et la dyspnée se prononce de plus en plus; la respiration devient stertoreuse; la bouche se charge d'écume. Mort à huit heures du soir.

*Autopsie.* — La face est cyanosée, les lèvres bleuâtres; les poumons sont fortement congestionnés. Une infiltration sanguine considérable existe à la base droite; le tissu pulmonaire est plus friable qu'à l'état normal; il surnage facilement.

On trouve dans le poumon gauche plusieurs infractus hémoptoïques; les plus gros ont le volume d'un œuf. Le tissu pulmonaire n'est cependant détruit en aucun endroit, et les noyaux les plus noirs, isolés et plongés dans l'eau, surnagent. Une pleurésie ancienne a laissé à la partie supérieure du poumon gauche quelques fausses membranes résistantes, peu épaisses, d'apparence chagrinée. Aucune augmentation de volume, aucune altération de texture des ganglions bronchiques.

Le cœur, de volume normal, présente un tissu gorgé de sang. Pas de caillots.

La veine cave est gonflée d'un sang noir qui inonde la cavité du thorax au moment où le vaisseau est coupé.

Le foie est congestionné, ramolli, plutôt petit que volumineux. La capsule est intacte, sans épaississement, sans brides cicatricielles.

La rate est molle, d'un volume normal. Les reins, très rouges à la coupe, au point qu'il faut les laver pour distinguer les deux substances, ne sont pas augmentés de volume. La capsule est lisse et s'enlève facilement.

*Encéphale.* — La boîte crânienne, sciée avec précaution et examinée avec le soin le plus minutieux, n'offre aucune altération.

La dure-mère, parfaitement intacte, est détachée des os. Aucun point ramolli, aucune trace d'exostose n'existe à la face interne du crâne.

Le sinus longitudinal supérieur est gorgé de sang.

Le cerveau séparé et renversé, on remarque à sa base des altérations ayant tout d'abord la plus grande analogie avec celles qu'on rencontre dans la méningite tuberculeuse.

Au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, l'arachnoïde, la pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien sont épaissis et comme infiltrés d'une sorte de plasma de teinte opaline. Sur toute la face inférieure du cerveau et du cervelet, sur les faces latérales et postérieures de ce dernier, la pie-mère est épaissie, sans transparence, adhérente. Cet épaississement se remarque surtout au niveau des scissures, au long des vaisseaux.

Des granulations semi-transparentes très abondantes sont répandues dans la pie-mère, et se prolongent jusque dans la partie supérieure du canal rachidien, sur la portion la plus élevée du cordon médullaire.

Ces granulations ont une teinte grise, une consistance mollasse; elles sont translucides et de coloration rosée; aucune d'elles ne présente de point jaunâtre central indiquant un commencement de ramollissement.

Le point où elles sont le plus abondantes est la face supérieure du cervelet.

Quand on détache la pie-mère de la surface du cerveau, on voit que, dans certains points, la membrane soulevée entraîne avec elle les granulations comprises dans son épaisseur. Dans d'autres, au contraire, les granulations sont très manifestement implantées dans le tissu cérébral lui-même. Dans les points où se trouvent ces granulations, le tissu cérébral est manifestement ramolli. Le ramollissement est surtout sensible au niveau de la protubérance et sur les côtés du vermis supérieur.

Les granulations étaient aussi très abondamment répandues dans l'épaisseur des plexus choroïdes, à la surface de la substance grise des couches optiques et des corps striés, qui étaient presque complétement passés à l'état diffluent. On les rencontrait aussi à la surface et dans l'épaisseur de la substance grise des tubercules quadrijumeaux.

La moelle a été examinée dans toute sa longueur.

Les méninges rachidiennes, à la région supérieure, offraient quelques intumescences grisâtres principalement disséminées dans les interstices des filets nerveux des racines antérieures de la région bulbaire.

Étudiées en elles-mêmes, ces petites masses granulées se sont présentées à nous sous l'aspect de petits amas mal limités sur leurs bords, adhérents aux parois vasculaires, et répandus au milieu du tissu cellulaire environnant ces mêmes vaisseaux. Leur volume était très variable, et présentait toutes les transitions possibles entre celui d'une petite intu-

---

de province, les affections abdominales jouent un rôle désastreux dans les tables de la mortalité... Elles ont insensiblement éloigné des hospices de la Seine les aliénés valides, et successivement maintenu dans ces mêmes hospices la partie infirme, paralytique, et celle gravement et accidentellement atteinte. Placée sur cette pente, l'administration doit aboutir inévitablement, dans un temps rapproché, à convertir les asiles de Paris en de vastes infirmeries du service des aliénés de la Seine. La proportion des aliénés qui peuplent les infirmeries de Bicêtre, et qui s'élèvent à près de moitié (1 sur 2,90), ne vient-elle pas démontrer cette progression envahissante et la justesse de mes prévisions?

Ces translations enlèvent au service médical un puissant intérêt scientifique, qui tourne au détriment du progrès de la science et de l'économie sociale. Quel intérêt peut avoir un médecin à suivre un malade qu'un ordre administratif peut inopinément lui ravir, rompant ainsi la chaîne de l'observation, et ne lui permettant d'assister ni au dénoûment heureux, ni à la solution fatale de cette affection morbide, ne lui laissant pas même la consolation de pouvoir, par des recherches anatomiques, faire jaillir les lumières propres à justifier ou à redresser son diagnostic, éclairer ou guider sa marche dans ses traitements ultérieurs? Les transferts privent, en outre, les asiles d'un travail productif, en éloignant les agents les plus capables; ils sont onéreux à l'administration, en multipliant des obligations de service par l'encombrement des infirmeries, par les soins médicaux et les régimes spéciaux à administrer aux malades qui s'y trouvent. Ils rendent toute classification sérieuse impraticable, puisqu'elle ne peut être basée sur les proportions réelles et stables de l'ensemble d'un service régulier. Ils découragent le médecin, qui n'agit plus que sur une population en trop grande partie vouée à une mort à peu près certaine. Ils sont donc une cause active, incessante, de désorganisation du service des aliénés de la Seine, et l'on ne doit pas s'étonner si, avec une pareille influence, ce service se montre, sous tant de rapports, inférieur à celui de plusieurs asiles de province.

Recherchons maintenant si cette mesure funeste au point de vue médical offre des compensations économiques sous le rapport finan-

mescence faisant à peine saillie à la surface de la paroi vasculaire, jusqu'à celui d'un pois moyen dont la surface serait légèrement aplatie. Leur coloration était pareillement très remarquable. Elles étaient grisâtres, et affectaient une teinte rosée dans les points où les vaisseaux étaient le plus abondants. Examinées aux différents départements de la masse encéphalique, elles se sont toutes présentées à nous avec les mêmes caractères de coloration et de consistance, ce qui nous autorise à penser qu'elles ont été toutes produites à la même époque, qu'elles sont toutes contemporaines.

L'étude histologique nous démontre que ces petites tumeurs mamelonnées résultaient d'une exsudation variable en abondance de substance granulo-graisseuse sortie des cavités vasculaires et coagulée sur place. Dans certains conduits capillaires où le produit morbide était peu abondant, la substance plastique s'était infiltrée dans les parois mêmes, qui en ces points avaient triplé d'épaisseur; il n'y avait donc point, à proprement parler, d'*exsudation*.

Mais, dans les points où la substance plastique se trouvait en plus grande proportion, elle occupait les espaces vides du tissu cellulaire ambiant, sous forme d'amas grisâtres d'aspect nuageux.

La cavité des vaisseaux capillaires dont les parois étaient occupées par l'exsudat était fortement distendue par des accumulations insolites de globules sanguins attestant une turgescence antérieure due à un mouvement fluxionnaire énergique.

Il est à noter que, dans ce cas, où il s'agit bien évidemment d'une exsudation de plasma en dehors des vaisseaux, nous retrouvons le fait de prolifération morbide signalé par Virchow. Cette prolifération a pour siége et pour origine les éléments de tissu conjonctif qui forment les parois des vaisseaux capillaires. Toutes les fibres allongées du tissu cellulaire des parois vasculaires étaient triplées de volume; leurs noyaux devenaient le siége d'une hypergénèse de noyaux nouveaux; en un mot, un travail de prolifération cellulaire nouvelle commençait déjà à se déceler.

Remarquons que ce travail spécial de formation d'éléments nouveaux n'offre ici rien de spécifique. Il est propre aux exsudats purement inflammatoires, et nous avons constaté nous-mêmes quelque chose d'analogue dans les exsudations méningiennes qui se font sous l'influence de la diathèse tuberculeuse.

Les phénomènes de physiologie pathologique qui ont présidé à la formation de ces dépôts peuvent donc se résumer ainsi :

1° Congestion sanguine initiale dans tout l'ensemble des voies vasculaires encéphalo-rachidiennes.

2° Exsudations consécutivement disséminées dans presque tous les capillaires de l'encéphale.

3° Dans les points où la matière exsudée est abondamment répartie, elle forme de petites tumeurs; dans les endroits où elle est plus rare, elle est infiltrée dans la paroi des capillaires, qui est triplée de volume.

4° Le plasma (granulo-graisseux) est en partie amorphe et en partie composé d'éléments histologiques de nouvelle formation.

5° Les fibrilles de tissu conjonctif qui forment les parois des capillaires sont augmentées d'épaisseur. Leurs noyaux sont devenus le siége de cette hypergénèse que l'on retrouve dans les exsudats inflammatoires et dans les exsudations méningées dites de nature tuberculeuse.

Avant d'aborder les considérations auxquelles cette observation nous paraît devoir donner lieu, une première question se présente tout d'abord, et doit être résolue.

Avons-nous eu affaire à une méningite tuberculeuse, dans l'acception ordinaire du mot; à une méningite tuberculeuse développée chez un syphilitique? Y a-t-il eu simple coïncidence?

Nous ne saurions le croire.

Nous n'avons pas rencontré traces de tubercules dans les poumons de notre malade, ni dans les ganglions voisins, ni dans aucun autre organe. Sa santé avait toujours été excellente avant l'époque où il a contracté l'infection. La pleurésie, évidemment très légère, dont on a constaté les restes à la partie supérieure de l'un des poumons, avait passé inaperçue, et l'aspect chagriné que présentaient les fausses membranes en certains points ne nous autorise pas à penser que cette pleurésie se fût développée sous l'influence d'une diathèse tuberculeuse.

Toutes les granulations étaient évidemment contemporaines, très rapidement developpées, mollasses, grisâtres, diffuses sur leurs bords, localisées dans des départements des centres nerveux où l'on ne constate pas d'ordinaire la présence de produits tuberculeux.

Elles offraient toutes la même teinte. Aucune ne présentait à son centre cette consistance caséeuse qu'il est si habituel de rencontrer dans les granulations des méningites tuberculeuses, qu'on peut ainsi chez le même sujet étudier à toutes les phases de leur évolution.

Au point de vue du siége de la lésion, nous ferons remarquer que, chez notre malade, les dépôts plastiques occupaient à la fois, et la pie-mère et le tissu cérébral sous-jacent. Dans les méningites tuberculeuses, les granulations sont comprises dans l'épaisseur de la première et s'enlèvent avec elle. Nous avons vu que cette disposition anatomique n'existait pas, au moins dans toute l'étendue de la lésion.

Nous n'avons pas rencontré d'épanchement dans les ventricules. Il y aurait eu plutôt diminution dans la quantité du liquide normal.

Si dans beaucoup de points la pie-mère au voisinage des granulations était épaissie et avait perdu sa transparence, en aucun endroit on n'a trouvé de véritable pus.

Enfin, le volume de plusieurs granulations, et principalement de celles qui occupaient la face antérieure de la protubérance, dépasse de beaucoup le volume habituel des granulations de la méningite des tuberculeux.

Nous ferions cependant mal comprendre notre pensée, si nous paraissions attacher une importance exclusive à ces distinctions anatomiques portant exclusivement sur les formes du produit. La question n'est point là pour nous. Nous admettrions assez volontiers que le produit que nous avons rencontré dans les méninges de notre sujet, se rapproche par sa forme de celui qu'on rencontre dans la méningite dite tuberculeuse.

Est-ce à dire pour cela que partout où cette forme de la méningite se rencontrera, il faille en conclure que la maladie s'est développée sous l'influence de la diathèse tuberculeuse? Nous ne le croyons pas.

Plus que tout autre peut-être, la diathèse syphilitique, dont les

---

cier. Nous avons vu qu'elle était une des causes de l'accroissement du chiffre des aliénés de la Seine traités dans les asiles; qu'elle réduisait le nombre des travailleurs dans une proportion notable, et, par conséquent, privait les asiles d'une importante ressource (1). Ajoutons qu'elle est onéreuse par rapport au prix élevé de la pension qu'on donne aux asiles de province, qui réalisent d'énormes bénéfices, trop souvent au détriment des pauvres malades. Il suffit, en effet, de jeter un coup d'œil sur le prix de revient des aliénés de la Seine, dans ces établissements, pour s'assurer qu'il ne s'élève pas au-dessus de 80 centimes, et de 1 fr. 5 c. y compris la valeur locative. Pourquoi, dès lors, payer 1 fr. 25 c. et 1 fr. 35 c. quand nous pourrions, par des moyens spéciaux, non-seulement les imiter, mais encore faire mieux qu'ils ne font?

(1) En effet, on évalue le pécule à 15 cent. par journée de présence sur la population générale des aliénés de la Salpêtrière, quoique le travail comprenne à peine la moitié de travailleurs. On pourrait le porter à 25 cent. pour une population normale, c'est-à-dire en tenant compte des travailleuses transférées. (Voir le rapport sur l'asile de Bourg.)

Ceci nous conduit à examiner quels seraient les moyens à employer pour arriver à ce but. Nous n'hésitons pas à répondre que ce serait la création d'un service spécial des aliénés de la Seine; la construction et l'organisation des asiles propres à ce département.

Je vous ai exposé l'avantage qu'il y aurait à donner à ce service une unité de pensée, d'intérêt, de responsabilité, de pouvoir et d'action. Je n'y reviendrai pas.

Vous avez vu, dans mon rapport sur les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, que ces établissements étaient encombrés, et que leur insuffisance avait forcé l'administration de l'assistance publique à recourir à l'expédient des translations. Vous avez pu apprécier l'inconvenance de confondre dans un même hospice les aliénés, les infirmes et les vieillards, chacune de ces catégories exigeant des conditions spéciales en rapport avec sa nature et les besoins sociaux : le vieillard devant occuper un asile qui, par sa situation, lui permette d'étendre sa paternelle influence sur les membres de sa famille; l'infirme devant être placé près des siens

produits infectent l'économie sous toutes les formes possibles, nous semble propre à déterminer la lésion anatomique que nous avons rencontrée. Il serait oiseux de chercher à démontrer que la syphilis n'imprime pas à tous les produits un cachet histologique particulier. Si la présence de tissu fibro-plastique les caractérise le plus habituellement, il n'en est pas moins vrai que la diathèse s'affirmera bien plutôt par l'évolution des différents produits, par leur siége, leur date, leur ordre d'apparition, que par leur structure propre.

L'analyse anatomique, pratiquée aussi minutieusement que possible, n'a pu nous conduire qu'à déterminer la présence d'un exsudat. Or, cet exsudat ne diffère en rien, par la nature de ses éléments, de celui qu'on trouvera dans une inflammation franche ou d'un autre exsudat produit par telle autre cause qu'on supposera.

Ce n'est qu'en étudiant les circonstances au milieu desquelles cet exsudat s'est développé, les particularités que présente son évolution, qu'on arrivera à reconnaître sa véritable origine.

La diathèse syphilitique, comme la diathèse tuberculeuse, comme d'autres états généraux, dans lesquels l'économie est sous l'influence d'un principe infectieux (variole, typhus), se traduit par des produits exsudatifs disséminés dans tous les points de l'organisme, et qui, suivant l'organe où ils sont déposés, déterminent des accidents plus ou moins graves.

En résumé, il n'y a pas d'élément, de tissu spécial propre à une diathèse. C'est le groupement, l'évolution, la localisation d'éléments communs qui permettent de rattacher le produit à une cause spécifique.

Nous avons cherché dans les principaux ouvrages écrits sur la syphilis et sur les affections cérébrales, les faits qui se rapportent à des altérations des méninges déterminées par la syphilis. Le plus souvent ces altérations sont décrites comme consécutives à des lésions osseuses, et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Lallemand (*Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*) se demande s'il doit admettre une action directe de la syphilis sur le cerveau, et il incline vers l'affirmative en s'appuyant sur les cas où le cerveau seul était atteint indépendamment de toute lésion osseuse et sur les modifications rapides qu'un traitement spécifique imprimait aux symptômes cérébraux.

L'intégrité parfaite des os du crâne et de la dure-mère ne peut être mise en doute dans le fait que nous avons étudié. La lésion méningée était bien évidemment primitive.

Avons-nous eu affaire à une méningite ou méningo-encéphalite syphilitique? Nous pencherions pour l'affirmative, si nous ne savions pas qu'un fait isolé, si net qu'il paraisse au premier abord, ne peut jamais servir à juger définitivement une question.

M. Bazin (*Leçon sur les syphilides*, 1858) remarque que souvent la syphilis se termine par la mort, à la suite d'accidents survenus du côté du cerveau ou de la moelle, et dont la nature reste incomplétement inconnue.

Peut-être le fait que nous avons observé, et qui en appellera d'autres, contribuera-t-il à jeter quelque jour sur un point de la science encore rempli d'obscurité.

---

III

## CORRESPONDANCE.

### Champignons comestibles et vénéneux.

M. Poggiale a adressé la lettre suivante à M. le rédacteur de l'UNION MÉDICALE, qui avait reproduit un article critique de M. Bertillon sur l'*Instruction* du Conseil de santé des armées relative aux caractères généraux des champignons vénéneux. Comme l'un de nos collaborateurs a apprécié l'Instruction dans le même sens que M. Bertillon, nous nous faisons un devoir de publier également la réponse de M. Poggiale. Nous n'en retranchons qu'une très faible partie, étrangère aux points touchés par notre collaborateur (voir le dernier numéro, p. 180), ou s'appliquant exclusivement à la critique de M. Bertillon, que nous n'avons pas reproduite.

Paris, le 25 mars 1861.

Monsieur le Rédacteur,

... Le 25 octobre 1858, on servait au déjeuner des lieutenants et sous-lieutenants du 58e de ligne, en garnison à Corte (Corse), des champignons que l'un d'eux avait cueillis dans un bois voisin; cinq succombèrent au bout de quelques jours. Ému de cette épouvantable catastrophe, le Conseil de santé des armées rédigea, malgré les difficultés qu'elle présentait, une Instruction pratique relative aux champignons comestibles et vénéneux. Il dut la mettre à la portée de toutes les classes de l'armée, qu'il s'efforça d'éclairer *autant que la science le permet*. (Ces mots sont inscrits dans l'Instruction en lettres italiques.)

Cette Instruction reçut, après sa publication, l'approbation des hommes les plus compétents, parmi lesquels nous sommes heureux de compter M. Moquin-Tandon. Nous savons, en effet, que ce savant professeur de botanique a introduit le travail du Conseil de santé dans son TRAITÉ DE BOTANIQUE MÉDICALE, qui est actuellement sous presse. Ce témoignage éclatant pourrait me dispenser de toute démonstration; mais, quelle que soit la valeur des hommes dans les sciences, la preuve est toujours nécessaire.

Le Conseil de santé a tracé dans le premier chapitre de son Instruction quelques caractères généraux propres à distinguer souvent les champignons comestibles des champignons vénéneux, tels que l'odeur, la saveur, la couleur, la présence d'un suc laiteux, l'action de l'air et des insectes, l'habitation, etc. Ces caractères

---

pour recevoir facilement leurs consolations; l'aliéné, enfin, par la nature exceptionnelle de son affection, exigeant des conditions particulières que peut seul offrir un asile spécial; d'où la nécessité de distraire le service des aliénés des hospices de la Seine. Mais il est une autre raison économique qui, à défaut des précédentes, devrait vous déterminer. C'est la cherté moins grande des objets de première nécessité hors la capitale; c'est le plus grand nombre de guérisons qu'obtiendra la vie des champs; le parti plus avantageux qu'on retirera du travail; la moindre valeur des terrains et des constructions; la création de pensionnats dans les conditions les plus favorables; la possibilité de réunir les avantages du site, de la vue, à ceux inappréciables de l'abondance d'un air pur, du calme et de l'espace.

Dans de semblables conditions, et en ayant soin de maintenir l'architecte chargé des projets dans les limites d'une sage économie, nul doute qu'on ne puisse arriver, moyennant une dépense de 2,500 fr. par aliéné, à construire des établissements répondant à tous les besoins, ce qui porterait à 10 millions la construction des asiles spéciaux de la Seine pour une population de 4,000 malades.

Nul doute aussi qu'avec une bonne organisation des services, la création de pensionnats bien entendus, et un travail varié en harmonie avec les forces, les anciennes habitudes, les goûts, les inclinations de l'aliéné, et, avant tout, avec les indications de la science, on ne parvienne, moyennant un prix de journée bien inférieur à celui que le département de la Seine donne à l'assistance publique, à couvrir l'intérêt des sommes engagées pour cette construction, ou tout ou partie de la subvention départementale. Déjà les asiles de province vous en ont fourni des exemples, et n'avez-vous pas créé et organisé vous-même un service d'aliénés qui donne ce résultat?

Que l'administration du département de la Seine marche donc résolûment dans cette large voie, tout à la fois scientifique, humanitaire et économique, et elle mettra un terme à une criante situation, à un triste exemple; qu'elle replace enfin vis-à-vis de l'Europe et de la France le service des aliénés de la Seine sur

sont indiqués avec une réserve extrême, et, pour le prouver, il suffira de citer textuellement les deux passages suivants :

« On voit donc que les caractères négatifs ont plus de valeur » que les caractères positifs ; en appliquant rigoureusement les » principes que nous venons d'exposer, on pourra sans doute » *écarter certaines espèces comestibles, erreur qui n'est pas préjudi-* » *ciable*, etc. »

On lit plus loin :

« En résumé, on voit que la science ne possède *aucun caractère* » *certain*, *absolu*, qui établisse une limite bien tranchée entre les » champignons comestibles et ceux qui sont vénéneux à un degré » plus ou moins élevé, le mieux est de s'en abstenir dès qu'il existe » le plus léger doute sur leur qualité. »

C'est aussi l'opinion formulée par M. Bertillon. Pourquoi donc attaquer avec tant de violence l'Instruction du Conseil de santé, puisqu'il partage sa manière de voir? Il est vrai que M. Bertillon ne veut pas d'instruction ; il ne veut pas éclairer le vulgaire par quelques conseils utiles, mais il demande la création d'une chaire de mycologie et de nombreux musées mycologiques pour l'armée. Ces musées seraient, nous le craignons bien, peu fréquentés par nos soldats, et nous avons quelque peine à croire que ce moyen puisse conjurer le danger, ainsi que M Bertillon veut bien nous le promettre. En attendant cette magnifique institution, qu'il permette aux Sociétés savantes de provoquer des recherches, et au Conseil de santé de porter à la connaissance de l'armée et de nos jeunes officiers de santé militaires ce que la science l'autorise à dire aujourd'hui.

L'étude scientifique des champignons, comme celle de tous les végétaux, ne peut se faire que par la comparaison des caractères botaniques. Il faut examiner les espèces les unes après les autres, si l'on veut acquérir des connaissances précises en mycologie. Mais cette étude qui, nous le reconnaissons, est négligée par les étudiants en médecine et en pharmacie, peut-elle être faite par le soldat? Non, assurément. Il faut donc employer un moyen pratique. M. Bertillon propose de placer dans toutes les garnisons des collections de champignons en pâtes plastiques et colorées, mais je ne crois pas devoir m'arrêter à une semblable mesure qui est impraticable.

Les conseils que l'on trouve dans l'Instruction sont conformes à ceux que donnent les auteurs les plus recommandables qui ont traité des champignons, ainsi que le prouvent les citations suivantes :

« En général, il faut rejeter les champignons dont l'odeur et le goût sont désagréables, ceux dont la chair est mollasse et aqueuse, ceux qui croissent dans les lieux ombragés et trop humides, qui se gâtent avec facilité, ceux dont le goût est amer, astringent ou trop poivré. Une teinte rouge brillante est assez souvent l'indice de qualités délétères, etc. » (*Éléments d'histoire naturelle médicale*, par Achille Richard.)

« On remarque, en général, qu'il faut rejeter les champignons dont l'odeur et le goût sont désagréables, etc. » (Lemaout.)

« Les auteurs modernes conseillent de repousser les champignons que l'on trouve dans les lieux humides ou à l'ombre, dans les bois touffus, ceux qui, au contact de l'air, changent de couleur lorsqu'on les brise, ceux qui ont les lames colorées en brun, en jaune clair, etc. » (Article AGARIC, par M. Léveillé, dans le *Dictionnaire d'histoire naturelle* de Ch. d'Orbigny.) Il serait inutile de multiplier ces citations ; les auteurs les plus estimés, et qui ont une véritable autorité dans la science des végétaux, font les mêmes recommandations.

M. Bertillon nous permettra de croire que la question suivante, qui a été posée par l'Académie de médecine, d'après les indications d'Orfila :

« Donner les caractères *généraux pratiques* des champignons » vénéneux, et surtout les *caractères appréciables* pour le vul- » gaire, etc., » recevra une solution, et que l'amour de la science et le prix de 4,000 francs fondé par Orfila nous apporteront de nouveaux faits propres à éclairer l'histoire des champignons au point de vue botanique, chimique, toxicologique, etc.

M. Bertillon a fait une confusion très regrettable dans cette discussion. Au lieu d'appliquer les caractères généraux des champignons dans leur ensemble, il les a examinés les uns après les autres, et il ne lui a pas été difficile de prouver que ces caractères, et particulièrement l'habitation, *pris isolément*, appartiennent souvent tout aussi bien aux champignons vénéneux qu'aux champignons comestibles. Mais est-ce dans cet esprit qu'a été rédigée l'Instruction? A-t-on dit, par exemple, aux soldats : Les champignons qui croissent dans les lieux humides sont toujours vénéneux? Non ; on leur a dit seulement : Méfiez-vous des champignons que l'on trouve dans les lieux sombres et humides, qui ont une chair molle et aqueuse, qui ont une odeur forte et désagréable, qui sécrètent un suc laiteux, qui ont une saveur âcre, salée, etc. Ce ne sont pas des caractères *absolus* qu'on a donnés, mais des indications *pratiques*, *des caractères appréciables pour le vulgaire*. On pourra sans doute, dit l'Instruction, écarter certaines espèces comestibles, mais cette erreur n'est point préjudiciable.

Les champignons les plus dangereux seront-ils rejetés en prenant l'Instruction pour guide? Oui, et j'en donnerai comme exemples les espèces suivantes : *Amanita aurantiaca*, *Am. venenosa*, *Am. bulbosa alba*, *Am. citrina*, *Am. viridis*, plusieurs *Hypophyllum* de Paulet, les *Agaricus urens*, *pyrogalus*, *acris*, *stypticus*, *annularius*, *necator*, *lactifluus acris*, et tant d'autres que je ne puis pas rappeler dans cette lettre déjà si longue. Les meilleures espèces seront-elles reconnues? Oui, et j'en donnerai comme exemple la seule dont la vente devrait être autorisée, l'Agaric comestible, qui n'est pas visqueux, dont la couleur générale est blanche, qui a une odeur et une saveur fort agréables, qui a une chair cassante, et qui croît *spontanément* sur les pelouses sèches et exposées au soleil (Richard).....

sa base légale, et le gouvernement de l'Empereur, dont vous êtes un des si fermes et si dignes représentants, se sera acquis un nouveau titre à la haute estime des hommes de science et des hommes de bien.

GIRARD DE CAILLEUX,
Inspecteur général des asiles d'aliénés de la Seine.

— MM. les docteurs Lelut et Moreau (de Tours) ont été adjoints à la commission instituée par M. le préfet de la Seine, et chargée d'étudier la question de la création de nouveaux asiles destinés à l'aliénation mentale.

— M. le docteur Durand (de Lunel), médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon, est détaché de cet établissement, pendant la saison des eaux thermales, pour faire le service de l'hôpital militaire de Vichy.

— M. le maire de Venisy (Yonne) nous prie de faire savoir à nos confrères que sa commune désirerait avoir un médecin auquel elle garantira, pendant cinq ans, un traitement fixe annuel de 800 francs, non compris le produit de la clientèle.

Cette commune a 1,600 habitants, et n'est éloignée que de 3 à 5 kilomètres de trois autres communes qui ont chacune 1,200 habitants.

— Par arrêté du 8 mars, M. le préfet du Bas-Rhin a nommé M. le professeur Rameaux membre du conseil d'hygiène de Strasbourg, en remplacement de M. le docteur Aronssohn, démissionnaire.

— M. le ministre de la guerre de Belgique, sur la proposition de M. l'inspecteur général du service de santé, vient de décider qu'à l'avenir l'inspection annuelle de la plupart des établissements sanitaires de l'armée serait faite par les médecins en chef et principaux.

— M. Amic, médecin en chef de la marine, en retraite, a succombé le 23 février dernier, à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe).

En résumé, l'Instruction du Conseil de santé des armées est une œuvre utile et sérieuse ; elle est l'expression exacte de l'état actuel de la science en ce qui concerne les caractères pratiques des champignons. Elle ne contient que des faits bien observés et des indications exprimées avec la plus grande réserve. M. Bertillon regrettera, nous l'espérons, d'avoir dirigé contre ce travail des attaques que rien ne justifie.

Veuillez agréer, etc. POGGIALE.

En l'absence de M. Soubeiran, auteur de l'article publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous nous contentons de dire qu'il n'y a pas désaccord, quant au fond, entre l'Instruction et notre collaborateur. M. Soubeiran pense seulement que, en présence de l'incertitude des caractères généraux des champignons vénéneux, une instruction dans le genre de celle du conseil de santé ne peut avoir d'avantage et pourrait même présenter des inconvénients.

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. MILNE EDWARDS.

CHIRURGIE. — *Note sur un cas d'extirpation complète de la diaphyse du tibia*, par M. le docteur *Maisonneuve*. — Il s'agit d'un jeune homme affecté, depuis deux ans, d'une nécrose du tibia, et dont la jambe était dans un tel état de désorganisation, que les chirurgiens les plus éminents, parmi lesquels il me suffira de citer M. Velpeau, avaient décidé l'amputation de la cuisse. Grâce à l'extirpation sous-périostale du corps entier du tibia, ce jeune homme a non-seulement évité les terribles chances d'une amputation qui, dans la statistique générale, donne 60 décès sur 100, mais encore il a conservé son membre dans toute l'intégrité de sa forme, de sa souplesse et de sa vigueur.

Chez ce jeune homme, l'extirpation du corps du tibia a été complète. L'os est long de 30 centimètres, épais de 3 à sa partie supérieure, de 2cm,5 à sa partie inférieure. Ses trois faces sont lisses et compactes dans toute leur partie inférieure, rugueuses et boursouflées dans le tiers supérieur.

Les suites de cette opération furent d'une simplicité vraiment remarquable. La fièvre traumatique fut des plus modérées ; la suppuration, antérieurement si abondante et si fétide, se modifia pour faire place à une suppuration franche et de bonne nature, et, dès le quarantième jour, le jeune malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles, comme s'il se fût agi d'une simple fracture. L'os s'était reproduit d'une manière complète.

Aujourd'hui ce jeune homme est fort et vigoureux, et sa jambe anciennement malade ne diffère en aucune façon de l'autre. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe), Cl. Bernard, Longet.)

CHIRURGIE. — *Application de l'ostéotomie à l'orthopédie*, par M. *H. W. Berend* (de Berlin). — L'auteur rapporte l'observation détaillée d'un cas de pied équin au plus haut degré, provenant d'une ankylose vraie de l'articulation tibio-tarsienne, et pour lequel il a pratiqué l'ostéotomie du tibia et du péroné.

Les suites immédiates de l'opération n'ont rien présenté de remarquable.

Au commencement du cinquième mois, les os reséqués étaient consolidés, et la plante du pied rendue à sa position normale. Depuis trois semaines, le malade court et s'appuie sur toute la plante du pied avec un soulier exhaussé d'un pouce et demi. Des esquilles nécrosées, en petit nombre et d'un volume peu considérable, ont été éliminées et se sont fait jour à travers les plaies. Dans le courant de la dernière quinzaine, quelques-unes de ces esquilles sont sorties d'elles-mêmes d'une fistule qui s'était formée au mollet. La peau de la surface antérieure de la jambe est encore amincie et disposée aux érosions. Au reste, tout est à souhait dans l'état général du malade, qui a été présenté guéri à la Société médicale le 27 février 1861, et dans une autre Société médicale de Berlin, le 23 février 1861.

PHYSIOLOGIE. — *Note de M.* Philipeaux, *accompagnant la présentation de plusieurs pièces relatives à la régénération de la rate.* — Mayer (de Bonn), il y a plus de vingt ans, avait déjà affirmé qu'après l'extirpation de la rate il peut y avoir reproduction de cet organe : mais les physiologistes avaient mis ce fait en doute ou même l'avaient nié. Ainsi M. Bérard, dans son *Cours de physiologie*, t. II, p. 555, s'exprime ainsi : « C'est à tort que Mayer a parlé de la reproduction de la rate. »

Le 24 octobre 1859, j'ai extirpé la rate sur trois rats albinos âgés de deux mois. Le 8 mars 1861, j'ai trouvé chez ces trois animaux la rate reproduite, avec quelques différences de forme et de dimensions, mais avec toute sa structure normale.

CHIRURGIE. — *Note sur le traitement comparé des tumeurs lacrymales par la destruction complète du sac et par l'occlusion isolée des conduits lacrymaux*, par M. *Tavignot*. — 1° La destruction du sac lacrymal exécutée par le fer rouge ou par les caustiques est, relativement, une opération d'une certaine gravité et susceptible de donner naissance à des accidents sérieux. Elle est, de plus, infidèle dans ses résultats, soit par insuffisance de l'effet produit, soit par la création ultérieure d'un sac rudimentaire au sein du tissu cicatriciel.

2° L'occlusion de la partie antérieure des conduits lacrymaux est une opération beaucoup plus simple que la précédente, et d'une efficacité bien moins contestable. L'excision palpébrale et la cautérisation galvanique constituent les deux procédés de cette méthode : l'excision ne guérit pas toujours d'emblée ; la cautérisation galvanique, au contraire, m'a toujours réussi immédiatement. J'ajoute qu'elle est encore plus simple dans son exécution et moins douloureuse que l'excision, qui d'ailleurs l'est fort peu.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet : *a*. La description d'un lit mécanique inventé par M. *de Bériot*. (*Comm.* : M. Gavarret.) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département du Lot. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Les rapports de MM. les docteurs *Prin* et *Marcaggi* sur le service médical des eaux minérales de Sermaize (Marne) et de Guagno (Corse) pendant l'année 1860. (*Commission des eaux minérales*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Fiévet* (de Tournon), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *b*. Une note sur un nouveau système de pansement par la gutta-percha, adressée par la commission administrative des hospices de Roubaix. (*Comm.* : MM. Velpeau, Larrey, Malgaigne.) — *c*. Un mémoire intitulé : *De l'iode à l'état métalloïde comme escharrotique dans le traitement des adénites scrofuleuses*, par M. le docteur *Prieur*, de Gray. (*Comm.* : MM. Gosselin, Devergie et Ricord.) — *d*. Trois plis cachetés déposés par M. le docteur *Thévenet*, M. *Viollet*, pharmacien à Tours, et M. *Condamine*, vétérinaire au 9e chasseurs. (*Acceptés*.)

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Lemazurier* (de Versailles), qui annonce à l'Académie la naissance d'un monstre autositaire, du genre céphalopage, de l'espèce des ensompholiens.

M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de la Société de médecine de Versailles, un rapport fait à cette compagnie sur ce sujet, et dépose sur le bureau deux épreuves photographiques montrant sous des faces différentes les deux petites filles soudées l'une à l'autre par le sommet du crâne, et parvenues aujourd'hui au cinquième jour de leur naissance.

M. le *Président* annonce la double perte que vient de faire l'Académie, d'une part en la personne de M. *Forget*, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant, et, d'autre part, en la personne de M. *Ferrus*, membre titulaire, décédé à Paris samedi dernier.

Une députation de l'Académie assistait aux obsèques de M. Ferrus.

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de l'illustre défunt.

M. le *Président* annonce que M. le professeur *Martins* (de Montpellier) assiste à la séance.

*Nominations.*

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre correspondant.

Les candidats proposés par la commission sont : en première ligne, *ex æquo*, MM. Fonssagrives (de Brest) et Leudet (de Rouen); en deuxième ligne, M. Cazeneuve (de Lille); en troisième ligne, M. Lecadre (du Havre).

Sur 75 votants, M. *Leudet* obtient 39 suffrages; M. *Fonssagrives*, 29 ; M. *Cazeneuve*, 5; M. *Lecadre*, 2

En conséquence, M. *Leudet* est nommé membre correspondant de l'Académie.

Après l'élection, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de M. *Gavarret* sur les candidats à la place vacante dans la *section de physique et de chimie médicales*.

L'Academie, rentrée en séance publique, procède à la nomination des *commissions de prix* pour l'année 1861. Sont nommés :

Prix de l'Académie (*des désinfectants*) : MM. Velpeau, Jobert, Larrey, Devergie, Bouley (Henry).

Prix Portal (*point de mémoires*) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Barth, Louis.

Prix Civrieux (*angine de poitrine*) : MM. Bouillaud, Desportes, Trousseau, Grisolle, Bricheteau.

Prix Capuron (*influence des maladies de la mère sur l'enfant*) : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul, Jacquemier, Ricord.

Prix Capuron (*eaux minérales*) : MM. Boullay, Mêlier, Poggiale, Gaultier de Claubry, Tardieu.

Prix Barbier : MM. Michel Lévy, de Kergaradec, Briquet, Blache, Guérard.

Prix Itard : MM. Bouvier, Falret, Rayer, Roche, Jolly.

Prix Amussat (*chirurgie expérimentale*) : MM. Laugier, Robert, Denonvilliers, Malgaigne, Claude Bernard.

*Lecture.*

Matière médicale. — M. *Guibourt*, en son nom et au nom de M. *Chatin*, lit un *rapport sur deux mémoires* de M. le docteur *Millon*, médecin à Revel (Haute-Garonne), l'un intitulé : *Recherches sur le gui de chêne ;* l'autre, *Nouvelles observations sur le sumac vénéneux* ou *rhus toxicodendron*.

« On trouve dans le premier mémoire, dit M. le rapporteur, peu d'observations nouvelles, et l'Académie ne peut guère, en cette occasion, qu'exprimer la satisfaction qu'elle éprouve à voir un médecin se rappeler dans l'âge mûr les études de sa jeunesse, et montrer que l'amour des sciences ne l'a jamais abandonné.

» Le mémoire sur le *rhus toxicodendron* est plus important, et cependant il n'éclaircit pas beaucoup les incertitudes qui nous restent sur la distinction spécifique et sur les effets plus ou moins délétères des différents sumacs vénéneux.

» La propriété du *rhus toxicodendron* qui a le plus contribué à sa réputation est celle qui lui a été attribuée de provoquer à distance un érysipèle vésiculeux. M. Millon inclinerait à penser avec Van Mons, que cette action est due à l'exhalation d'un gaz irritant. M. Guibourt, au contraire, adoptant l'opinion de Bosc, attribue cet effet au *contact* d'un suc gommo-résineux qui suinte des feuilles et des jeunes pousses du végétal.

» Indépendamment de l'emploi externe qui a été fait du *toxicodendron* pour guérir les dartres, la commission est d'avis, avec M. Millon, que la poudre des feuilles, l'alcoolature et l'extrait, administrés à l'intérieur, pourront être utilisés avec avantage, dans des cas qu'il appartient à l'expérience clinique de bien déterminer.

» En résumé, dit en terminant M. le rapporteur, les deux mémoires de M. Millon présentent un tableau assez complet de nos connaissances actuelles sur le *guy* et le *rhus toxicodendron*. L'auteur y a joint des figures coloriées de ces végétaux, dans différentes phases de leur accroissement; et, pour le *toxicodendron* en particulier, cinq petits tableaux qui représentent autant de variétés de forme de l'éruption dont il est la cause. »

M. le rapporteur propose :

1° De déposer les deux mémoires de M. Millon dans la bibliothèque de l'Académie ; — 2° d'adresser des remercîments à l'auteur. (*Adopté.*)

Diète respiratoire. — M. le professeur *Guibourt* écrit à l'Académie pour rectifier l'opinion qu'il avait émise, concernant le fait chimique sur lequel M. Sales-Girons avait fondé sa théorie de la *Diète respiratoire*.

M. Guibourt reconnaît, après de nouvelles expériences, que ce fait est vrai, c'est-à-dire que les émanations odorantes du goudron dans l'air ont la propriété d'y modifier, en l'atténuant, l'action de l'oxygène sur le phosphore. L'erreur provient de ce qu'il s'était servi d'un goudron vieilli dans le droguier de l'École de pharmacie. Le goudron récent, employé dans les expériences ultérieures, donne toujours lieu au phénomène signalé par M. Sales-Girons.

M. Guibourt ajoute : Si on prend un bocal à large ouverture, et qu'on étale un peu de goudron au fond, on peut plonger un bâton de phosphore au bout d'un fil dans l'air de ce flacon ; de fumant et phosphorescent qu'était ce corps au dehors, il cesse aussitôt de produire ce double phénomène, preuve, dit M. Guibourt, que l'air est modifié ou atténué par les émanations.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

La discussion sur les hernies étranglées a été continuée encore dans cette séance. Nous donnerons le résumé de cette question importante lorsque la discussion sera complétement terminée.

---

### Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

CHORÉE TRAITÉE PAR LE TARTRE STIBIÉ. — ÉPANCHEMENT SÉRO-SANGUIN DE LA PLÈVRE.

M. *Labric* lit une observation de *chorée compliquée de délire*, traitée avec succès par le tartre stibié à haute dose, suivant la méthode de Gillette. Le sujet dont il s'agit était un jeune garçon de vingt-deux ans, ne présentant pas d'antécédents héréditaires de névrose, mais ayant souffert de deux atteintes de rhumatisme articulaire, dont la première remontait à l'âge de douze ans, et avait modifié profondément sa santé, et dont la seconde avait eu lieu il y a quelques mois. Les accidents choréiques avaient débuté à la fin de juin 1860, et, lors de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, à la fin de décembre de la même année, la névrose avait atteint son maximum de violence, et le jeune sujet était en proie à un délire violent avec hallucinations et à une agitation tellement violente, que la camisole de force fut indispensable pour le maintenir. Dès le lendemain, M. Labric prescrivit une potion avec 40 centigrammes de tartre stibié, dont la dose fut portée à 50 centigrammes le troisième jour; une grande amélioration était déjà obtenue dès le quatrième jour. Le sommeil revint, le délire tomba, les mouvements diminuèrent. Après deux jours de repos, la potion stibiée fut encore prescrite pendant trois jours, et le malade entra en convalescence. Une quinzaine après, il pouvait quitter l'hôpital,

et la guérison s'est maintenue jusqu'à ces derniers temps, où M. Labric a eu l'occasion de revoir le sujet.

En citant ce nouvel exemple de succès de la méthode de Gillette, M. Labric insiste sur la cause de la névrose, qui semble, dans ce cas, bien évidemment due au rhumatisme, et se demande s'il n'y a pas une corrélation entre cette circonstance étiologique et la forme délirante de la chorée. La dose de tartre stibié n'a pas dépassé 50 centigrammes. On sait que Gillette doublait la dose pendant trois jours, 25 centigrammes, 50 et 75; puis, après quelques jours de repos, reprenait une nouvelle série de trois jours à doses de 50 centigrammes et 1 gramme.

M. *Hérard* présente quelques considérations sur la valeur séméiologique que l'on doit attribuer à l'écoulement d'un flot du liquide sanguinolent obtenu par la thoracentèse. Il rappelle que M. Barth, présentant, il y a quelques mois, un liquide de cette nature, avait demandé à la Société de l'éclairer sur la signification de ce phénomène, et que M. Trousseau avait annoncé l'existence probable d'un cancer de la plèvre.

M. Hérard avait retrouvé, dans les bulletins de la Société anatomique, des faits à l'appui de cette opinion, lorsque, il y a peu de temps, il a eu l'occasion d'en trouver la confirmation chez une femme entrée dans son service avec tous les signes d'un épanchement pleural abondant : matité, souffle caverneux prononcé, son de pot fêlé sous la clavicule, pâleur, dyspnée extrême. Une première thoracentèse donna issue à 2500 grammes d'un liquide sanguinolent. La même opération étant redevenue nécessaire peu de temps après, on évacua encore 2 à 3 litres du même liquide. Le diagnostic de cancer du poumon fut porté, et l'on reconnut dans les produits d'expectoration de la malade une masse rougeâtre, d'un aspect entièrement semblable à de la matière encéphaloïde. Quelques jours après, la malade mourut, et l'autopsie montra, en outre d'un épanchement pleural déjà reproduit, des plaques de cancer encéphaloïde disséminées dans la plèvre, et surtout une énorme masse de même nature dans le poumon gauche. Cette masse, déjà en voie de ramollissement, avait perforé une grosse bronche, dans laquelle on a retrouvé un lambeau de matière cancéreuse semblable à celui qui avait été observé, pendant la vie, dans les produits de l'expectoration. De plus, la tumeur, s'étendant vers le cœur, avait envahi trois quarts de l'oreillette gauche, et, dans la cavité de cette oreillette et du ventricule, on a observé de petites masses isolées, granuleuses, dont la nature encéphaloïde a été constatée par les recherches histologiques de M. Luys. Les ganglions thoraciques étaient intacts.

M. *Lallier* fait observer que l'écoulement d'un liquide sanguinolent, dans une thoracentèse, ne doit pas être regardé comme un signe certain de la présence d'un cancer. Si les opérations se répètent plusieurs fois, dès la seconde ou la troisième, le liquide devient sanguinolent, surtout à la fin de l'opération, quand l'extrémité de la canule vient frôler sur les fausses membranes qui recouvrent la surface pulmonaire, et ont subi un commencement de vascularisation. M. Hérard reconnaît la justesse de cette observation ; cependant on ne peut comparer la petite quantité de sang qui coule souvent par la canule, à la fin de l'opération, au flot de sang qui jaillit immédiatement après la ponction dans le fait qu'il a rapporté. Il y a, du reste, des épanchements sanguinolents sans cancer, et des cancers de la plèvre sans épanchement de sang. M. *Béhier* prend acte des réserves de M. Hérard, et rappelle les cas de pleurésies hémorrhagiques sans cancer décrites dans Laennec. Il a vu, dans des autopsies, des faits qui confirment la manière de voir de M. Lallier sur le mécanisme qui produit souvent ces hémorrhagies dans les cavités séreuses. Ce n'est pas seulement dans la plèvre, mais aussi dans le péricarde, qu'il a vu des fausses membranes vascularisées, et présentant, dans leurs interstices, de petits caillots indiquant le point de départ des hémorrhagies. M. *Delasiauve* a vu, dans un cas d'ascite considérable, la paracentèse donner issue deux fois de suite à un liquide sanglant. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, il est porté à croire qu'il s'agissait de quelque cancer abdominal. M. Béhier ajoute que ce n'est pas seulement à la surface du cou qu'il a vu des ecchymoses, mais qu'il a rencontré aussi de petits épanchements dans les parois mêmes du cœur. M. Moutard-Martin a observé le même fait dans un cas de variole hémorrhagique. M. Hérard reconnaît toutes ces causes d'hémorrhagies dans les séreuses; mais il a voulu rappeler la connexion qui existait entre ce phénomène et le présent développement d'un cancer, fait encore assez peu connu, puisque M. Barth lui-même avait cru devoir, à ce sujet, faire appel aux lumières de ses collègues. M. *F. Barthez* pense que la présence de masses cancéreuses dans les cavités du cœur, pourrait expliquer l'extension des produits cancéreux au reste de l'économie. Cette théorie semble trouver peu d'échos dans le sein de la Société.

D^r E. ISAMBERT.

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité pratique des maladies de l'enfance**, par le professeur BARRIER (de Lyon), 3e édition, 2 vol. in-8. Paris, 1861, Chamerot, éditeur.

**Lehrbuch der Kinderkrankheiten** (*Traité des maladies des enfants*), par le docteur AD. VOGEL (de Munich); 1 vol. in-8 avec 6 planches lithographiées. Erlangen, 1860; Ferdinand Enke, éditeur.

(Suite et fin. — Voir le numéro 11.)

L'ouvrage de M. Vogel, dont il nous reste à rendre compte, n'est pas un traité *in extenso* des maladies de l'enfance comme celui de M. Barrier, ni comme celui de MM. Barthez et Rilliet. C'est, comme l'auteur nous l'indique dans sa préface, un traité élémentaire destiné aux commençants, et qui leur permettra de revoir chez eux la substance des leçons cliniques qu'ils auront entendues, et de compléter souvent ce que ces leçons cliniques auront pu laisser de côté, à cause de la nature particulière de cet enseignement plus ou moins limité aux cas particuliers qui se présentent à l'hôpital. Entrepris dans ce but, l'ouvrage de l'auteur allemand évitera les descriptions minutieuses, les observations, les discussions théoriques, et même les indications bibliographiques, qu'il laisse aux ouvrages de longue haleine. Sa forme sera essentiellement dogmatique, affirmative, et l'auteur ne perdra jamais de vue le point de vue pratique auquel il s'est placé. Ce n'est donc, en réalité, qu'un résumé de nos connaissances en pédiatrie, qui ne dépasse guère en étendue les proportions d'un manuel, puisque dans un volume de moins de 600 pages assez peu compactes, l'auteur a embrassé, non-seulement les maladies de l'enfance proprement dite, mais celles des nouveau-nés, et que, au lieu de se borner, comme nos ouvrages français les plus renommés, à la pathologie médicale, il a décrit également les affections chirurgicales congénitales ou acquises des enfants, et traité même de l'allaitement et autres matières que nous sommes habitués à chercher dans les traités d'accouchement.

Comme la plupart des médecins qui ont écrit sur les maladies des enfants, l'auteur place au commencement de son ouvrage plusieurs chapitres de généralités, sur les conditions anatomo-physiologiques de l'enfance, les règles qui doivent présider à l'examen clinique des enfants malades, et l'hygiène de la première enfance. Le premier chapitre, consacré aux considérations anatomo-physiologiques, est plutôt anatomique que médical ; on y trouve résumés les changements divers qui se produisent, après la naissance, dans les voies circulatoires du nouveau-né, l'oblitération du canal veineux, du trou de Botal, des artères ombilicales, l'atrophie du thymus, toutes questions qui ne sont pas traitées autrement que dans un traité d'embryogénie ou de physiologie pure. Le point de vue médical et pratique reparaît davantage dans le chapitre consacré aux changements qui se produisent dans les organes sécréteurs, notamment en ce qui concerne l'infarctus urique du rein, les modifications de la peau et les lois du développement général, de l'occlusion des fontanelles et de l'évolution dentaire. Si notre col-

laborateur, le docteur Linas, reprochait à M. Barrier de s'être abandonné, dans ses généralités, à des considérations de pathogénie trop développées, et au moins hasardeuses, si ce n'est erronées, puisqu'elles tendraient à faire considérer l'enfance elle-même comme une aptitude morbide, nous avons le reproche tout contraire à faire au docteur Vogel : les généralités qu'il nous présente, outre qu'elles n'ont guère trait qu'à l'enfant nouveau-né, sont purement anatomo-physiologiques sans les déductions pathologiques qu'on serait en droit d'attendre. Sans être une aptitude morbide, l'enfance présente cependant des aptitudes pathologiques spéciales, et toute cette pathologie générale, cette recherche de l'influence de l'âge sur le développement et la marche des maladies, si bien faite dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet, est ici presque entièrement omise.

Le chapitre consacré à l'examen clinique des enfants, présente un développement suffisant, et peut être regardé comme un des meilleurs de l'ouvrage pour la netteté de sa rédaction et l'esprit pratique qui l'a inspiré. L'auteur insiste avec raison sur les précautions à prendre pour la percussion de la poitrine, et sur l'influence que les mouvements de l'enfant, les contractions des muscles, exercent sur la nature du son que l'on perçoit. Ce qui concerne l'auscultation est un peu écourté, mais les autres modes d'investigation sont décrits avec soin. Un chapitre, consacré à l'allaitement, au choix d'une nourrice, à la nourriture artificielle, aux soins de propreté, aux vêtements et autres questions d'hygiène, termine ces généralités, où l'on doit regretter l'omission de considérations générales sur la thérapeutique de l'enfance.

L'auteur entre ensuite dans la partie spéciale de son ouvrage, et s'occupe d'abord des affections qui suivent immédiatement la naissance, l'asphyxie des nouveau-nés, l'atélectasie pulmonaire, les maladies de l'ombilic, le sclérème, l'ictère, la conjonctivite blennorrhagique, etc. Il passe ensuite en revue toutes les maladies de l'enfance, en les distribuant, suivant l'ordre anatomique, par systèmes d'organes. Cette méthode offre un grand avantage, surtout pour les commençants auxquels le livre est destiné. En leur présentant ensemble toutes les affections dont un même organe, la bouche, par exemple, ou le pharynx, peut être le siége, on prépare rapidement l'élève au diagnostic différentiel des affections dont ces organes peuvent être le siége, et, à ce point de vue, cette méthode peut être préférée à la méthode inverse qui groupe les maladies par grandes classes morbides. Mais nous regrettons de voir l'auteur, se conformant trop rigoureusement à l'ordre anatomique, localiser toutes les maladies, faire de la fièvre typhoïde une maladie de l'intestin, de la fièvre intermittente une maladie de la rate, et des fièvres éruptives des maladies de la peau. C'est surtout dans la pathologie de l'enfance qu'il importe le plus, suivant nous, de se défendre d'une localisation aussi systématique, c'est là surtout que se dessinent nettement les grandes entités morbides, les affections spécifiques, et c'est ce qu'il importe surtout de faire ressortir aux yeux des élèves.

Dans la rédaction de chaque paragraphe, nous nous plaisons à reconnaître une clarté d'exposition, une netteté, un esprit pratique, que nous ne sommes pas toujours habitués à rencontrer dans les ouvrages allemands, mais, cependant, sous le rapport de la méthode, de l'ordre dans les descriptions, l'auteur est encore bien loin de ce que nous demandons à nos traités de pathologie français. C'est ainsi que la symptomatologie comprend à la fois la description des symptômes, la marche, les formes diverses de la maladie, avec un manque de régularité souvent fort regrettable, notamment dans la description de la fièvre typhoïde. Le diagnostic ne forme jamais un paragraphe spécial, il est disséminé dans la symptomatologie, et cependant, c'est surtout dans un ouvrage destiné aux commençants, qu'il importe, après l'énumération des symptômes, de rappeler, en un résumé sommaire, ceux qui caractérisent la maladie, ceux qui la différencient des affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Une seule fois, l'auteur a tracé un tableau comparatif de diagnostic, c'est pour la scarlatine et la rougeole ; mais la variole, la fièvre typhoïde, la méningite, et bien d'autres, ne méritaient-elles pas le même honneur ? Le pronostic fait aussi trop souvent défaut dans cet ouvrage. Ce que nous intitulons ordinairement marche, durée, terminaison, est fondu dans la symptomatologie. Enfin, la classification nosographique y manque également, mais nous n'en ferons pas un reproche à l'auteur, puisqu'il semble s'être abstenu à dessein de tout développement théorique. L'anatomie pathologique nous a paru quelquefois écourtée ; les résultats des micrographes y sont souvent invoqués, mais avec une sobriété dont nous devons tenir compte à un de nos confrères d'au delà du Rhin. Le traitement est certainement la partie la plus complète et la plus saillante de l'ouvrage, celle qui lui donne son caractère d'utilité le plus incontestable.

Après les critiques générales que nous venons d'adresser à la méthode qui a présidé à la rédaction de ce manuel, on comprend que nous ne saurions suivre pas à pas chaque description pour y relever ce qui peut nous paraître incomplet, ou différent des idées généralement adoptées en France. Nous signalerons seulement une lacune énorme sur le sujet qui est le plus à l'ordre du jour, au moins chez nous, dans la pathologie de l'enfance, je veux parler des affections diphthériques. Croirait-on que l'article *diphthérite* et *angine couenneuse* occupe à peine deux pages dans l'ouvrage que nous analysons? encore est-ce dans les maladies de la bouche et non dans celles du pharynx qu'il faut en chercher la description.

Les différentes variétés d'angines : l'angine herpétique, l'angine gangréneuse, la grande angine diphthérique maligne, sont entièrement passées sous silence ; il est inutile d'ajouter que la paralysie du voile du palais et les paralysies généralisées qui en sont les conséquences, ne sont pas indiquées davantage. Ce que l'auteur décrit sous le nom de diphthérite paraît complétement différent de la grande entité morbide à laquelle la France paye un tribut si rigoureux. Si nous pouvons féliciter l'Allemagne d'ignorer encore cette cruelle maladie, nous pouvons cependant regretter de voir l'auteur d'un *Traité des maladies de l'enfance* ne pas lui accorder l'honneur d'une description plus complète après les travaux de premier ordre que ces dernières années ont produits. La diphthérite décrite par M. Vogel ne s'obverve, dit-il, qu'à la suite de la scarlatine ou pendant les épidémies de rougeole de mauvaise nature. L'analyse du produit diphthérique prouve d'ailleurs qu'il s'agit ici de ce que nous appelons les produits pultacés, c'est-à-dire de ceux qui, pour la plupart des médecins français, ne sont nullement diphthériques. A propos du croup, l'auteur distingue du croup fibrineux, un croup diphthérique dont le produit pathologique, en tout semblable au premier pour son aspect, en diffère cependant à l'examen microscopique en ce qu'il ne contient pas du tout de fibrine, presque pas de globules de pus, et consiste en un détritus amorphe où se retrouvent les débris de l'épithélium de la muqueuse. L'auteur invoquant ici l'autorité de Virchow, nous pourrions lui opposer celle de M. Ch. Robin, qui a retrouvé la fibrine dans tous les produits d'exsudation plastique que nous lui avons soumis. La conclusion à tirer de ceci, c'est que l'école de M. Vogel ne connaît pas encore ce que nous appelons la diphthérie, qu'elle donne ce nom à ce qui n'est pas pour nous la diphthérie, c'est-à-dire à des exsudats pultacés, à des détritus épithéliaux, résultats d'affections fugitives et légères, qui ne ressemblent en rien à la grande maladie épidémique et contagieuse que nous observons journellement.

Avec de pareilles divergences nosologiques, nous ne devons pas être étonnés de voir l'auteur se prononcer contre la trachéotomie, lui adresser toutes les objections banales tant de fois répétées par les médecins qui ne veulent ni l'essayer, ni même ouvrir les yeux aux résultats de leurs confrères. Un des principaux arguments de M. Vogel, est le discrédit qu'un insuccès peut rejeter sur le médecin, l'horreur que l'opération inspire aux parents, etc. Il serait facile de lui montrer, par contre, le singulier prestige qui rejaillit sur le médecin, quand l'opération réussit ; le soulagement énorme qui en est le résultat immédiat pour l'enfant, même quand la suite n'en sera pas heureuse ; enfin la reconnaissance des parents et le courage avec lequel nous avons vu tant de jeunes mères servir d'aide à l'opérateur. Du reste, quand le succès serait aussi rare que le dit l'auteur, et dût la réputation du médecin en souffrir, nous demandons de quel droit celui-ci refuse au malade cette

chance de salut, et le laisse froidement mourir, alors qu'il avoue lui-même que l'opération est par elle-même sans danger, et que les chances d'hémorrhagie lui paraissent même avoir été exagérées. *Melius anceps remedium quam nullum*, et, certes, les quarante ou cinquante petits malades que l'on sauve dans une année dans les hôpitaux des Enfants de Paris, sont déjà la preuve vivante de l'utilité de l'opération. Quant à l'imputation que ces résultats auraient été obtenus dans des cas de croup non fibrineux, M. Vogel, qui fait à l'auteur de cette analyse l'honneur de le citer alors qu'il prononce à peine le nom de Bretonneau et de tant d'illustres maîtres, M. Vogel n'a qu'à relire les travaux des médecins français, notamment la discussion de 1858 devant l'Académie de médecine, les discours de MM. Trousseau et Bouvier, les lettres de MM. Roger et Sée, le mémoire excellent présenté à la Société médicale des hôpitaux par M. Barthez, auquel personne n'a reproché un esprit romanesque et fantaisiste, et, s'il n'est pas convaincu, qu'il tâche de venir à Paris, étudier la maladie et l'opération dont il ne se fait pas une idée bien juste, il pourra s'assurer que, chez nos opérés, il s'agit bien de membranes vraiment fibrineuses, que l'opération n'est jamais pratiquée le second jour de l'invasion de la maladie, avant l'apparition du produit plastique, enfin que ce n'est pas une opération, qu'il reconnaît innocente en elle-même, qui a pu augmenter en France la mortalité par le croup et la diphthérie, imputations toutes gratuites, basées sur une statistique qui n'avait rien de scientifique.

Après avoir signalé ces lacunes, que rend sans doute moins regrettables la rareté des affections diphthériques en Allemagne, ces défauts de méthode dans la description, qui sont peut-être moins saillants pour les lecteurs de M. le docteur Vogel que pour nous, nous reconnaissons avec plaisir le mérite de l'ouvrage de notre confrère, qui nous a semblé partout, sauf en ce qui concerne la diphthérie, au courant des idées scientifiques nouvelles, et qui, pour sa rédaction, semble plus empreint de l'esprit français que de l'esprit germanique. Nous exprimons même le désir de voir en France, à côté des excellents traités que nous possédons *sur les maladies des enfants*, un manuel qui les résume comme le livre de M. Vogel, mais avec une concision plus grande encore, et surtout avec une méthode plus rigoureuse.

Quant à la partie chirurgicale de l'ouvrage de notre confrère, nous dirons, tout en reconnaissant notre manque de compétence à cet égard, qu'elle nous a paru trop réduite aux proportions d'une esquisse. La chirurgie de l'enfance forme, il est vrai, un terrain neutre où le médecin a souvent à intervenir autant que le chirurgien; mais la partie opératoire, même dans un manuel, demande plus de précision et plus de détails que ne leur en a accordés le docteur Vogel, et nous doutons qu'il y ait avantage à réunir dans un même ouvrage ces deux parties distinctes de la pathologie.

D^r E. Isambert.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

Encore une grande notabilité médicale enlevée par la mort. M. Ferrus vient de succomber, à l'âge de soixante-seize ans, aux suites d'une hémorrhagie cérébrale dont il avait été frappé, il y a plusieurs mois, dans le salon de M. Thiers. M. Ferrus a fourni une belle carrière. Entré dans le service de santé des armées, bientôt décoré de la main même de l'Empereur, il fit la campagne de Russie, où il éprouva un commencement de congélation des pieds. Plus tard, voué à l'étude de l'aliénation mentale et du système pénitentiaire, il rendit d'éminents services à la science, à la société et à l'administration. Aussi, savants, administrateurs, hommes politiques se pressaient-ils à son convoi : MM. Thiers, Mignet, Haussmann, Michelet, Prévost-Paradol, John Lemoine, Flourens, Rayer, Bouillaud, Buchez, etc. On remarquait en tête du cortége MM. Paul Dubois, J. Béclard et A. Richard, atteints dans une chère affection de famille. Des discours ont été prononcés sur la tombe par MM. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie; Brierre de Boismont, au nom de la Société médico-psychologique; et Loiseau, au nom des anciens élèves de M. Ferrus.

Nous avons reçu le discours de M. Brierre de Boismont.

Messieurs, je viens au nom de la Société médico-psychologique, dont M. Ferrus fut l'un des plus actifs fondateurs, exprimer les regrets que nous a causés la perte de ce collègue si distingué. Disciple, avec son émule Esquirol, du professeur Pinel, il eut le bonheur de continuer les grandes améliorations qu'avait proposées et appliquées l'illustre réformateur du traitement des aliénés. Le premier, en France, M. Ferrus introduisit le système du travail corporel, et spécialement celui de l'agriculture. La création de la ferme de Sainte-Anne est restée le point de départ de tout ce qui a été fait en ce genre; mais ce fut surtout comme inspecteur-général qu'il rendit d'utiles services à la science des maladies mentales, et lui fit faire un véritable progrès.

La loi du 30 juin 1838, qui a été l'ère d'une nouvelle époque pour les aliénés lui doit ses plus importantes dispositions, et nous pouvons dire avec certitude, que cette loi a été appliquée par la plupart des nations de l'Europe, et profondément méditée partout.

Ces deux titres suffiraient à la gloire de M. Ferrus, mais je ne puis m'éloigner de cette tombe, sans parler de sa classification des prisonniers par origines et par degrés d'intelligence qui, mieux appréciée, eût enlevé aux prisons et aux bagnes beaucoup d'infortunés, pour les reporter dans les asiles, leur seule place. Un dernier mot, messieurs, il est encore relatif à une réforme. Frappé et ému de l'abandon dans lequel on laissait des milliers de crétins, M. Ferrus ne cessait d'appeler l'attention du gouvernement et de la science sur ce douloureux oubli.

Il y a quelques années, il avait même fondé, au sein de la Société médico-psychologique, un prix sur cette question. Sa voix a été entendue. L'Empereur, qui veut soulager toutes les misères, a donné 200,000 francs pour l'érection d'un Asile de crétins à Chambéry, et l'on peut être assuré que le digne collègue de M. Ferrus se montrera à la hauteur de la mission qui lui a été confiée.

Honneur au médecin dont la carrière a été si bien remplie, et qui aurait pu prendre pour devise : Miseris succurrere disco.

---

— Par arrêté ministériel, en date du 20 courant, il a été décidé qu'à partir du 1^er avril prochain, le traitement de 2,000 francs, alloué aux suppléants des professeurs, serait prélevé par cinquième, pendant la durée des cours, sur le traitement des titulaires.

— Par décret du 20 janvier dernier, ont été nommés au grade de chirurgien principal de la marine, MM. Villette, Gaultelme et Mauger, chirurgiens de 1^re classe.

— M. le docteur Haspel, médecin principal de 1^re classe, est nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, en remplacement de M. Sédillot, promu au grade d'inspecteur.

— Nous avons reçu de M. Nonat une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

---

Erratum. — L'auteur de l'article publié dans le n° 10 de la Gazette hebdomadaire (p. 133), et relatif à la congestion cérébrale, est M. le docteur Jubiot et non *Subiot*. Cet honorable confrère veut bien également nous donner avis que MM. Willaume et Moizin, n'étaient pas désignés dans son manuscrit en qualité de *collègues*, mais bien en qualité de *chefs*.

*Pour toutes les variétés* : A. Dechambre.

---

## VII

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

La España medica. — N° 237. Métro-péritonite puerpérale suppurée terminée par la guérison, par *Cervera*. — 238. Vérité de l'hippocratisme (suite). — Métro-péritonite suppurée, etc. (fin). — 239. (Manque.) — 240. Extirpation d'une tumeur fongueuse du sinus maxillaire, par *Gonzalez de Velasco*. — 241. Résection du péroné; amputation consécutive de la jambe, par *Roure*. — Considérations sur la gymnastique, par *Macedo*. — Polype fibreux de l'utérus enlevé par la torsion, par

*Ruflanchas y Lapeira.* — Pommade stibiée contre l'ascite, par *Ester.* — 242. Clinique, par *Castresana.* — 243. Traitement antiphlogistique de la pustule maligne, par *Quiros.* — Une question de toxicologie, par *Ortego y Aguiberreno.* — 244. Observations sur l'éclipse de soleil du 18 juillet, par *Auban.* — Vérité de l'hippocratisme (suite). — 245. Revue clinique, par *Villarroel.* — 246. Hernie étranglée; mort, autopsie, par *Rubio.* — 247. Réflexions sur le dynamisme, par *Calmarza.* — 248. Sur le choléra, par *Mesa.* — Dynamisme (suite). — Une question de toxicologie, par *Ortego y Aguiberreno.* — 249. Matérialisme et vitalisme, par *Montes.* — Hypertrophie d'un testicu'e, par *Martinez.*

EL ECO DE LOS CIRUJANOS. — 4 août. Hydrocèle, par *Pevaza.* — 12 août. Sur les lombaires, par *Diez.* — Rétention du placenta, par *Lozano.* — 20 août. Sur l'association, par *Tejada.* — Excroissance sous forme de corne au pied, par *Zarain.* — 28 août. Excroissance, etc. (fin). — Tétanos traumatique, par *Quitarte.* — 12 septembre. Sur le choléra, par *Mesa.*

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 519. Utilité de l'ophthalmoscope pour le diagnostic des maladies du système nerveux, par *Ogle.* — Nouvelle aiguille pour sutures, par *Price.* — 520. De l'ictère accompagné d'ascite, par *Budd.* — Action de l'iodure de fer dans la phthisie, par *Payne Cotton.* — Clinique obstétricale, par *Lee.* — Traitement du cancer par la méthode de Reed, par *Spencer Wells.* — 521. Relation de 7 cas de fistules vésico-vaginales, par *Watson.* — Traitement du cancer, etc. (fin). — 522. De l'hydropisie et des autres affections des trompes de Fallope, par *Simpson.* — Sur la nature rhumatismale des arthrites et ophthalmies dites blennorrhagiques, par *Elliotson.* — Anévrysme de l'artère poplitée, par *Smith.* — 523. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Nouveau cathéter pour dilater les rétrécissements, par *Shillston.* — 524. Sur le traitement des affections rhumatismales, par *Arnott.* — Affection cancéreuse congénitale de l'œil, par *Hulme.* — Empoisonnement par la strychnine, par *Osborn.* — 525. Affections des trompes de Fallope (suite). — Injections hypodermiques de morphine contre le delirium tremens, par *Ogle.* — Grossesse extra-utérine; gastrotomie; guérison, par *Stutter.* — 526 et 527. (Manquent.) — 528. Cas de paralysie saturnine, par *Taylor.* — 529. Cancer épithélial de la vessie et du rein, par *Clarke.* — Fracture compliquée du crâne; guérison, par *Gaffney.* — 530. De l'iridectomie dans le glaucome, par *Bowmann.* — Quatre cas d'ovariotomie, par *Spencer Wells.* — Vice de conformation du nez, par *Retzius.* — Cas de lithotomie chez une femme, par *Atkinson.* — 531. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Remarques sur le coup de soleil, par *Smith.* — Le glaucome et l'iridectomie, par *Hulke.* — Fièvre rhumatismale avec endocardite, par *Raymond.* — Sur la lèpre des Indes occidentales, par *Sweeting.* — 532. Sur le pansement des moignons d'amputation, par *Symonds.* — De la désinfection en médecine obstétricale, par *Skinner.* — De la version dans tous les accouchements, par *Figg.* — Empoisonnement d'un enfant par l'alcool, par *Cooper Rose.*

THE LANCET. — N° 23. Théorie et traitement de l'épilepsie, par *Radcliffe.* — Sur la lithotomie par le procédé d'Allarton, par *Ward.* — Rupture de l'utérus, par *Aldridge.* — Observations sur quelques accidents chirurgicaux rares, par *Weeden Cooke.* — 24. Traitement du delirium tremens, par *Brinton.* — Fracture du maxillaire supérieur, par *Salter.* — Affections scrofuleuses des articulations, par *Barwell.* — 25. Épilepsie (suite). — Affections scrofuleuses des articulations (suite). — Trois cas de phlébite chez des sujets syphilitiques, par *Girdwood.* — 26. Affections scrofuleuses des articulations (fin). — Tome II. — N° 1. (Manque.) — 2. Nouvelle méthode pour opérer la version, par *Braxton Hicks.* — Observations sur quelques affections du rectum, par *Baker-Brown.* — 3. Sur la distinction du typhus et de la fièvre typhoïde, par *Gairdner.* — Version (fin). — Accidents chirurgicaux rares (suite). — Calculs nombreux chez une femme, par *Hunter.* — 4 et 5. (Manquent.) — 6. Cas d'abcès osseux, par *Quain.* — Valeur des toniques dans l'hydropisie asthénique, par *Sisson.* — Cas de fissure à l'anus, par *Harris.* — Accouchement prématuré artificiel, par *Thorn.* — 7. Méthodes stimulante et déplétive, par *Patrick.* — Rupture de l'utérus, par *Pemberton.* — 8. Méthodes stimulante et déplétive (suite). — Cas d'hémiplégie double, par *Baker.* — Hydrocèle guérie par le séton métallique, par *Read.* — 9. Méthodes stimulante et déplétive (fin). — Fracture de la rotule suivie de suppuration de l'articulation du genou; guérison, par *Weeden Cooke.* — Cas d'ophthalmie rhumatismale chronique traitée par le galvanisme, par *Lobb.* — 10. Cas de piarrhémie accompagnant un diabète aigu, par *Coote.* — Taille par le procédé Allarton, par *Holt.* — Deux cas de staphylome conique traité avec succès par l'opération, par *Lawson.* — Accidents produits par l'hypertrophie du thymus, par *Brent.* — 11. Cas de piarrhémie, etc. (fin). — Sur l'opération du phimosis, par *Wordsworth.* — Sur la chorée dans ses rapports avec le rhumatisme aigu, par *Child.* — Sur la prophylaxie des calculs vésicaux, par *Crichton.* — Cas d'obstruction intestinale, par *Aldridge.* — Deux cas de tétanos idiopathique traité par le chanvre indien, par *Farrage.*

ARCHIV DER HEILKUNDE. — 5e livraison. Sur la thermométrie pratique dans les maladies, par *Wünderlich.* — La créatine et la créatinine dans l'urine et les exsudats, par *Schottin.* — Hématome de la dure-mère, par *Weber.* — Sur le bruit de frottement abdominal, par *Gerhardt.*

ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE. — Tome IX. — Livraisons 1 et 2. Sur la gale crustacée, par *Bergh.* — Description d'un monstre humain, par *Ringhoffer.* — Histoire de la lèpre, par *Wirchow.* — Théorie et anatomie de la dilatation des bronches, par *Biermer.* — Sur les granulations de Pacchioni, par *Meyer.* — Les enveloppes des échinocoques et le liquide hydatidique, par *Lücke.* — Sur la présence de l'acide hippurique dans l'urine humaine, par *le même.* — Sur quelques annexes accessoires du fœtus, par *Hennig.* — Histologie des muscles de la vie animale, par *Sezalkow.* — Sur les cellules épithéliales des veines rénales, par *Kowalewsky.* — Cancer osseux d'origine traumatique, par *Minkrewicz.* — Sur les corpuscules amyloïdes du corps humain, par *Mayer.* — Sur la présence du carbonate de chaux dans l'urine, par *Plagge.* — Sur le traitement mercuriel de la syphilis, par *Virchow.*

DEUTSCHE KLINIK. — N° 22. Sur les appareils inamovibles, par *Szymanowski.* — Action de quelques sels sur les nerfs, les muscles et les vaisseaux, par *Hoppe.* — Abcès pelviens et abcès de la paroi abdominale, par *Gabriel.* — 23. Saison à Pyrmont (fin). — Pyrmont et Driburg, par *Piderit.* — Sur les fièvres intermittentes par *Bergholz.* — Accouchement prématuré artificiel, par *Heusner.* — Action de quelques sels, etc. (suite). — Clinique, par *Liebermeister.* — 24. Sur la nature et le traitement du croup, par *Becker.* — Action de quelques sels, etc. (fin). — 25. Contribution au diagnostic physiologique des convulsions, par *Bergson.* — Effets thérapeutiques de l'iridectomie, par *Schweiggen.* — Maladies du cœur (fin). — 26. Contributions à l'électrothérapie, par *Schweigmann.* — Action thérapeutique des eaux de Kissingen, par *Erhard.* — Action des eaux minérales de Soden dans la tuberculisation pulmonaire, par *Kolb.* — L'essence de térébenthine comme spécifique des névralgies, par *Clasen.* — 27 et 28. Recherches sur les effets de la santonine, par *Falck.* — Eaux de Kissingen (suite). — Électrothérapie (suite). — 29. Cas de somnambulisme pathologique, par *Philipson.* — Électrothérapie (suite). — Résections (suite). — 30. De la chorée avant l'apparition des règles, par *Mosler.* — L'anatomie pathologique dans ses rapports avec la science et la pratique de la médecine, par *Weber.* — Cancer de l'ovaire, par *Lange.* — Résections (suite). — 31. L'anatomie pathologique, etc. (fin). — Contribution à la symptomatologie des tumeurs du canal rachidien, par *Baierlacher.* — Sur l'appareil plâtré à attelles, par *Fiedler.* — Abaissement de la cataracte par la sclérotique, par *Küchler.* — Résections (suite). — 32. Abaissement de la cataracte, etc. (suite). — Traitement des verrues et des végétations par l'acide chromique, par *Lange.* — Résections (fin). — 33. Mode d'action de l'iridectomie dans l'iritis et l'irido-choroïdite, par *Classen.* — Plaie de l'abdomen, etc., par *Zander.* — Abaissement de la cataracte, etc. (suite). — 34. Électrothérapie (suite). — Iridectomie (fin). — 35. Action du quassia sur les irritables, par *Hoppe.* — Nouvelles observations sur la dégénérescence amyloïde, par *Neumann.* — Sur le traitement de la goutte, par *Braun.* — Appareil pour le pied-bot, par *Buntzen.* — Traitement de la dysenterie et de la diarrhée par les lavements iodés, par *Lange.* — 36. Sur l'application du forceps par la méthode de M. Martin et la version podalique dans les rétrécissements du bassin, par *Hohl.* — Sur la résection des phalanges, par *Szymanowski.* — 37. Dégénérescence amyloïde (suite). — Traitement de la goutte (fin). — Résection des phalanges (fin). — Cas de pneumo-péricarde, par *Tütel.*

HENKE'S ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE. — 3e cahier. Influence de diverses professions sur la santé et la mortalité, par *Henke.* — Sur les taches de sang, par *Ritter.* — Les plaies de tête au point de vue médico-légal, par *Zenker.* — Sur les causes de mort au point de vue médico-légal, par *Blosfeld.* — Appréciation médico-légale des plaies chez les sujets ivres, par *Wistrand.*

JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN. — Livraisons 5 et 6. Sur l'épicanthus et l'épiblépharon, par *Ammon.* — Sur les polypes du rectum, par *Stoltz.* — Livraisons 7 et 8. Sur l'auscultation de la tête chez les enfants, par *Rilliet.* — Sur les affections mentales des enfants, par *West.*

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — 6e livraison. Sur la périnéoplastie, par *Biefel.* — Emploi de l'eau de Schwalbach contre le catarrhe utéro-vaginal chronique, par *Frickhoeffer.* — Sur la valeur de l'auscultation pour déterminer le sexe du fœtus, par *Breslau, Hennig* et *Haake.* — Tome XVI. — 1re livraison. Séances de la Société obstétricale de Berlin. — Kyste de l'ovaire guéri par l'injection iodée, par *Orth.* — Cardite hystérique, par Steinthal. — Empoisonnement d'un enfant par la morphine, par *Siebold.* — Cas de version spontanée, par *Lenz.* — 2e livraison. Inversion chronique de l'utérus, par *Beck.* — Fréquence des conceptions chez les femmes anémiques, par *Meismer.* — Contribution à l'histoire des tumeurs du bassin, par *Mosler.*

## Livres.

ANNUAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES POUR 1861, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1860, par les docteurs *A. Jamain* et *A. Wahu.* 16e année. In-32 de 320 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE POUR 1861, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1860, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur l'emploi thérapeutique externe du sulfate simple d'alumine, et du sulfate d'alumine et de zinc, par les docteurs *Homolle* et *A. Bouchardat.* 21e année. In-32 de 320 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

SUPPLÉMENT A L'ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE POUR 1861, contenant : 1° un mémoire sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculisation pulmonaire; 2° une étude sur les mucédinées parasites qui nuisent le plus à l'homme; 3° des considératians et documents sur l'entrainement des pugilistes; 4° un mémoire sur la pimélorrhée; 5° une instruction pour l'usage de l'uromètre de M. Bouchardat, par le professeur *A. Bouchardat.* In-32 de 320 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

LECTURES ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE PRINCIPAL FORMS OF PARALYSIS OF THE LOWER EXTREMITIES, by *C.-E. Brown-Sequard.* In-8. Philadelphia, Collins; London, Williams et Norgate; Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

---

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 31 mars 1861, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 avril, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 30 avril 1861.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 5 AVRIL 1861. Nº 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Revue thérapeutique de pharmacologie et d'histoire naturelle médicale : Emploi thérapeutique de la glycérine — Chloroforme dissous dans la glycérine pour l'usage interne. — Influence de l'étamage sur la santé. — Urtication par les acalèphes. — Graine de citrouille contre le ténia. — Du guaco contre les affections vénériennes.— Actæa ramosa contre les affections utérines. — Bains sulfureux artificiels. — Poudre sulfureuse. — Empoisonnement par l'arum maculatum. — Académie de médecine : De l'opération césarienne *post mortem*. — Nouvel ophthalmoscope. — Pemphigus utérin. — Pulvérisation des eaux minérales. — Nouvel uréthrotome. — Élection de M. Regnauld : Déclaration de vacance. — II. **Travaux originaux.** Des effets de la respiration de l'eau minérale pulvérisée. — III. **Histoire et critique.** Des cysticerques de ténias chez l'homme. — IV. **Revue clinique.** Considérations sur la lithotritie. — Exemple d'un succès remarquable. — V. **Correspondance.** Émissions sanguines dans le traitement des affections de l'utérus. — VI. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — VII. **Revue des journaux.** Fracture de l'os iliaque. — Mort pendant l'inhalation d'éther sulfurique. — Recherches sur les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius. — VIII. **Variétés.** — IX. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — X. **Feuilleton.** Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

## PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 28 mars 1861 :

M. Lefort, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé prosecteur à ladite faculté.

M. Labbé est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Lefort, appelé à d'autres fonctions.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 4 avril 1861.

*Revue thérapeutique de pharmacologie et d'histoire naturelle médicale :* EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA GLYCÉRINE. — CHLOROFORME DISSOUS DANS LA GLYCÉRINE, POUR L'USAGE INTERNE. — INFLUENCE DE L'ÉTAMAGE SUR LA SANTÉ. — URTICATION PAR LES ACALÈPHES. — GRAINE DE CITROUILLE CONTRE LE TÉNIA. — DU GUACO CONTRE LES AFFECTIONS VÉNÉRIENNES. — ACTÆA RAMOSA CONTRE LES AFFECTIONS UTÉRINES.— BAINS SULFUREUX ARTIFICIELS.— POUDRE SULFUREUSE. — EMPOISONNEMENT PAR L'ARUM MACULATUM. — *Académie de médecine :* DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem*. — NOUVEL OPHTHALMOSCOPE. — PEMPHIGUS UTÉRIN. — PULVÉRISATION DES EAUX MINÉRALES. — NOUVEL URÉTHROTOME. — ELECTION DE M. REGNAULD ; DÉCLARATION DE VACANCE.

— La glycérine, qui joue le rôle de base dans les corps gras, comme l'a démontré M. Chevreul, a été proposée par quelques médecins comme devant être fort utile dans la thérapeutique. C'est ainsi qu'en 1844 M. de la Rue l'a préconisée contre les brûlures, et M. Startin contre quelques affections cutanées. En 1846, M. Warington a pris, en Angleterre, un brevet pour la conservation des substances animales ou végétales au moyen de ce corps, propriété qui a été indiquée plus tard en France (1856), par M. le docteur Luton, dans une communication à la *Société de biologie*. Malgré les travaux publiés par M. le docteur Demarquay qui a annoncé avoir tiré de grands avantages de la glycérine dans la thérapeutique chirurgicale, et les recherches de MM. Cap et Garot

---

FEUILLETON.

**Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.**

LETTRE CHIRURGICALE A M. LE DOCTEUR VERNEUIL,

*Où l'on écrit pour la première fois l'histoire véritable d'une observation déjà connue.*

*Un mot d'introduction.*

J'ai entrepris, depuis quelques années, à mes risques et périls, une croisade contre la fausse érudition et la science falsifiée, et me suis fait redresseur... de textes. J'ai choisi à dessein la forme comique du feuilleton, et j'ai pris pour épigraphe le fameux *Ridendo castigat mores* pour être plus sûr d'être lu, et non point, comme on pourrait le croire, pour me faire pardonner une œuvre que je crois éminemment utile, c'est-à-dire une épuration de notre littérature medicale. On a diversement jugé ma tentative, et mes intérêts y ont plus perdu que gagné. Cependant, malgré sa futilité apparente, ma critique a porté déjà quelques fruits. En la continuant quelques années encore, je ne désespère pas d'obtenir des résultats plus décisifs; plus tard, sans doute, on trouvera que j'ai eu raison; déjà j'ai reçu, en secret, des encouragements et des approbations, mais ce qui m'a le plus satisfait, c'est d'avoir déjà trouvé quelques imitateurs parmi des écrivains sincèrement attachés à la vérité, et surtout désintéressés, car aucun motif personnel ne les pousse dans la voie scabreuse où je me suis engagé.

Ils ont compris, comme moi, que la révision entière de notre littérature était indispensable, et qu'on ferait sûrement progresser notre science en la débarrassant d'abord des impuretés qui la déparent et la souillent; ils m'aident donc dans mon travail, et consacrent volontiers quelques heures à arracher la mauvaise herbe. J'accepte avec empressement leur concours; la tâche que

qui, ayant reconnu que la glycérine jouissait de la propriété de dissoudre un grand nombre de corps médicamenteux, ont conseillé l'emploi de ces solutions sous le nom de *glycérolés*, les médecins français en font assez peu usage, quoique cependant elles paraissent favoriser souvent l'absorption de médicaments dont l'application est quelquefois assez difficile. Tout au contraire l'emploi médical de la glycérine est très répandu en Angleterre, et nous rencontrons souvent dans les journaux de ce pays des observations qui témoignent de la faveur que lui accordent les médecins et les chirurgiens. C'est ainsi qu'à une des dernières séances de la *Pharmaceutical Society*, présidée par M. Morton, M. G. Wilson a communiqué un travail ayant pour but d'insister sur les avantages que présente la glycérine pour dissoudre un grand nombre de médicaments, et de démontrer les excellents effets que l'on retire de l'emploi de ces relations dans le traitement des maladies. Presque à la même époque, M. W.-R. Gore, chirurgien de *Limerick Infirmary*, a publié une note dans laquelle il témoigne des heureux résultats qu'il retire de l'emploi de la glycérine dans les pansements, qui peuvent être renouvelés facilement, et ne présentent aucun des inconvénients qu'offrent les linges enduits de matières grasses : il fait remarquer particulièrement que le mélange des divers médicaments avec la glycérine, en rendant les applications à l'intérieur plus faciles, offre en outre cet inappréciable avantage de faciliter leur absorption, et de porter obstacle à la tendance qu'ont en général les extraits végétaux à se dessécher très promptement sur la peau. La glycérine lui a permis de mettre commodément en contact avec l'œil, dans certaines ophthalmies, les extraits de belladone et d'aconit, dont l'introduction, sans ce moyen, n'est pas exempte de difficultés. Le même numéro du journal anglais, auquel nous empruntons ces renseignements, contient aussi une lettre de M. C.-F. Moore, médecin surintendant de *Meddleton Hospital and Infirmary*, qui annonce qu'il n'a pas tiré de moins bons effets de l'usage de la glycérine dans le pansement des plaies de ses malades : cependant il pense que dans le plus grand nombre des cas on doit préférer les pansements faits avec du miel pur. Il serait intéressant qu'en France on instituât des expériences qui vinssent confirmer les faits annoncés dans les journaux anglais, car très certainement on trouverait dans ce mode nouveau d'application des médicaments, des moyens plus efficaces pour obtenir les effets qu'on en attend. La glycérine n'étant pas identique chez tous les fabricants, indiquons en terminant que la glycérine de bonne qualité a une consistance sirupeuse très prononcée, et ne doit pas donner par le frottement entre les mains une odeur nauséeuse et désagréable. (*Dublin Medical Press*, 26 décembre 1860.)

— Le chloroforme est employé non-seulement comme médicament externe, pour laisser de côté son action anesthésique; mais dans quelques cas aussi il est donné à l'intérieur : c'est ainsi que, chez quelques malades auxquels on ne peut plus procurer le sommeil au moyen de l'opium ou des solanées, on se trouve très bien de son emploi interne. Mais la densité du chloroforme et son insolubilité dans les véhicules ordinaires sont un obstacle à sa bonne adminia rson rphpour obvier à ces inconvénients, M. Bonnet, internem ajte :inacie à la Maison de santé, a tenté quelques essais, desquels il résulte que la glycérine est le meilleur intermède que l'on puisse choisir. On verse dans un mortier parties égales de chloroforme et de glycérine très pure; on agite doucement le mélange jusqu'à ce qu'on n'aperçoive plus de gouttelettes de chloroforme, on ajoute à ce moment l'adjuvant prescrit, et on obtient un liquide limpide, tenant exactement tout le principe du médicament en suspension. On sait, par les travaux antérieurs de MM. Cap, Garot et Demarquay, que la glycérine n'a aucune action nuisible sur l'économie, quand elle est introduite dans les voies digestives; le procédé de M. Bonnet peut donc être mis en usage sans inconvénient. On pourrait très certainement substituer avec avantage le glycérolé de chloroforme à tous les liniments, qui tous tachent les linges et le lit du malade. (*Journal de pharmacie et de chimie*, mars 1861.)

— Les vases métalliques, destinés aux usages alimentaires, sont le plus souvent en cuivre, et par suite susceptibles, au contact de l'air et de certains des condiments qu'on y dépose, de déterminer des phénomènes fâcheux pour l'économie : on remédie à cet inconvénient au moyen de l'*étamage*, c'est-à-dire qu'on applique à leur surface interne une couche plus ou moins épaisse d'un autre métal, moins attaquable que le cuivre, et qui prévient la production d'éléments toxiques pendant la préparation des aliments. L'étain employé pour l'étamage contient toujours une petite proportion de plomb, destinée à faciliter l'application de la couche préservatrice; mais il est très important que la quantité de plomb ne dépasse pas une certaine limite, car alors l'inconvénient qu'on voulait pallier, se présente à nouveau, avec cette seule différence que les accidents, primitivement dus à des sels de

---

je me suis donnée en deviendra moins lourde, et si je regrette une chose, c'est de n'avoir pas plus de collaborateurs.

C'est avec un vif plaisir que je publie aujourd'hui un travail qui m'a été adressé par un jeune chirurgien de la marine, ami de l'érudition, et, à ce titre, mon ami, quoique je n'aie point l'honneur de le connaître personnellement. M. le docteur Berchon, tout en se livrant à des publications sérieuses, a utilisé ses loisirs à écrire avec esprit, ce qui ne gâte rien, un opuscule qui se recommande de lui-même. Le lecteur y trouvera, après la partie critique, une excellente description d'un fait unique en son genre, et une très bonne discussion chirurgicale sur le mécanisme bizarre de la blessure. M. Berchon ne s'est donc pas contenté de détruire l'erreur, il a rétabli la vérité, de façon à devenir presque père d'une des observations les plus intéressantes que l'on puisse voir.

C'est dit, je remercie mon confrère de sa bienveillante dédicace, et je lui donne la parole sans plus tarder. Ar. Verneuil.

I. — VOYAGE A LA RECHERCHE DU VÉRITABLE TEXTE D'UNE OBSERVATION CHIRURGICALE SOUVENT CITÉE.

« Quand on doute et qu'on veut savoir, on cherche, et, quand on cherche, on trouve toujours quelque chose; mais il arrive plus d'une fois qu'on trouve précisément le contraire de ce qu'on cherchait. »

Verneuil, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de Paris, août 1860.

*Ibam forte via sacra.*

Horace, sat. IX, liv. I.

J'avais un jour le feu sacré, et, venant soudain à penser (par un enchaînement d'idées que le lecteur expliquera, s'il peut) à l'observation souvent citée d'un fleuret traversant le poumon et trouvé d'une manière toute fortuite dans une autopsie, je résolus de profiter de mon séjour à Rochefort pour rechercher la pièce pathologique de ce fait, qu'on disait y exister.

Je franchis donc rapidement le kilomètre qui séparait ma

cuivre, le seront désormais à des sels de plomb. D'assez nombreux cas de maladies, dues à cette cause, et qui ont eu lieu dans la ville de Nantes, ont éveillé l'attention de l'autorité, et à la suite de nombreuses expériences faites par M. Bobierre, qui fut chargé, à cette occasion, de rechercher sur les divers étamages employés par les industriels nantais, ce chimiste a publié un rapport qu'il nous semble intéressant de signaler. Presque jamais M. Bobierre n'a rencontré de l'étamage fait avec l'alliage d'étain et de plomb au dixième (la proportion de 10 p. 100 de plomb est le maximum toléré à Paris par l'ordonnance du 23 février 1853, l'expérience ayant démontré que dans ces proportions l'alliage n'offrait aucun danger) : la quantité de plomb qu'il a trouvée, dépassait toujours beaucoup la proportion indiquée plus haut; elle variait chez les divers étameurs, mais tous cherchaient à mettre le moins d'étain possible : quelques-uns, pour obtenir une adhérence plus parfaite entre la couche préservatrice et le cuivre, avaient ajouté une proportion notable de zinc, ce qui a l'inconvénient de permettre l'introduction dans l'économie de sels de ce métal, et l'on sait que les beaux travaux de MM. Payen, Chevallier et Gaultier de Claubry ont démontré qu'ils déterminent des troubles assez considérables dans l'organisme. Les nouvelles expériences de M. Bobierre viennent donc rappeler à la mémoire des médecins, une cause, permanente en quelque sorte, de maladies, et à laquelle souvent on ne porte pas assez d'attention. Quant au meilleur étamage, on devrait toujours employer l'alliage fin qui contient une très petite proportion de plomb; sa cherté un peu plus grande est largement compensée par sa durée plus grande, et par son innocuité. (*Annales du conseil d'hygiène et de salubrité de la Loire-Inférieure*, 1860.)

— Fréquemment, surtout à certaines saisons, on rencontre sur les rivages de la mer, des animaux aux corps gélatineux, et teints souvent des couleurs les plus vives, que les naturalistes nomment *Acalèphes*, et que l'on désigne communément sous le nom d'*Orties de mer*. Ce dernier nom leur a été donné parce que certaines espèces déterminent sur les individus qui les touchent, des phénomènes qu'on ne peut mieux comparer qu'à ceux produits par le contact des poils glandulaires des Orties : quelques espèces sont complétement dénuées de cette propriété urticante, d'autres l'ont à un degré très faible (comme le prouverait l'expérience de Dicquemare, qui a pu impunément recevoir dans l'œil le liquide irritant sécrété par une Méduse) ; chez d'autres enfin il est entièrement développé. La production du phénomène, variable pour les différents genres et espèces, éprouve-t-elle quelque influence de l'âge des individus ou des saisons? C'est ce que l'état actuel de la science ne permet pas encore de dire positivement. Lorsque l'on observe les symptômes que présentent les personnes qui ont eu contact avec les Acalèphes, (ces symptômes sont beaucoup plus marqués chez les femmes délicates et les enfants), on voit qu'il se développe presque immédiatement au point de contact des picotements ou un sentiment très prononcé de brûlure, et qui se propagent sur tout le membre : celui-ci, une ou deux heures après, est très distendu, rouge, tuméfié tout autour du point touché; et dans quelques cas la tuméfaction et la rougeur envahissent tout le membre : ils se terminent par un bord saillant, comme le ferait une vaste pustule. Si on laisse le mal sans agir contre lui, le malade éprouve des douleurs très vives qui durent trois ou quatre jours, et qui peuvent rendre les mouvements du membre presque impossibles; ces douleurs très vives peuvent inquiéter les médecins qui ne connaîtraient pas la cause de la maladie. D'après M. Edward Headlam Greenhow, le meilleur traitement consiste en des lotions du mélange suivant : bicarbonate de potasse, 1 drachm (4 gr.), sesquicarbonate d'ammoniaque, 1 drachm (4 gr.), esprit de corne de cerf, 2 onces (15 gr.), mixture camphrée, 6 onces (190 gr.). L'application de ce mélange arrête immédiatement le mal quand elle est faite de bonne heure, et procure tout au moins une diminution marquée des douleurs et de la tuméfaction, si on a laissé se développer ces symptômes : dans ce dernier cas la guérison s'obtient en quelques heures. On paraît se trouver très bien de l'emploi d'un mélange de 100 grammes de glycérine et 100 grammes d'eau de chaux, aromatisé avec de l'eau de rose, que l'on étend sur la partie avec un blaireau. (*British Medical Journal*, 5 janvier 1861.)

— Le nombre des médicaments vermifuges est considérable, et cependant presque chaque jour on en préconise de nouveaux, et même, plus souvent, on en *ressuscite* quelques-uns qui étaient tombés, à tort ou à raison, dans un oubli à peu près complet. Aujourd'hui, on emploie de préférence, contre le ténia, quelques médicaments venus de l'Abyssinie, et dont l'action efficace est démontrée par de nombreuses observations. Cependant tous les médecins ne leur accordent pas leur confiance, et quelques-uns cherchent dans les substances indigènes le moyen d'expulser les vers; c'est ainsi que, depuis quelques années, on a préconisé contre

---

chambre du musée de l'École de médecine navale avec l'entrain des émigrants d'autrefois partant pour la Californie, et bien décidé à satisfaire jusqu'au bout l'instinct de curiosité qui s'était emparé de moi.

A peine arrivé, j'eus l'incroyable bonne fortune de mettre immédiatement la main sur la pièce de conviction rêvée; elle figurait, et figure encore, dans un coin de l'armoire 15 de la salle d'anatomie, sous le n° 7 de la catégorie des *Plaies diverses*.

Ma joie fut cependant bien vite tempérée, comme, hélas! toutes celles de cette terre! car j'acquis bientôt la conviction que des divergences capitales existaient entre la nature des lésions que j'examinais et les descriptions restées dans ma mémoire.

Je résolus donc de noter sur place tous les détails du corps du délit, et ma seconde préoccupation fut de revenir à mon point de départ pour consulter l'article DES PLAIES DE POITRINE du *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. C'était là que mes plus anciens souvenirs de concours me faisaient croire que j'avais pris la première connaissance du fait lui-même.

Voici ce que je lus :

« Un forçat étant mort à l'hôpital de Rochefort, on trouva dans » sa poitrine un fragment de fleuret qui avait traversé le thorax » de part en part, et dont une des extrémités était plantée dans » l'épaisseur d'une côte, tandis que l'autre était fichée dans le » corps d'une vertèbre. La partie moyenne de l'instrument était » logée au milieu du poumon et entourée de concrétions calcaires. » On apprit que la blessure datait de quinze ans, et, avant l'au- » topsie, personne ne soupçonnait la présence du corps étranger. » (M. Guillon, cité par M. Velpeau, *Médecine opératoire*, t. III, p. 230 [1].)

Décidément, mes doutes étaient vérifiés, car cette description, assez écourtée, s'accordait fort peu, comme on s'en apercevra plus tard, avec ce que je venais de voir.

Mais, comme j'avais désormais un guide pour mes recherches

(1) *Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales* en 30 vol., t. XXV, p. 442, 1842, art. de MARJOLIN.

le ténia l'emploi des semences de citrouille, *cucurbita maxima*, qu'en 1683 Edw. Tyson employait pour guérir du ver solitaire. Des observations publiées par MM. Cazin, Brunet, Tarneau et Suquet sont de nature à recommander l'usage de ce médicament. Ces médecins emploient 10 à 30 grammes de semences, mondées de leurs enveloppes et pilées dans un mortier avec quantité suffisante de sucre; on ajoute à cette pâte la valeur d'une tasse de lait, et l'ingestion de ce liquide détermine rapidement l'expulsion du ténia, même dans les cas où le ver avait résisté à l'action d'anthelminthiques plus généralement employés, tels que écorce de grenadier, kousso. Pour que l'action soit efficace, il est essentiel de soumettre, la veille de l'emploi de la citrouille, le malade à une diète assez sévère, et de lui administrer une petite dose d'huile de ricin; deux heures après l'ingestion du ténifuge, on fait prendre au malade 30 à 50 grammes d'huile de ricin émulsionnée. L'emploi de la graine de citrouille a l'avantage, sur la plupart des anthelminthiques, de ne donner ni coliques ni nausées, et, en outre, d'être extrêmement peu couteux. (*Revue médicale française et étrangère*, 15 janvier 1861.)

— Sous le nom de *Quaco*, *Huaco*, on désigne plusieurs plantes appartenant principalement à la grande famille des synanthérées, et qui jouissent d'une très grande réputation dans les contrées intertropicales, où elles croissent; les indigènes les ont surtout préconisées contre la morsure des serpents venimeux, ce que semblerait confirmer le rapport de Mutis et du docteur Mendoza; mais les expériences faites depuis par les docteurs Guyon et Bussy de Lavison ont donné des résultats négatifs; aussi, aujourd'hui, est-il très difficile, éloignés que nous sommes heureusement des serpents les plus venimeux, de pouvoir décider de quel côté est la vérité. Quelques médecins, parmi lesquels je citerai Chabert, se basant sur les propriétés aromatiques des plantes qui fournissent le guaco, ont pensé qu'on en tirerait de bons résultats dans le traitement du choléra; mais cette espérance ne s'est pas confirmée. Dans ces dernières années, MM. Vicente Gomez et Massone (voy. *Gazette hebdomadaire*, t. V et VI) ont publié des observations qui montrent une heureuse application de ce médicament dans les affections syphilitiques; et, tout récemment, le docteur Pascal a proposé à son tour de l'employer contre les mêmes maladies. Des expériences instituées par MM. Diday, Bauchet, Rollet, etc., viennent à l'appui de l'efficacité du guaco contre les chancres primitifs, phagédéniques, et contre la leucorrhée. La forme médicamenteuse choisie par le docteur Pascal est une teinture alcoolique obtenue en faisant macérer dans 2 kilogrammes d'alcool 1 kilogramme de *mikania guaco* et 1 kilogramme de *comocladia integrifolia*, et 10 grammes des produits donnés par l'incinération des deux plantes : on filtre, on ajoute à la liqueur 4 grammes de perchlorure de fer, on aromatise avec l'essence de romarin ou de lavande, et enfin on étend la liqueur de 6 litres d'eau. L'emploi de l'alcool permet de dissoudre plus facilement le principe du guaco, la *guacine* découverte par M. Fauré. M. Pascal fait entrer dans son alcoolé deux des plantes connues sous le nom vulgaire de guaco pour obtenir en même temps l'action antiseptique, détersive et astringente de l'une, le *mikania*, et l'action caustique très prononcée de l'autre plante, le *comocladia* (le suc frais désorganise la peau et fait des marques indélébiles). L'adjonction du perchlorure de fer est destinée à augmenter l'action antiseptique du *mikania*. Le mode d'emploi consiste à faire des lotions avec l'alcoolé étendu d'une certaine quantité d'eau, et, sous son influence, dit l'auteur, la nature des sécrétions change rapidement de nature. (Docteur Pascal, *Du guaco et de ses effets curatifs dans diverses formes des maladies vénériennes*, 1860.)

— La pharmacopée des États-Unis indique sous le nom de *Cimifuga* la racine de l'*Actæa racemosa*, dont on emploie avec avantage la racine comme sédative et comme ayant une action spéciale sur l'utérus. M. le docteur Harry-Napier Drapper, qui vient de publier une note sur l'*emploi de cette* plante, lui a reconnu une action très marquée dans les affections utérines, et indique les formes médicamenteuses suivantes entre lesquelles on peut choisir : *racine*, 20 à 40 grains (1 à 2 grammes); teinture, 1 gros au plus (1 à 4 grammes); décoction, 1 à 2 onces (30 à 60 grammes); extrait fluide, 1 gros (4 grammes); extrait dur, 4 à 8 grains (0gr,20 à 0gr,40). On emploie aussi le *cimifuga*, principe résineux qui paraît renfermer la partie active de la racine, à la dose de 1 à 2 grains (0gr,05 à 0gr,10). Il serait, sans doute, intéressant d'essayer en France l'emploi de la racine d'*Actæa racemosa*, dont les médecins américains disent avoir obtenu les meilleurs effets dans l'hystérie, et surtout dans le traitement de la chorée et du rhumatisme. Le docteur Wood en a particulièrement fait un très heureux usage dans le traitement des convulsions périodiques liées à une affection utérine, et plus récemment le docteur Simpson l'a administrée avec avantage

---

dans la citation qui terminait l'article du *Dictionnaire*, j'allais franchir de nouveau la distance qui me séparait de la bibliothèque de l'hôpital de la Marine, quand je réfléchis que je pouvais éviter peut-être ce dérangement et la perte de temps qu'il devait encore m'occasionner (*time is money!*) en fouillant un peu dans les rayons d'une bibliothèque malheureusement trop garnie pour ma vie nomade de marin.

Je fis donc visite à mes chers livres, et, saisissant le tome indiqué de M. Velpeau, j'eus un premier désappointement, qu'aurait, certes, pu m'épargner l'auteur de l'article du *Répertoire*, en ajoutant simplement le numéro de l'édition à la citation qu'il avait pris la peine de faire, car, ouvrant le tome III de l'édition de 1832, je vis que sa pagination continuait celle du tome II; qu'il commençait, par suite, à la page 503 et ne renfermait, d'ailleurs, aucune indication du chapitre des *plaies de poitrine* que je cherchais.

Je ne trouvai, du reste, aucune mention du fait dans les trois volumes du même ouvrage, et, privé de tout indice au sujet de la publication particulière de M. Guillon, je me préparais décidément à entreprendre mon petit voyage, quand je jugeai plus raisonnablement que j'avais encore à ma disposition diverses pathologies externes ou chirurgicales, et qu'un fait aussi remarquable que celui dont je voulais trouver la première description ne pouvait avoir été oublié par le temps de copistes auquel nous appartenons.

Cette nouvelle pensée me conduisit ainsi à ouvrir le *Traité de pathologie* de Vidal, t. IV, 2e édition, 1846 (1), où je pus lire à la page 259 la reproduction légèrement paraphrasée du passage cité plus haut, avec la seule différence pourtant que Vidal semblait heureux de confirmer la vérité de l'observation qu'il copiait, en la faisant précéder de ces quelques mots : « Ainsi, il est très vrai que, chez un forçat, etc. »

Par contre, je ne rencontrai dans ce second article aucune cita-

(1) La première édition (t. IV, 1840) ne dit rien du même fait; les troisième et quatrième éditions (1851 et 1855) reproduisent les mêmes termes que la seconde. Voy. t. IV, p. 26. La cinquième édition de l'ouvrage de Vidal, annotée par M. Fano, ne contient de plus que les précédentes que ces mots : « observé par Guillon », sans autre indication. — 1860, t. IV, p. 84.

contre l'hypochondrie puerpérale. (*Dublin Medical Press*, 30 janvier 1861.)

— Lorsque l'on prend un bain sulfureux artificiel, les effets produits sur l'économie peuvent être assez différents, parce que la composition peut en varier à l'infini, suivant, en quelque sorte, le caprice du pharmacien ou du baigneur, chacun d'eux variant, si le médecin abandonne son malade à leur initiative, pour le choix du sulfure alcalin et pour la dose. Or, comme l'action des divers sulfures n'est pas absolument la même; comme la différence des doses entraîne aussi des différences d'action, le médecin devra toujours formuler nettement quelle sorte de bain sulfureux artificiel il entend faire prendre à son malade. Il devra aussi faire attention à la déplorable habitude prise dans le commerce de faire des substitutions, qui, bien que paraissant, au premier abord, indifférentes, ne le sont peut-être pas au point de vue médical. C'est ainsi que, comme le rappelle M. Cazac (de Toulouse), aujourd'hui on vend dans la droguerie, sous le nom de *foie de soufre*, non plus du *sulfure de potasse*, mais du *sulfure de soude*, ou un mélange de sulfures de potasse et de soude, qui ont l'inconvénient grave de se décomposer beaucoup plus que le sulfure de potasse du Codex. Pour obvier à cet inconvénient et pour obtenir en même temps un produit moins coûteux, M. Cazac propose l'emploi de la combinaison suivante : Chaux vive, 120 parties; soufre, 250. On délaye le tout, après extinction de la chaux, dans 2000 parties d'eau; on fait bouillir dans un vase de fonte, et on ajoute environ 200 parties de carbonate de potasse après que la chaux et le soufre se sont dissous; on filtre, et on évapore jusqu'à ce que la liqueur marque 42 degrés à l'aréomètre Baumé. La liqueur représente un tiers de son poids sulfure sec. Pour que cette préparation se fasse dans de bonnes conditions économiques, il est utile de préparer à la fois huit à dix bains. Cette préparation de bains sulfureux artificiels est incontestablement faite d'après un procédé pharmacologique régulier, et c'est à l'expérimentation thérapeutique à venir donner sa sanction au procédé. (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, 1860.)

— Les eaux sulfureuses artificielles ne remplacent certainement pas les eaux naturelles; cependant, dans quelques cas, l'on peut y trouver une ressource importante que l'on aurait tort de négliger. Aussi le Codex renferme-t-il une formule pour préparer les eaux sulfureuses artificielles pour boisson; mais elle offre quelques inconvénients qu'a évités M. Marcellin Pouillet, en proposant une formule qui donne une préparation uniforme, de conservation facile et très économique : l'auteur réduit en poudre fine et mélange par parties égales, sulfure de calcium, bicarbonate de soude, sulfate de soude, sulfate de potasse, gomme arabique et acide tartrique; il dissout à froid 0,50$^{gr}$ de ce mélange dans un litre d'eau, et, un quart d'heure après le mélange, il obtient une eau sulfureuse d'une saveur presque identique avec les sulfureuses naturelles. Cette formule, qui a donné des résultats satisfaisants à plusieurs médecins des hôpitaux, a été adoptée par l'Académie de médecine, sur le rapport de M. Robinet. (*Répertoire de pharmacie*, février 1861.)

— Les aroïdées, dont quelques espèces (*colocase*) sont employées pour la nourriture dans quelques pays, renferment dans leurs rhizomes, en même temps qu'une notable proportion de fécule, un principe âcre qui détermine chez l'homme un sentiment de cuisson et d'ardeur devenant bientôt insupportable, et qui, dans quelques cas, peut même occasionner des accidents très graves. (Certaines espèces animales, au contraire, paraissent jouir d'une immunité parfaite contre son action.) La science possède un assez grand nombre d'observations, d'accidents, quelquefois mortels, déterminés par l'ingestion de plantes appartenant à cette famille. Tout récemment encore, M. le docteur Cancella a eu occasion d'observer un enfant de trois ans qui, après avoir mâché des racines et des fleurs d'*arum maculatum?* (Gouet), éprouva bientôt une astriction et une cuisson extrêmes dans la bouche : un mouvement fébrile très prononcé ne tarda pas à se manifester, et une inflammation vive s'étendit dans toute la cavité buccale et gagna bientôt le tube digestif et l'orifice des organes respiratoires; la mort du petit malade eut lieu huit à neuf heures après l'accident, malgré l'emploi d'une solution de sel marin, dont, au reste, l'absorption était rendue presque impossible par la contraction et la tuméfaction des premières voies. Le meilleur moyen que nous ayons trouvé pour apaiser la cuisson, qui se fait immédiatement sentir quand on applique un morceau de la plante fraîche sur la langue, consiste à absorber une quantité suffisante d'huile ou de corps gras pour bien lubrifier l'organe, et, par ce procédé, nous avons pu faire terminer promptement une sensation pénible qui certainement aurait été en augmentant pendant plusieurs heures, et se serait prolongée pendant plus de vingt-quatre heures. (*Gazetta medica da Porto*, juin 1860.)

L. Soubeiran.

---

tion, ni de M. Velpeau ni de M. Guillon, que Vidal avait pourtant de bonnes raisons de connaître, comme nous le verrons plus loin.

J'étais, par suite, presque moins avancé qu'avant cette dernière recherche (quoique tranquillisé sur la véracité du fait), et je m'empressai d'ouvrir le tome III des *Eléments de pathologie chirurgicale* de M. Nélaton, édition unique, 1854, p. 494, pour y rencontrer la reproduction, cette fois parfaitement exacte, du passage du *Dictionnaire* en 30 vol. J'y trouvai même deux indications bibliographiques précieuses : d'abord, la confirmation de celle de la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, toujours, il est vrai, sans indication d'édition ; puis celle de l'observation primitive de M. Guillon, publiée dans la *Presse médicale*, t. I, p. 151.

Muni de ces nouveaux guides, et sans trop feuilleter la *Pathologie médico-chirurgicale* de Roche et Sanson (4e édition, 1844), le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et le *Dictionnaire des dictionnaires* de Fabre, qui ne me parurent pas avoir fait allusion à l'objet de mes fouilles scientifiques, j'entrepris décidément mon excursion bibliographique, en prenant la ferme résolution de ne jamais faire la moindre citation sans l'accompagner de tous ses renseignements accessoires.

Que de peines et de tourments on éviterait ainsi aux lecteurs bénévoles!

Mais ce troisième voyage devait m'apporter de nouvelles perplexités, de nouveaux doutes.

La deuxième édition de la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, 1839, t. III, renfermait, en effet, ce qui suit à la page 230 (*Corps étranger du thorax*) :

« Un forçat mourut d'une affection viscérale à l'hôpital de Rochefort. On trouva dans la poitrine de cet homme *un fleuret* (en
» italiques) qui l'avait traversée de part en part, dont une des ex-
» trémités existait dans l'épaisseur d'une côte et l'autre dans le
» corps d'une vertèbre, tandis que sa partie moyenne, recouverte
» de stalactites, était enfermée au milieu du poumon. On apprit
» que la blessure datait de quinze ans, et personne ne se doutait

M. Depaul a ouvert la discussion sur l'opération césarienne *post-mortem*, et prononcé la moitié ou le quart d'un discours. A la manière dont il s'est emparé de la question, on peut prévoir qu'il l'épuisera en grande partie. Nous sommes heureux d'avoir entendu exprimer avec autorité et talent, sur les points principaux de la question, des opinions tout à fait conformes à celles que connaissent déjà nos lecteurs. Nous n'avons qu'à attendre la suite du débat pour savoir ce que nous devrons ajouter ou modifier à nos appréciations.

Nous signalons des communications importantes de trois des écrivains de la presse parisienne : une de M. Giraud-Teulon sur un nouvel ophthalmoscope; une autre de M. Joulin sur le pemphigus utérin; la troisième, de M. de Pietra-Santa, sur la pulvérisation des Eaux-Bonnes. Cette question de la fragmentation des eaux minérales, née de l'initiative ingénieuse de notre collègue M. Sales-Girons, est entrée dans la voie du contrôle public. Suivant M. de Pietra-Santa, l'eau sulfureuse pulvérisée aurait perdu une partie des qualités physico-chimiques auxquelles est liée son action thérapeutique; et M. Briau, dans un mémoire dont nous publions aujourd'hui même une partie, prétend établir que l'eau pulvérisée ne pénètre pas dans la trachée artère. Enfin M. Maisonneuve a présenté un nouvel uréthrotome qui paraît beaucoup plus sérieux que la plupart des inventions de ce genre.

Au commencement de la séance, M. le professeur Regnauld a été élu membre de l'Académie à une immense majorité; c'est pour nous la satisfaction d'un désir exprimé déjà dans une précédente occasion. MM. Langlois, Figuier et Leconte ont obtenu quelques suffrages dans lesquels le mérite de ces candidats permet de voir un augure favorable.

Une nouvelle vacance a été déclarée dans la section de médecine vétérinaire.

A. DECHAMBRE.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

DES EFFETS DE LA RESPIRATION DE L'EAU MINÉRALE PULVÉRISÉE, par M. le docteur RENÉ BRIAU, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine, médecin aux Eaux-Bonnes.

Lorsque notre honorable confrère, M. le docteur Sales-Girons, il y a quelques années, trouva le moyen de réduire en poussière fine l'eau saturée de principes salins fixes tenus en dissolution, de la fractionner mécaniquement en molécules infiniment petites, dans le but de la faire respirer avec l'air atmosphérique et de la répandre sur toute la surface de la muqueuse des bronches; tout le monde fut frappé de ce qu'il y avait d'ingénieux dans ce procédé, et chacun accepta, pour ainsi dire d'emblée, l'espoir que l'art posséderait désormais le moyen d'agir topiquement sur le canal aérien et jusque sur le tissu pulmonaire. On se berça même de l'idée qu'il serait possible de faire absorber par cette voie toute espèce de médicament.

La pensée en était venue à M. Sales-Girons à la suite de discussions dans lesquelles il avait été clairement démontré que les étuves où l'on condensait, soit naturellement, soit artificiellement, les vapeurs d'eaux minérales ne contenaient que les substances volatiles et nullement les matières fixes dissoutes dans ces eaux, de telle sorte que les malades qui séjournaient dans ces étuves ne respiraient, en définitive, que de la vapeur d'eau mélangée de quelques principes gazeux dégagés des sources minérales.

L'idée de M. Sales-Girons eut un tel succès, que la plupart des établissements thermaux où l'on traite les affections des voies respiratoires s'empressèrent de faire construire des salles spéciales pour la respiration de l'eau minérale pulvérisée, sur le modèle de celle de Pierrefonds, qui avait eu l'initiative de cette application nouvelle. Ce ne fut pas tout encore : pour faciliter l'emploi du nouveau moyen et pour en généraliser l'usage, en un mot, pour mettre à la portée de tout le monde la *thérapeutique respiratoire* (c'est le nom un peu ambitieux que M. Sales-Girons donnait à sa nouvelle méthode), il fit établir de petits appareils portatifs à l'aide desquels, au moyen de quelques coups de piston, on obtient immédiatement un brouillard épais d'eau pulvérisée contenant en dissolution les substances médicamenteuses que l'on veut introduire dans les voies aériennes.

Depuis plusieurs années tous ces appareils fonctionnent régulièrement, et une expérience assez étendue est déjà acquise sur les effets de cette nouvelle méthode. Pour mon compte, depuis deux ans que la chambre de respiration est en usage à l'établissement thermal des Eaux-Bonnes, j'ai employé ce mode de traitement sur quarante-neuf malades atteints de diverses affections, sans compter les observations faites sur moi-même. Je me suis, en outre, livré à des expériences sur les animaux en les soumettant à ce mode de respiration; et c'est le résultat de ces études et de ces recherches que je viens communiquer au public médical.

La question capitale à examiner préalablement, celle qui domine toutes les autres et qui a été le but principal de mes recherches, c'est de savoir si l'eau pulvérisée par les appareils de M. Sales-Girons pénètre réellement dans les bronches et jusqu'où elle va dans le canal aérien. En effet, si l'on arrive à démontrer que les molécules d'eau contenant des sels fixes en dissolution ne parviennent pas dans la trachée artère, peut-être pas même au delà de l'ouverture de la glotte, il devient évident que la *thérapeutique respiratoire*, dans le sens attaché à cette expression par son auteur, n'est qu'une pure illusion. Dans ce cas, le but qu'il prétendait atteindre par la respiration de l'eau pulvérisée est com-

---

» de la présence d'un semblable corps étranger dans le thorax du » malade. »

C'était bien à peu près le texte reproduit par l'article du *Dictionnaire*, sauf un renseignement de plus, l'affection viscérale à laquelle le forçat avait succombé, et deux détails particuliers que Marjolin avait cru sans doute pouvoir se permettre de modifier pour diminuer le merveilleux du récit de M. Velpeau, à savoir : la présence d'un fleuret entier au lieu d'un fragment de cette arme, et l'expression de *stalactites* remplacée par *concrétions calcaires*, mots incontestablement moins pittoresques.

J'avais donc, en somme, peu gagné à remonter plus près vers la source; mais je crus enfin toucher au terme de toutes mes incertitudes en ouvrant le premier volume de la *Presse médicale*, ancien journal hebdomadaire fondé par M. Amédée Latour en décembre 1836 (prospectus), et qui, d'après M. Velpeau, copié par M. Nélaton, devait renfermer à la page 151 l'observation sans doute originale de M. Guillon.

Je ne fus point trompé.

Elle figurait dans une lettre du 26 février 1837, adressée par M. Guillon, docteur-médecin à Coze (Charente-Inférieure), à M. Amédée Latour lui-même, au sujet des faits extraordinaires de la chirurgie, critiqués à outrance par Vidal (de Cassis) dans le n° du 22 février de la même année.

Voici le texte, qui avait pour épigraphe :

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

« Le cabinet anatomique de Rochefort renferme le thorax d'un » forçat, mort d'une affection abdominale, qui vécut quinze ans » au bagne avec une portion de fleuret brisée dont on n'avait » jamais soupçonné la présence, et qui, introduite entre la quatrième et la cinquième côte, avait traversé le poumon droit et » s'était fixée dans la colonne vertébrale.

» La côte sur laquelle elle appuyait en dehors et la vertèbre » dans le corps de laquelle elle était implantée avaient donné lieu » chacune à la production d'une lame osseuse qui s'avançait au-» dessous en forme d'assise, de manière à la supporter dans une

plétement manqué, et il faut chercher un autre emploi pour utiliser ce qu'il y a d'ingénieux dans son idée. Cette question doit donc être étudiée avant tout, puisque de sa solution dépend toute l'importance de la découverte. Pour la résoudre, j'aurai recours à trois ordres de recherches : 1° aux considérations et aux faits physiologiques, 2° aux observations cliniques; 3° aux expériences sur les animaux.

§ Ier. — *Considérations et faits physiologiques.*

Les canaux aériens, indispensables à la grande fonction de la respiration, sont destinés à introduire l'air atmosphérique dans les cellules pulmonaires. Ils sont donc organisés spécialement pour le passage de ce fluide et de ceux qui, se formant dans l'acte de l'hématose, doivent être expulsés hors de l'organisme. Par conséquent, la sensibilité de leur muqueuse est en relation directe avec ces fluides, et son organisation est adaptée à leur état physique, comme celle de l'estomac est en rapport avec les aliments, comme celle de la vessie avec le liquide urinaire. Toutefois, elle peut tolérer le contact de plusieurs autres substances gazeuses ou volatiles, sans doute à cause de la similitude de leur état physique avec celui de l'air atmosphérique. Mais, en dehors de ces gaz ou vapeurs, toutes les matières liquides ou solides qui pénètrent, en si petite quantité que ce soit, dans le tube aérien, y causent une irritation plus ou moins vive et excitent immédiatement des efforts d'expulsion manifestés par de la toux, et ces efforts ne cessent qu'après la sortie de ces substances. Il n'y a même pas d'exception pour le sang extravasé ni pour les matières morbides sécrétées par les divers tissus dont est composé l'organe pulmonaire et par la membrane muqueuse elle-même. Dans ce dernier cas l'irritation, pour être moins vive, n'est pas moins efficace, et la toux les chasse comme les autres hors de l'arbre bronchique. Ce fait de l'irritation produite par le contact des liquides et des solides est surtout remarquable lorsque, dans un mouvement incomplet de déglutition ou dans le vomissement, une goutte d'eau ou une parcelle de matière solide pénètre dans la glotte. L'introduction de la vapeur d'eau dans les voies aériennes n'y est tolérée qu'autant qu'elle reste à l'état de vapeur, car si elle vient à se condenser et à reprendre son état liquide, la toux se manifeste aussitôt jusqu'à ce que l'expulsion ait lieu. C'est ce que chacun a pu observer en prenant un bain de vapeur en étuve.

Ainsi, la considération physiologique fait voir que la muqueuse du canal aérien ne supporte le contact d'aucun corps liquide ou solide, et que la présence de ces matières sur un point quelconque de sa surface excite à l'instant de la toux et des efforts d'expulsion ; elle ne tolère que les gaz ou les vapeurs.

Mais l'expérience directe dans les cas pathologiques fait encore mieux ressortir cette intolérance de la muqueuse laryngo-bronchique au contact des liquides. En effet, M. le professeur Trousseau, à la suite de l'opération de la trachéotomie, a souvent introduit par la plaie de petites quantités d'une solution de nitrate d'argent, et toujours, à l'instant même du contact du liquide avec la muqueuse, il a vu ses malades éprouver tous les symptômes d'une vive irritation, faire des efforts considérables d'expulsion et manifester en un mot les caractères de la plus complète intolérance, qui allait jusqu'à produire des accès de suffocation. Avant lui déjà son illustre maître, M. Bretonneau, avait observé les mêmes phénomènes lorsqu'il introduisait par la plaie une petite éponge imbibée de la même solution et fixée au bout d'une tige de baleine. Enfin, le docteur Barthez a fait les mêmes remarques lorsqu'après la trachéotomie il lui est arrivé d'instiller par la plaie avec beaucoup de précautions quelques gouttes de liquide dans la trachée-artère ; et cependant, dans tous ces cas, la muqueuse se trouvait recouverte de fausses membranes qui empêchaient jusqu'à un certain point le contact immédiat du liquide avec la muqueuse.

A la vérité, un médecin américain, le docteur Horace Green (de New-York), a publié en 1855 un mémoire dans lequel il rapporte qu'il a pu introduire un tube flexible à travers l'ouverture de la glotte et celle des cordes vocales jusque dans les divisions bronchiques, et il ne fait mention d'aucune gêne, d'aucun effort d'expulsion de la part des malades, affirmant que ceux-ci respiraient librement par ce tube. Bien plus, il raconte qu'il a fait par le moyen de ces tubes de nombreuses injections d'une solution de nitrate d'argent forte de quarante grains par once d'eau qu'il poussait ainsi dans les bronches à l'aide d'une petite seringue en verre à la dose de une à deux drachmes, et il ajoute que cette injection ne provoqua aucun effort de toux, aucun sentiment de suffocation, et que le patient ne trouva aucunement le goût âpre de la solution ; seulement, au bout de quelques minutes, il eut une sensation de chaleur dans la portion supérieure du poumon injecté (1).

La précision et les détails de ces faits qui, ainsi que l'affirme l'auteur, se sont passés en présence de plusieurs médecins, sont certainement de nature à attirer vivement l'attention des praticiens, et l'on a lieu de s'étonner et de regretter que les observations de M. le docteur Green n'aient pas été répétées en Europe. En l'absence de toute vérification, nous ne pouvons que les mettre en regard des faits contraires rapportés par MM. Bretonneau, Trousseau et Barthez, en ajoutant que M. le professeur Erichsen (de Londres) a vainement essayé de faire passer une petite baleine entre les cordes vocales, et qu'il a déclaré, après beaucoup d'essais infructueux sur le cadavre et sur le vivant, mais peut-être avec trop d'assurance, que cette introduction était impossible. Il nous paraît donc prudent de faire une réserve à l'égard des opérations de M. le docteur Green et de s'en tenir, quant à présent, aux observations bien plus nombreuses qui démontrent que la sensibilité de la mu-

(1) Through this tube, with a small glass syringe, I injected one drachm of a solution of nitrate of silver, of the strength of forty grains to the once of water, into the lungs. No cough whatever, or any sense of suffocation, was produced by this operation, nor did the patient observe in the least the ordinary bitter taste of the solution... And on each occasion from one and a half to two drachms of a strong solution of the nitrate of silver were injected into the lungs. (*On injection of the bronchial tube*, New-York, 1855.)

---

» plus grande étendue. La portion du poumon traversé était cartilagineuse dans un rayon d'un demi-pouce. Le reste de l'organe était parfaitement sain.

» Les renseignements pris plus tard sur cet homme ont appris que, dans un guet-apens, l'individu qu'il avait attaqué, et qui ne le connaissait pas, s'était, en effet, servi pour se défendre d'une canne à lance dont il était armé par hasard, et qui s'était rompue, sans que la santé dont cet homme avait continué à jouir en apparence eût jamais élevé sur lui le moindre soupçon, car je crois me rappeler que sa condamnation était basée sur un autre crime. Dans tous les cas, cela ne changerait rien à la nature du fait chirurgical. »

Hélas! trois fois hélas! pour quelques renseignements nouveaux et plus complets qui donnaient au récit de M. Guillon l'apparence d'une observation sérieuse, que d'erreurs ne trouvais-je pas dans le texte de ce confrère qui semblait pourtant parler *de visu!* Vidal eût été, certes, bien heureux de pouvoir rendre sa réponse plus piquante et plus écrasante à la fois s'il avait pu démontrer, comme nous allons le faire, que son critique avait broché son histoire de souvenirs éloignés et, par conséquent, tellement inexacts, qu'on serait tenté de croire qu'il n'avait même jamais vu la pièce pathologique dont il parlait.

Le cabinet anatomique de l'hôpital de Rochefort ne renferme point, en effet, le thorax du forçat blessé, mais bien une partie très restreinte de la cage thoracique de cet individu.

L'instrument vulnérant n'est point un fleuret, comme M. Velpeau semble avoir tenu seul à le faire remarquer en mettant ce mot en italique (1), ni même une portion de fleuret, comme l'avait publié M. Guillon, qui, par une contradiction qui lui aura sans doute échappé, dit, dans la dernière partie de sa lettre, que c'était la lance cachée d'une canne.

Cet instrument n'a point pénétré entre la quatrième et la cinquième côte, comme le dit M. Guillon, ni traversé le thorax de

(1) C'était sûrement pour exprimer un doute; mais pourquoi modifier le texte primitif de M. Guillon?

queuse bronchique est toujours fortement excitée par le contact de tout corps étranger solide ou liquide, observations d'ailleurs tout à fait conformes aux saines notions de la physiologie.

Or, quel est le but de la respiration de l'eau pulvérisée, chargée ou non de sels fixes en dissolution? C'est précisément d'introduire dans le tube aérien des matières liquides et solides. Car il ne faut pas s'y tromper, ce n'est point à l'état de vapeur que l'eau sort des appareils pulvérisateurs. La vapeur d'eau pénètre, en effet, facilement jusque dans les bronches sans y exciter la sensibilité de la muqueuse; mais la vapeur d'eau ne peut contenir aucun principe fixe, aucun sel qui ne serait pas volatil, ainsi que le prouvent les distillations et d'autres faits connus de tout le monde. Les appareils pulvérisateurs ont pour but et pour résultat de réduire l'eau en poussière extrêmement ténue, en particules divisées à l'infini, mais toujours maintenues à l'état liquide, et contenant par conséquent tous les corps qui y ont été dissous avant le poudroiement. Ce fait important est facile à démontrer. Si, en effet, on introduit dans le pulvérisateur de l'eau tenant en dissolution une matière sapide, telle que le chlorure de sodium ou le sulfate de quinine et qu'on en aspire la poussière, on reconnaît immédiatement le goût de ces substances dès que la poussière d'eau est arrivée dans la cavité buccale. Ainsi, il est positif que l'opération du poudroiement de l'eau ne change pas son état physique, qu'elle reste liquide, et que sa poussière contient les principes fixes qui y ont été dissous. Par conséquent, si cette poussière pénétrait dans le canal aérien, comme le croit et l'affirme M. Sales-Girons, le liquide aqueux, ainsi que les matières salines, iraient se déposer sur la muqueuse laryngo-bronchique, et cela sans cependant exciter aucun accès de toux, aucun effort d'expulsion, puisque l'on peut rester des heures entières dans les chambres de respiration, ainsi que je l'ai fait, sans qu'aucun de ces phénomènes se manifeste. Ce serait là, croyons-nous, une chose peu conforme aux notions de la saine physiologie aussi bien qu'aux observations faites dans l'état pathologique, et cette seule remarque suffirait déjà pour conduire les esprits réfléchis au doute sur la réalité du fait de la pénétration dans le canal aérien de l'eau pulvérisée et des sels qui y sont tenus en dissolution.

*(La suite à un prochain numéro.)*

---

## III

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

**Des cysticerques de ténias chez l'homme**, par E. Koeberlé, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chef des travaux anatomiques.

(Suite. — Voir le numéro 12.)

Les cysticerques ont été fréquemment observés dans le cerveau et dans les méninges. On a très souvent confondu avec eux des kystes hydatiformes des plexus choroïdes. Le kyste fibreux qui les renferme est, en général, très mince. Lorsqu'ils ne sont pas accumulés en trop grand nombre, et qu'ils ne provoquent pas de phénomènes inflammatoires, ils ne déterminent ordinairement pas d'accidents notables. Dans les cas contraires, on remarque des symptômes de méningite ou de compression cérébrale, tels que céphalalgie, fièvre, agitation, délire, convulsions, tremblements des membres, paralysies, évanouissements prolongés (1), coma. Ces symptômes peuvent s'amender et disparaître pour un temps plus ou moins long, ou bien ils entraînent plus ou moins rapidement la mort.

Des observations de cysticerques dans le cerveau ou dans les méninges ont été faites par Laennec (2), Rudolphi (3), Himly (4), Louis (5), Chomel (6), Bouvier (7), Krauss (8), sans qu'on ait noté pendant la vie un symptôme spécial provoqué par leur présence.

Dubreuil (9) en a observé également dans le cerveau d'un supplicié.

Forget (10) a rencontré de nombreuses hydatides (cysticerques?) libres ou légèrement adhérentes à la pie-mère sur la surface du pont de Varole, de la partie supérieure de la moelle allongée et de la face inférieure du cervelet, chez un homme de vingt-quatre ans, qui, depuis six mois, éprouvait de la fatigue et des douleurs dans les membres, de la céphalalgie. Cet homme était sujet à des attaques d'épilepsie; son facies était hébété; sa vue et son ouïe avaient notablement diminué; sa marche était mal assurée, les urines étaient involontaires. Il survint de la diarrhée, et le malade mourut à la suite d'un affaiblissement progressif et d'une infiltration séreuse des extrémités.

Des observations douteuses de cysticerques, analogues à la précédente, dans lesquelles les caractères précis des parasites ne sont point notés, ont été faites par Treutler (11), Aran (12), Brera (13), etc.

Davaine et Duplay (14) ont trouvé huit ou dix cysticerques disséminés dans les méninges et dans la substance du cerveau d'un vieillard en démence depuis environ *dix ans*.

Calmeil (15) a observé plusieurs cysticerques à la surface de l'hémisphère gauche du cerveau et quatre dans la substance de l'hé-

(1) Dans un cas mentionné par Lebert dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1837, p. 38.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*
(4) *Loc. cit.*
(5) Louis, *Recherches sur la phthisie*, Paris, 1843, p. 162.
(6) *Dictionnaire de médecine en 30 vol.*, art. Hydatides.
(7) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, 1840, t. IV, p. 556.
(8) Damerow's, *Zeitschr.*, t. X, 2e fasc.
(9) Gervais et van Beneden, *Zool. méd.*, t. II, p. 250.
(10) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1846.
(11) Treutler, *Obs. pathol. anat. in helminth. hum. corp.*, Lipsiæ, 1793.
(12) *Archives générales de médecine*, 1841, 3e série, t. XII.
(13) Brera, *Lezioni med.-pratt.*, etc., Crema, 1802.
(14) Davaine, *Traité des entozoaires*, Paris, 1860, p. 660.
(15) *Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1828, t. I, p. 44.

---

part en part, comme l'avance M. Velpeau, copié par Marjolin, Vidal et M. Nélaton.

Il n'a point intéressé le poumon droit, mais bien le gauche; il n'est point venu se fixer dans le corps d'une vertèbre, et si décidément les stalactites ou les concrétions calcaires n'ont existé que dans le texte de M. Velpeau et de ses copistes, les productions osseuses qui se sont développées ne se présentent point davantage sous la forme d'une lame d'os s'avançant en assise pour supporter le corps étranger.

Les autres détails de l'autopsie du poumon et les commémoratifs posthumes, bien confus déjà dans la lettre de M. Guillon, sont aussi fort peu propres à inspirer de la certitude.

Adoptez donc de confiance et sans vérification des observations merveilleuses!

Et pourtant le fait a existé, il a conservé sa preuve la plus irrécusable; il est certainement assez remarquable pour qu'on le rappelle, plus merveilleux même que les récits qu'on en a faits, et c'est à ces divers titres que nous avons pensé qu'il y avait quelque utilité à refaire complétement son observation détaillée, ornée même du dessin de la pièce pathologique (1), et sans omission des documents justificatifs qui s'y rapportent.

Or, ce n'a pas été sans peine que nous avons pu recueillir des renseignements quelque peu précis sur la date de l'autopsie elle-même, soit en consultant de vieux et poudreux registres qui ne nous ont rien appris, soit en interrogeant les souvenirs de la plupart des professeurs anciens ou actuels de l'école de Rochefort, ainsi que ceux des médecins qui avaient quitté depuis longtemps la marine pour la vie civile.

Nous dirons bientôt quel a été le résultat de nos recherches; mais on se convaincra sans peine des erreurs sans nombre du récit de M. Guillon en lisant la description, cette fois garantie, de la pièce pathologique du musée.

(1) Nous devons les deux planches qui complètent notre travail à M. Ardouin, étudiant en médecine de Rochefort, qui a heureusement reproduit les particularités de la pièce de conviction du débat.

*(La suite à un prochain numéro).*

misphère droit, chez un homme âgé de quarante-sept ans, ayant offert, dans les six dernières semaines de sa vie, divers symptômes (somnolence, tremblements des mâchoires, délire, faiblesse, agitation) pouvant être rapportés à l'irritation et à la compression du cerveau.

Dans un autre cas, Calmeil (1) a trouvé trois cysticerques à la surface de l'hémisphère droit d'un jeune homme atteint, de loin en loin, d'épilepsie et de délire maniaque, mort accidentellement des suites d'une phlébite consécutive à une saignée.

Dans une autre observation de Calmeil, un malade, qui ne vécut que quatre jours à l'infirmerie consacrée aux indigents de Charenton, accusa d'abord une forte douleur à la jambe droite, et presque aussitôt tomba dans le délire; le troisième jour, il survint un tremblement des lèvres, et le désordre des fonctions intellectuelles persista. La figure était gorgée de sang, le pouls fort, la respiration haute et pénible. Les grands ventricules contenaient deux cysticerques.

Leudet (2) a rapporté le cas d'une femme âgée de vingt-huit ans, sujette à des attaques épileptiformes pendant les trois dernières années de sa vie; elle éprouvait une céphalalgie continuelle, et sa vue s'était considérablement affaiblie. Elle mourut à la suite d'accidents cérébraux aigus. A l'autopsie, on trouva dix-sept cysticerques dans la pie-mère, la substance grise de la surface du cerveau, le corps strié, la couche optique, le cervelet. Une vingtaine de cysticerques se trouvaient dans les muscles des membres supérieurs.

Drewry Ottley (3) a rapporté l'histoire d'une femme âgée de quarante ans qui, depuis quelques mois, était sujette à des étourdissements, et qui fut prise d'un engourdissement avec demi-paralysie du membre supérieur droit, de troubles de l'intelligence et de la mémoire, lesquels disparurent sous l'influence de quelques ventouses scarifiées. Bientôt les étourdissements se multiplièrent, et elle devint sujette à des accès convulsifs pendant lesquels elle perdait entièrement connaissance. Vers la fin de sa vie, elle avait des douleurs de tête continuelles, sans être extrêmement aiguës. Les accès convulsifs se répétèrent de plus en plus, et elle finit par y succomber, vers la fin de la troisième année de sa maladie. A l'autopsie, on trouva la pie-mère parsemée d'un très grand nombre de kystes qui couvraient la surface des hémisphères, et qui pénétraient entre les circonvolutions du cerveau. Les kystes, dont le volume était variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un grain de blé, existaient principalement à gauche; ils s'enfonçaient dans la substance grise des circonvolutions; mais il n'y en avait aucun dans la substance blanche. Ces kystes n'étaient autre chose que des vers vésiculaires composés d'une vésicule postérieure demi-transparente et d'un prolongement cylindrique antérieur, qui était rétracté dans la vésicule comme un doigt de gant, et qu'on faisait sortir par la compression. Ce prolongement était pourvu, à son extrémité, d'une double couronne de crochets autour de laquelle on voyait quatre suçoirs ovales. Le petit ver avait tous les caractères de celui que Rudolphi a décrit sous le nom de *C. cellulosæ*.

Brünniche (4) a relaté l'observation suivante. Une servante âgée de quarante-trois ans, sujette jusqu'il y a trois ans à des accès épileptiques, entra à l'hôpital le 3 mai 1851. On nota chez elle : céphalalgie fronto-temporale gauche; somnolence; affaiblissement de la vue; sensations d'étincelles dans l'œil droit; dilatation inégale des pupilles par moments; strabisme; affaiblissement des facultés cérébrales; défaut d'enchaînement dans les idées; hallucinations; parole lente et difficile; vomissements fréquents; constipation; excrétions involontaires; pouls lent; faiblesse des extrémités supérieures. Elle mourut le 21 mai. A l'autopsie, on trouva trois vers dans le cerveau. Le plus volumineux d'entre eux était logé dans le tissu du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, dans une cavité un peu plus grande qu'un œuf de poule. Cette cavité proéminait dans la partie antérieure du ventricule latéral, et comprimait la partie antéro-externe du corps strié; elle était tapissée par une membrane mince, transparente et vasculaire. Le ver était exactement renfermé dans cette cavité, avec laquelle il ne présentait aucune adhérence, et se composait de trois parties : *a*, d'un sac allongé de la grosseur d'une noisette, contenant un liquide jaunâtre qui renfermait un corps blanchâtre, lequel paraissait adhérer par sa base à l'une des extrémités du sac, où l'on trouvait au dehors une petite ouverture à même de livrer passage à une soie de porc. Des extrémités de ce sac provenaient deux autres sacs, dont l'un, *b*, de la grosseur d'une noix, et dont l'autre, *c*, de la grosseur d'un œuf de poule (1); ils contenaient un liquide limpide et incolore, et ne paraissaient pas communiquer entre eux. Immédiatement en arrière de ce ver se trouvait, dans la partie moyenne de l'hémisphère gauche, un sac de la grosseur d'une noix, plein de liquide, qui faisait saillie à la surface de l'hémisphère, et qui avait contracté des adhérences avec la dure-mère. Le troisième ver, de la grosseur d'une noisette, se trouvait à l'extrémité de l'hémisphère droit; il était renfermé dans une membrane organisée, avec laquelle il n'offrait point d'adhérence; il contenait un liquide clair jaunâtre, dans lequel se trouvaient de petits corpuscules blanchâtres. A l'une des extrémités de ce sac se trouvait un orifice punctiforme qui conduisait au milieu d'un corps blanchâtre analogue à celui du premier ver. Ce corps adhérait à la partie interne du sac, où il présentait un étranglement. La paroi de ce corps avait environ $0^{mm},35$ d'épaisseur, et offrait à sa surface interne des plissements très serrés. Les parois des trois entozoaires, observées au microscope, parurent finement celluleuses, avec de nombreux dépôts de particules, dans lesquelles l'analyse chimique indiqua la présence de la chaux. Au sommet du poumon droit se trouvait une cavité de la grosseur d'une noix muscade, renfermant une matière concrète jaunâtre, entourée d'une membrane partiellement incrustée de sels calcaires. Les poumons étaient exempts de tubercules. Les parasites se rapportaient vraisemblablement au *C. cellulosæ*, d'après Brünniche.

L'observation suivante de Delaye (2) est remarquable par le volume de la vessie caudale du cysticerque. — Un ancien soldat de la garde impériale âgé de cinquante-huit ans ressentit en 1848 une première attaque d'épilepsie; une deuxième attaque eut lieu en 1849, et une troisième au commencement de février 1850. Reçu à l'Hôtel-Dieu, il se plaignit de bourdonnements d'oreilles, d'engourdissement et de faiblesse des extrémités inférieures. Un régime fortifiant diminua ces symptômes; mais, à partir du 26 février les attaques épileptiformes se succédèrent chaque jour. Les remèdes employés restèrent sans effet, et le malade mourut le 6 mars. A l'autopsie, on trouva dans le ventricule gauche du cerveau un corps de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule, couché sur le corps strié, déprimant la couche optique, et uni à la substance cérébrale. Ce corps ovale avait une surface lisse, et était analogue à l'enveloppe interne de l'œuf; il était transparent, et contenait un liquide limpide dans lequel nageait une vessie arrondie. La texture de la vessie externe était d'apparence fibreuse. Les parois de la vessie interne étaient plus minces, plus délicates, et s'altéraient au moindre contact; elles renfermaient un liquide d'un jaune citron dans lequel flottait, attaché à la surface interne, un petit corps cylindrique de 10 à 12 millimètres de long. Au microscope on reconnut que le corps cylindrique consistait en de nombreux anneaux, larges, arrondis à leur extrémité libre comme les anneaux des ténias, et en un petit corps en forme de verrue muni d'un double rang de crochets.

Nivet (3) a observé deux cas de cysticerques dans le cerveau et dans les méninges. — Quatorze kystes furent trouvés dans les méninges et dans la substance cérébrale d'un homme de quarante-trois ans, mort après douze jours de maladie, à la suite d'agitation considérable et de délire, mais qui ne paraît pas avoir été sujet antérieurement à des accès d'épilepsie. — Chez un homme

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1re série, t. V, 1853, p. 24.
(2) *Dictionnaire de médecine en* 30 *vol.*, Paris, 1835, art. ENCÉPHALE, p. 584.
(3) *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1848, p. 149.
(4) *Hospitals Meddelelser*, t. IV; — Schmidt's, *Jahrb.*, t. LXXVIII, p. 171, 1853.

(1) Ces appendices paraissent accidentels. Les parasites étaient probablement très âgés.
(2) *Journal de Toulouse*, mai 1850; — Schmidt's, *Jahrb.*, t. LXVIII, p. 201, 1850.
(3) *Archives générales de médecine*, série 4, t. VI, p. 478.

de cinquante-six ans, abatteur de cochons, sujet, à des intervalles éloignés, à des accès épileptiformes, mort accidentellement à la suite d'un érysipèle phlegmoneux du membre inférieur gauche, on trouva à l'autopsie, dans les méninges et dans la substance du cerveau, huit kystes, et d'autres nombreux dans les muscles iliaques, psoas, et dans les muscles de la paroi abdominale.

Dans le premier cas, dit Nivet, la trompe était entourée d'une couronne de fibres radiées noires qu'on dit être des poils, et les suçoirs offraient une couleur noire, tandis que, dans le deuxième cas, ils étaient incolores.

Aran (1) a observé des cysticerques (regardés par Aran comme étant des acéphalocystes) chez un homme de cinquante-trois ans qui, six mois avant sa mort, fut pris, sans cause connue, de perte de connaissance avec une hémiplégie du côté droit, qui disparut après une saignée copieuse. Cinq mois après cet accident, nouvelle perte de connaissance avec paralysie à gauche. Sous l'influence d'une saignée, la paralysie diminua beaucoup, mais il survint du délire, de l'agitation. La veille de la mort une vingtaine d'attaques épileptiformes se succédèrent de cinq minutes en cinq minutes. A l'autopsie, on trouva la pie-mère injectée, et renfermant de nombreuses petites vessies transparentes et demi-transparentes, qui s'étaient, pour la plupart, creusé une cavité dans la substance cérébrale, ou qui faisaient saillie à la surface des circonvolutions et dans l'épaisseur du cerveau. Toutes ces vésicules contenaient, dans leur intérieur, un liquide transparent, et au centre un petit point blanc suspendu, qui, examiné au microscope, ne présente ni tête, ni suçoir, ni prolongement caudal. Les autres organes ne purent être examinés.

Dans le mois de décembre 1860, j'ai trouvé accidentellement de nombreux cysticerques de tænia solium dans la pie-mère et dans l'épaisseur du tissu cérébral, chez un homme vigoureux, âgé de cinquante et un ans, devenu sourd-muet dans les premières années de sa vie, d'une intelligence bornée, employé comme homme de peine, mort de pneumonie. La surface convexe des hémisphères et la base du cerveau étaient couvertes de plaques laiteuses très étendues, mais non complétement continues : elles étaient plus épaisses en quelques points correspondant au voisinage des cysticerques, au nombre de onze à douze. L'un de ces derniers s'échappa de la boîte crânienne dès que la dure-mère eut été incisée et écartée, par suite de la rupture accidentelle de son kyste. Les cysticerques, sous forme de petites vésicules de 12 à 16 millimètres de diamètre, étaient presque tous logés dans la pie-mère, entre deux circonvolutions cérébrales, tant à droite qu'à gauche, irrégulièrement parsemés sur la surface du cerveau. Deux d'entre eux se trouvaient enkystés dans l'épaisseur du tissu blanc du centre ovale à gauche ; un autre était enkysté dans l'épaisseur d'une circonvolution cérébrale adhérente à la pie-mère en un point où cette membrane était très épaissie, à droite : ce parasite était ratatiné, momifié, ovoïde, et ne mesurait que 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large. Un autre cysticerque momifié se trouvait compris au milieu d'un tissu de cicatrice dans la substance blanche du centre ovale, au voisinage des circonvolutions. L'un des cysticerques, situé dans l'épaisseur d'une circonvolution, se décelait en dehors par une saillie demi-transparente. Enfin, un cysticerque bilobé ou étranglé à sa partie moyenne, probablement par un vaisseau qui passait en travers ou par une bride fibreuse, ainsi que cela s'observe d'ordinaire lorsque les parasites affectent une forme irrégulière, était compris dans les plexus choroïdes. Tous les cysticerques étaient renfermés dans un kyste fibreux très mince qui adhérait intimement à la substance cérébrale ou à la pie-mère par des prolongements fibreux et vasculaires, de manière à pouvoir être énucléé, tout en conservant adhérente à sa surface une partie de pie-mère ou de tissu nerveux. Le kyste des parasites logés dans l'épaisseur du cerveau était plus mince que celui des parasites logés dans la pie-mère. A la surface des kystes rampaient des vaisseaux très anastomosés, assez dilatés. Dans leur voisinage, les vaisseaux du tissu cérébral étaient très notablement injectés. Au delà, la substance cérébrale n'offrait aucun signe de congestion vasculaire. Les cysticerques étaient en contact immédiat avec la paroi de leur kyste fibreux. Leur corps, d'une transparence parfaite, avait une légère teinte grisâtre. Invaginés dans leur extrémité caudale, ils se présentaient sous forme de vésicules de 12 à 16 millimètres de diamètre, sphériques ou légèrement ovoïdes, l'une bilobée, suivant qu'ils avaient pu se développer plus ou moins également. Ils reproduisaient la forme du kyste fibreux. Chaque vésicule offrait en un point de sa surface un petit orifice très étroit. Cet orifice se continuait avec une masse cylindroïde, renflée à son extrémité, demi-transparente, opaline, qui se balançait au milieu du liquide que renfermait la mince paroi de la vésicule. L'une des vésicules ayant été incisée, on a pu observer pendant quelque temps, sous l'influence d'une chaleur douce et d'une irritation mécanique, des mouvements vagues. Sur le pourtour de la masse cylindroïde, on remarquait de petits lobules blanchâtres disposés d'une manière irrégulière, et groupés particulièrement au voisinage de la vésicule. Ces lobules blanchâtres étaient formés par des globules très ténus, dont l'ensemble constitue probablement des glandes spermatogènes. L'extrémité céphalique des cysticerques était rétractée dans l'intérieur de la masse cylindroïde par une double invagination en doigt de gant repoussé sur lui-même parallèlement à son axe. Les cysticerques isolés avaient 3,5 à 4 millimètres de largeur. Leur tête mesure environ 0mm,6 de largeur, et leur cou, immédiatement au-dessous de la tête, 0mm,25. Le cou s'élargit très rapidement ensuite et atteint 2 à 3 millimètres de largeur ; il présente alors des plissements transversaux marqués, et il contient dans son épaisseur de nombreux corpuscules oviformes. La tête, d'une forme arrondie, est munie de quatre ventouses de 0mm,35 de diamètre longitudinal ; elle est terminée par un rostellum de 0mm,15 *de diamètre*, au pourtour duquel est disposée une couronne de vingt-quatre crochets, dont douze grands et douze petits placés alternativement les uns à côté des autres, leur pointe dirigée en dehors, et leur concavité dirigée en arrière et appliquée sur la paroi de la tête. Les crochets ont des formes massives ; leur apophyse est située à égale distance à peu près des deux extrémités ; ils sont exactement semblables à ceux de la planche III, fig. 11 et 12. Les grands crochets, longs de 0mm,18, ont une largeur de 0mm,05 au niveau de l'apophyse ; le crochet a 0mm,10 de long, et le manubrium 0mm,08. Les petits crochets, longs de 0mm,13, ont une largeur de 0mm,05 au niveau de l'apophyse ; le crochet a 0mm,07 de long et le manubrium 0mm,06. Les cysticerques extraits de leur kyste et immergés dans l'eau blanchissent rapidement. Leur enduit épidermoïde se gonfle, devient opalin et se sépare bientôt sous forme d'une masse floconneuse. Un phénomène analogue ne tarde pas à se présenter dans l'intérieur du corps : le liquide qu'il renferme se trouble par les détritus organiques qui se détachent de la paroi interne de la vésicule caudale. Lorsque les cysticerques renfermés dans leur kyste fibreux demeurent dans l'eau pure pendant un ou deux jours, une certaine quantité de liquide passe par endosmose à travers le kyste et s'accumule entre ce dernier et le corps du cysticerque : le kyste se distend de plus en plus et finit par éclater. Les viscères thoraciques et abdominaux, les muscles, le tissu cellulaire, ne contenaient nulle part de cysticerques. Le foie et les poumons, examinés très attentivement, n'en renfermaient aucune trace. Il n'existait pas de ténias dans l'intestin. Comme dans la plupart des cas observés jusqu'ici, les cysticerques du sujet de cette observation ont été découverts par hasard. Il n'a pas été possible d'obtenir des parents du sourd-muet des renseignements sur les accidents qui ont pu se manifester à l'invasion et pendant le séjour des parasites. Dans les dernières années de sa vie, on n'a pas observé chez lui une indisposition notable.

Chez une femme âgée de quatre-vingt-deux ans, morte de pneumonie, j'ai trouvé cinq cysticerques de *T. solium* dans le cerveau et dans ses enveloppes. Trois d'entre eux étaient plus ou moins momifiés. Le kyste de l'un était incrusté de sels calcaires. Les deux parasites, intacts, avaient, l'un 17 millimètres, l'autre 9 millimètres de diamètre. Leurs crochets, au nombre de trente-deux, ressemblent à ceux qui ont été décrits dans l'observation précédente. Les grands crochets ont une longueur de 0mm,16 et 0mm,056 de

(1) *Archives générales de médecine*, 1841, 3e série, t. XII (*Mémoire sur les hydatides de l'encéphale*), p. 90.

largeur ; les petits ont 0mm,13 de longueur et 0mm,045 de largeur. Le rostellum mesure 0,mm24 et les ventouses 0mm,15 de diamètre. Des noyaux pigmentaires assez abondants sont disséminés au pourtour des crochets. L'extrémité de la tête présentait distinctement le contour de la vésicule céphalique que l'on observe chez certains ténias. Entre le kyste et le parasite, et dans l'intérieur de la vésicule caudale existait un abondant détritus blanchâtre formé de débris épidermoïdes et d'agrégats chitineux. Autour de la partie invaginée est disposée une masse blanchâtre lobulée très développée. La paroi du kyste de l'un des parasites intacts, qui était logé dans le tissu blanc du cerveau, était remarquable par son épaisseur (2 millimètres). Les parasites paraissent être très âgés. On n'a point observé de troubles fonctionnels du cerveau pendant la vie. Le reste du corps ne renfermait aucune trace de cysticerque.

Frédault a donné le nom de *trachélocampyle* à une espèce de cysticerque que l'on peut regarder comme étant tout à fait semblable à celle qu'a observée Günsburg, et que j'ai moi-même rencontrée, et à laquelle j'ai donné le nom de *C. turbinatus*. Les parasites décrits par Werner (*T. eremita hydatigena*) se rapportent à la même catégorie d'observations.

L'observation de Frédault (1), alors interne à l'Hôtel-Dieu, est relative à une femme âgée de quatre-vingt-quatre ans, qui n'avait jamais éprouvé d'accidents cérébraux, et qui fut subitement atteinte d'apoplexie cérébrale, à laquelle elle succomba au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien distendu par de la sérosité, dans laquelle nageaient (?) une vingtaine de petits corps ronds ou ovoïdes, présentant quelquefois comme des bourgeons, d'un diamètre de 6 à 15 millimètres, blanchâtres et demi-transparents ; plusieurs autres étaient engagés à moitié ou complétement dans la substance grise, à laquelle ils n'adhéraient nullement; il n'en existait pas dans les ventricules. Il paraît que l'on n'a point examiné les autres organes; il n'en est point fait mention. En ouvrant les vésicules, on y découvrait un petit corps oblong de 5 à 8 millimètres de long et de 3 à 5 millimètres de large qui y adhérait, et qui était entouré d'un liquide laiteux. La vésicule n'offrait pas d'ouverture extérieure (?); elle était lisse au dedans et au dehors, à l'exception de quelques points de sa surface externe qui ont paru veloutés. L'extrémité céphalique, rétrécie en forme de goulot de bouteille, se recourbait en crosse, et présentait une extrémité libre, plate, que l'on peut considérer comme une tête qui était munie d'une couronne de vingt-quatre crochets longs de 0mm,07 à 0mm,10, et de quatre ventouses de 0mm,148.

Chez un homme âgé de quarante-neuf ans, mort de pneumonie, Günsburg (2) trouva huit vésicules de la grosseur d'une cerise. Les unes étaient situées sur la surface convexe de l'hémisphère droit, en partie libres (?) entre la pie-mère et le feuillet interne de l'arachnoïde, en partie adhérentes aux circonvolutions par des prolongements de la pie-mère; les autres reposaient du côté droit, sur la couche optique et le corps strié, qui avaient été profondément déprimés par ces vésicules. La pie-mère était infiltrée de liquide et d'un exsudat blanchâtre résistant à la surface convexe du cerveau. (Le sujet de cette observation était entré à l'hôpital pour un écrasement du bras, suivi d'accès bien caractérisés de tétanos. Plus tard il fut atteint de pneumonie, puis de pneumothorax, affection à laquelle il succomba après une infiltration générale du tissu cellulaire. L'infiltration et les plaques laiteuses de la pie-mère ne paraissent point devoir être rapportées aux parasites; il en est de même des autres lésions cadavériques qui ont été notées.) Les corps vésiculaires, à l'exception de ceux qui nageaient en liberté, étaient formés : 1° par une coque fibreuse de nouvelle formation recouverte de vaisseaux capillaires ; 2° par une membrane interne libre d'adhérences, d'un blanc jaunâtre, séparée de la coque fibreuse extérieure par un liquide séreux limpide ; elle est constituée par des couches concentriques amorphes ; elle est tapissée à sa face interne par des globules réfringents, insolubles dans l'acide acétique, tandis que le reste de la membrane, de nature fibrineuse, est soluble dans ce réactif; 3° par une membrane amorphe, d'apparence fibroïde, distendue par un liquide clair et transparent ; 4° par le corps du parasite, long de 4 à 6 millimètres, d'un blanc jaunâtre, plissé et recoquillé sur lui-même, fixé contre la membrane précédente. En pratiquant une coupe à travers le corps du parasite, on voit que sa forme est très analogue avec celle d'un nautile. A l'œil, on y distingue une tête d'une forme elliptique, séparée du reste du corps par une partie rétrécie. Au centre de la tête se trouve un orifice de 0mm,3 à 0mm,4 de diamètre, à travers lequel fait saillie une couronne de crochets. A leur pourtour sont disposés quatre corps ovalaires ou ventouses finement granulées. Les ventouses sont formées par une couche de fibres spirales (?), et leur excavation est garnie de cils vibratils (?) dressés et dirigés en dehors. Chez les individus les plus âgés, on remarquait un dépôt de pigment autour de l'orifice terminal. La paroi du corps est parsemée d'un grand nombre de globules réfringents de diverses grosseurs, sans contenu apparent. Les parasites les plus vieux renfermaient des corpuscules arrondis à couches concentriques, et dont quelques-uns étaient munis d'un noyau opaque. Günsburg les regarde comme étant des bourgeons (1).

Nega, suivant Günsburg, paraît aussi avoir rencontré une soixantaine de parasites analogues aux précédents, à l'autopsie d'un homme de quarante ans, qui n'avait présenté aucun symptôme pouvant être rapporté à une lésion du cerveau.

(*La suite à un prochain numéro*).

(1) *Gazette médicale*, Paris, 1847, p. 311.
(2) Günsburg, *Die pathol. Gewebslehre*, t. II, p. 137, Leipzig, 1848.

(1) La forme des crochets, qui sont assez bien représentés, au nombre de 25 (? Il y en avait probablement 24), et les autres figures qui accompagnent le texte, sauf certaines fantaisies micrographiques, se rapportent parfaitement à ce que j'ai moi-même observé. On y remarque les deux espèces de crochets, les grands disposés alternativement à côté des petits, en couronne rayonnante, la pointe et la concavité dirigées en dehors.

---

## IV

## REVUE CLINIQUE.

**Considérations sur la lithotritie. — Exemple d'un succès remarquable, par M. Raoul Leroy (d'Étiolles), travail lu à la Société de médecine du département de la Seine, le 15 février 1861.**

La lithotritie est une opération qui semble facile à faire, si on la voit pratiquer par une main habile.

Cette opinion est aussi celle de beaucoup de chirurgiens qui, n'en ayant fait que quelques-unes, ont eu le bonheur de rencontrer des cas faciles, de petites pierres dans une vessie saine et peu irritée.

Cette appréciation est cependant erronée : mon père m'a dit souvent en terminant une des nombreuses opérations dans lesquelles je l'ai assisté, lorsqu'elle était un peu délicate : « J'ai encore appris quelque chose aujourd'hui, » et cependant il est mort ayant pratiqué plus de 1,100 lithotrities. Moi qui suis très loin d'un chiffre aussi élevé, j'ai pu m'assurer que le chirurgien doit toujours s'attendre à de l'imprévu quand il fait une première séance auprès d'un malade.

En effet : 1° la vessie passe pour avoir, chez tous les individus, à peu près la même forme ; il est cependant loin d'en être ainsi : d'abord, la capacité de cet organe est très variable, parfois il est si peu ample que l'instrument trouve à peine place entre ses parois et la pierre.

2° Les colonnes charnues, plus ou moins développées, forment des cellules dont la profondeur, quelquefois très grande, est la cause de difficultés et de complications.

J'ai rencontré un malade dont la vessie avait la forme d'une très grosse poire renversée en bas, vaste à son sommet, étroite-

ment conique à sa base; elle contenait un calcul, ignoré depuis douze ans, malgré plusieurs investigations, et d'un volume approchant d'un œuf de dinde, un peu déprimé, je le soumets à l'examen de la Société; l'étroitesse surprenante de la portion inférieure de la vessie empêchait de descendre, en la tenant suspendue comme en l'air, cette pierre, sous laquelle les instruments passaient en la touchant un peu. C'était le cas de pratiquer la taille : le malade ne voulut pas s'y soumettre.

M. le docteur Guillon, que j'avais appelé près du malade, et moi, nous n'avons pu qu'entamer la surface du calcul, malgré des tentatives multipliées faites sous les yeux du docteur Alquié.

Nous avons pensé avoir affaire à un calcul enchatonné. L'autopsie nous démontra que notre diagnostic, quoique inexact, était fondé, par cette circonstance que la pierre restait suspendue au-dessus du col de la vessie, à cause de cette singulière conformation de l'organe qui la contenait. On peut voir sur chacune des faces les vestiges de l'action de l'instrument qui n'a pu s'exercer au delà de 2 millimètres d'épaisseur.

3° L'orifice du col s'ouvre dans la vessie à une hauteur variable formant, suivant les individus et suivant les âges, un bas-fond plus ou moins déprimé.

4° Les difficultés réelles de la lithotritie sont causées par le développement variable de la prostate qui change les rapports de l'ouverture avec le réservoir, et oppose quelquefois à l'introduction de l'instrument un obstacle presque insurmontable.

5° Je ne cite qu'en passant la gêne qu'occasionne aussi la présence de tumeurs pédiculées garnissant la marge du col.

6° La seule différence de longueur du ligament antérieur de la vessie (qui dépend de l'aponévrose pelvienne et de l'aponévrose moyenne du périnée) rend plus ou moins facile l'introduction des instruments; en effet, pour faire franchir à l'extrémité courbe ou vésicale d'un instrument la région membraneuse de l'urèthre, il faut abaisser beaucoup le pavillon de l'instrument. Chez certains individus, ce ligament est d'une telle brièveté que l'abaissement du bilube qui tend sur ce ligament est impossible, tant cette manœuvre est douloureuse.

Ces considérations, sur lesquelles je pourrais m'étendre, me conduisent à entretenir la Société d'une opération de lithotritie extrêmement grave que j'ai eu le bonheur de terminer avec succès, après avoir été deux fois sur le point d'y renoncer.

Obs. — *Il s'agit d'un vieillard de soixante-dix-huit ans, affecté d'hypertrophie sénile considérable de la prostate, dont la vessie à cellules contenait deux calculs ayant pour noyaux des débris de sonde. Il avait de plus une hernie inguinale du volume de la tête d'un fœtus, sortant au moindre effort, malgré le bandage qui la contenait.* M. Bonamont (de Brou, près Gannat) m'était adressé par MM. les docteurs Boudant et Danval (de Gannat.)

Depuis sept ans, ce vieillard n'urinait presque pas sans l'emploi de la sonde; on la lui mit à demeure.

Il y a trois ans, il avait commencé à souffrir en urinant; les besoins s'étant rapprochés de plus en plus, le malade apprit à se sonder. Lorsqu'il s'est présenté devant moi le 9 juin 1860, il urinait toutes les quinze ou vingt minutes quelques gouttes seulement d'une urine très odorante, et se sondait immédiatement avec une sonde d'argent. Il avait une hernie inguinale droite grosse comme la tête d'un fœtus, qu'un bandage ne pouvait contenir dès qu'il faisait un effort de miction.

La prostate était si volumineuse, et reculait tellement l'orifice du col que ma sonde était à peine assez longue. J'ai trouvé, tout à l'entrée, près du col, un calcul gros comme un œuf de pigeon, inégal, rendant un son assez sourd, ne paraissant pas dur. La vessie n'a point admis 30 grammes du liquide injecté sans le projeter avec force au dehors. Le malade continuant à se souder, j'ordonnai qu'il fît chaque fois des lavages avec de l'eau tiède, et qu'il prît par jour plusieurs quarts de lavement devant être gardés.

Je tentai une première séance, une semaine plus tard, en présence de MM. les docteurs Daumas et Peyrier. Je fus très surpris de ne pas rencontrer tout d'abord cette pierre que j'avais sentie lors du premier examen; et après avoir, sans plus de résultat, placé le malade alternativement sur le côté ou dans une position très renversée, je pénétrai dans une cellule placée à sa gauche; elle contenait la pierre derrière laquelle j'en sentis une autre plus grosse. Je ne pus les saisir ni l'une ni l'autre, parce que la vessie, s'étant contractée et vidée, m'a gêné dans mes mouvements.

La seconde séance fut tentée à la fin de juin, en présence de M. le docteur Forget et de M. A. Labric, médecin des hôpitaux. Ces messieurs, en considération du grand âge du sujet, de la hernie très volumineuse et gênante, surtout du peu de tolérance de la vessie laissant peu de place aux instruments, enfin, en considération de la cellule assez étroite, me dissuadèrent de continuer cette opération, et m'engagèrent à adopter la taille. Les observations judicieuses de ces messieurs méritaient d'être pesées, mais le malade ayant énergiquement refusé cette périlleuse opération, je le renvoyai chez lui avec un traitement calmant à suivre afin de le mettre en état de supporter une dernière tentative en laquelle j'espérais encore. Je me rendis à Brou le 23 juillet, ayant reçu la nouvelle que les bains, les lavements et les lavages avaient amélioré son état. Je trouvai les deux pierres hors de leur cellule, je plaçai le malade sur un plan très fortement incliné, la tête en bas, et le bassin en haut, et je pus saisir et écraser facilement l'un des corps étrangers très friable; l'autre, plus dur, mais probablement aplati, m'échappa à deux reprises. J'ai pu extraire de suite, avec des brise-pierres crucifères, la valeur d'une grosse aveline de matière plâtreuse, composée de phosphate et de carbonate de chaux. Il y avait dans la poudre de pierre des parcelles de substance noire que je reconnus, en l'examinant de près, pour des débris de sonde; le malade se rappela alors qu'une sonde restée longtemps à demeure, il y a plusieurs années, était brisée du bout quand on la retira.

Quelques jours plus tard, il était de retour à Vichy, subissant une nouvelle séance en présence de MM. Daumas et Pupier; j'ai pu depuis lors, jusqu'à la fin, rapprocher les séances tous les trois jours, et le malade a été débarrassé complétement et guéri le 10 août, en six séances. J'omets à dessein de compter les deux tentatives infructueuses faites au début.

Dès la veille de chaque opération, j'ai donné à ce malade du sulfate de quinine à la dose d'un gramme, additionné d'un grain d'opium, dans les vingt-quatre heures, afin d'éviter ces accès de fièvre que l'on voit trop souvent prendre une forme pernicieuse.

---

V

## CORRESPONDANCE.

### Émissions sanguines dans le traitement des affections de l'utérus.

Dans un article bibliographique concernant la *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, par MM. Bernutz et Goupil, M. le docteur Rouyer rappelle un passage où mon nom se trouve cité à côté de celui de Lisfranc, passage défavorable à l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des affections de l'utérus, et il ajoute : « Nous croyons utile de reproduire cette protestation contre l'emploi systématique des saignées, moyen presque toujours inefficace, souvent déplorable, etc. » (*Gazette hebdomadaire*, n° 12, p. 191.)

Je crois utile, à mon tour, monsieur le rédacteur, de protester contre le ton un peu tranchant des critiques de M. Rouyer.

1° Si M. Rouyer veut bien se donner la peine de consulter le chapitre IV de mon Traité des maladies de l'utérus, il pourra se convaincre, comme je l'ai dit dans ma *préface*, que je n'ai pas recours à la saignée d'une manière indifférente, systématique, et en quelque sorte arbitraire; il verra que j'ai subordonné son emploi à des indications formelles, à des règles précises et déterminées.

2° Où sont les faits qui autorisent M. Rouyer à déclarer que cette médication est presque toujours inefficace et souvent déplorable? Pour la juger aussi sévèrement et la proscrire avec tant de rigueur, l'a-t-il expérimentée lui-même ou l'a-t-il vu expérimenter par d'autres, et conformément aux principes que j'ai posés? En médecine, comme dans toute science exacte, il ne suffit pas d'affirmer ou de nier, il faut prouver; une allégation sans preuves est sans valeur. Convaincu de cette vérité, et voulant ajouter la démonstration clinique aux assertions de la théorie, j'ai rapporté plus de cent observations qui viennent à l'appui des doctrines développées dans la première partie de mon ouvrage. J'y renvoie

M. Rouyer, qui trouvera là peut-être la justification d'un traitement qu'il condamne, je le crains bien, sans le connaître, et qui, employé méthodiquement et non systématiquement, est souvent efficace et n'est jamais déplorable.

J'aurais négligé de répondre aux critiques de M. Rouyer, si elles n'avaient pas été formulées dans un journal qui jouit de la plus grande notoriété, et si je ne savais quelle confiance accordent aux comptes rendus bibliographiques la plupart des médecins qui n'ont pas toujours le temps de lire les livres nouveaux.

Agréez, monsieur le rédacteur, etc.

A. Nonat.

---

## VI

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. CHASLES.

La séance s'ouvre par la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.

### PRIX DÉCERNÉS

POUR L'ANNÉE 1860.

Prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon) pour l'année 1860, à M. *B. Stilling* (de Cassel), pour son grand ouvrage sur la *Structure de la moelle épinière*.

Première mention à MM. *Philipeaux* et *Vulpian* pour leurs *Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux*.

Deuxième mention à M. *E. Faivre* pour son travail sur la *Modification qu'éprouvent, après la mort, les propriétés des nerfs et des muscles chez les grenouilles*. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Milne Edwards, Coste, Claude Bernard *rapporteur*.)

Prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon). — 1° A M. *Davaine*, un prix de *deux mille cinq cents francs* pour son *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*;

2° A M. *J. Bergeron*, un prix de *deux mille francs* pour son ouvrage intitulé : *De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthéritique, ulcéro-membraneuse* ;

3° A M. *Maingault*, un prix de *deux mille francs* pour son ouvrage intitulé : *De la paralysie diphthéritique*.

Mentions honorables. — 1° A M. *Turck* et à M. *Czermack*, une mention honorable pour leurs travaux sur la *laryngoscopie*.

2° A M. *Marey*, une mention honorable pour son travail intitulé : *Études sur la circulation sanguine, d'après les différentes formes du pouls, recueillies au moyen du sphygmographe*. (*Comm.* : MM. Velpeau, Claude Bernard, Andral, Serres, Jobert (de Lamballe), Jules Cloquet, Milne Edwards, Flourens, Rayer *rapporteur*.)

Prix Bréant. — L'Académie a reçu cette année dix-sept pièces pour le prix Bréant. Parmi ces pièces, quatorze sont relatives au choléra. La plupart d'entre elles consistent en de simples notes, des lettres ou même des remèdes, sans autre indication pour ces derniers que leur efficacité prétendue contre cette maladie si grave. Aucune d'elles n'a paru à la commission digne de fixer l'attention de l'Académie.

Elle a reçu, en outre, deux ouvrages sur les affections dartreuses que la commission a réservés pour le concours prochain. (*Comm.* : MM. Andral, Velpeau, Claude Bernard, Jobert (de Lamballe), Jules Cloquet, Serres *rapporteur*.)

Nous ferons connaître les prix proposés dans le prochain numéro.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 MARS 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de remercîments de M. *Leudet*, récemment élu membre correspondant. — *b*. Un supplément à un mémoire intitulé : *Du sang considéré comme véhicule*, etc., par M. le docteur *Fiévet*. (*Commission déjà nommée.*) — *c*. Une note de M. le docteur *Pietra-Santa* sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).

M. le *Secrétaire perpétuel* résume ainsi les conclusions de la note de M. Pietra-Santa :

1° Dans l'acte de la pulvérisation, l'eau thermo-minérale de Bonnes perd une très grande quantité de calorique : pulvérisée à 31 degrés, elle n'arrive au point d'aspiration qu'à 17 ou 18 degrés ; 2° la seule déviation de la température de l'eau de Bonnes à 60 degrés lui fait perdre une partie de sa sulfuration (quantité représentée par 3/10es de division du sulhydromètre Dupasquier) ; 3° par sa pulvérisation, l'eau de Bonnes perd la très grande partie du sulfure de sodium, qui forme un de ses éléments minéralisateurs les plus importants. L'analyse chimique n'en retrouve plus que des traces.

M. *Velpeau* offre en hommage, au nom de M. *Giraldès*, un mémoire sur le *corps innominé*, organe nouveau découvert par l'auteur sur le trajet du cordon testiculaire près de l'épididyme.

Gynécologie. — M. le docteur *Joulin* lit une note sur le *Pemphigus du col utérin*.

Ophthalmologie. — M. *Giraud Teulon* donne lecture d'une *Note sur la construction et les propriétés d'un nouvel ophthalmoscope*. Ce qui distingue essentiellement ce nouvel instrument, c'est qu'une fente horizontale, pratiquée au lieu et place du trou central de l'ophthalmoscope ordinaire, permet de voir par le concours harmonique des deux yeux les images du fond de l'œil. Grâce à cet artifice, « l'image se forme à elle-même son propre tableau ; elle acquiert par là une grande étendue et, en outre, les qualités du relief; ses divers plans se voient alors à leurs distances relatives ; » la rétine apparaît avec son épaisseur réelle, les vaisseaux rétiniens dans leur véritable direction, le fond de l'œil avec ses saillies, ses dépressions, et toutes ses différentes modifications de forme ou de volume. (*Comm.* : MM. Gosselin et Gavarret.)

*Election.*

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre titulaire dans la *section de physique et de chimie médicales*.

La liste de présentation porte : en *première ligne*, M. Regnauld ; en *deuxième ligne*, M. Guillemin ; en *troisième ligne*, *ex æquo*, MM. Figuier, Bouis, Langlois ; en *quatrième ligne*, M. Leconte.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 69 et la majorité absolue 35, M. *Regnauld* obtient 58 voix ; M. *Langlois*, 7 ; M. *Figuier* et M. *Leconte* chacun 2.

En conséquence, M. *Regnauld* est proclamé membre titulaire de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

M. le *Président* proclame une nouvelle vacance dans la *section de médecine vétérinaire*. Il invite MM. les candidats à adresser leurs titres à l'Académie.

M. *Devergie* regrette de ne pouvoir faire le rapport dont il avait été chargé sur un mémoire récent de M. Devilliers. Ce travail a été déjà publié *in extenso* dans un journal de médecine ; et, dans ce cas, les règlements interdisent tout rapport.

*Discussion sur l'opération césarienne après la mort.*

M. *Depaul*. L'Académie se rappelle que dans une première communication de M. Hatin une question de responsabilité médicale a été soumise à l'appréciation de l'Académie. Quelques semaines après, M. de Kergaradec est venu lire un travail où la question d'opportunité de l'opération césarienne *post mortem* a été examinée sous toutes ses faces.

Ces deux communications ont été suivies des travaux de M. Laforgue (de Toulouse), de M. Devilliers (de Paris) et de M. Binaut (de Lille), ainsi que de quelques articles remarquables dans les principaux organes de la presse médicale. Malgré l'importance de

tous ces documents, je me renfermerai dans la discussion des points soulevés et développés par MM. Hatin et de Kergaradec.

Il y a dans l'importante question de l'opération césarienne *post mortem* deux faces bien différentes : l'une purement *scientifique*, l'autre *religieuse*, *théologique* : celle-ci tellement délicate, d'une solution tellement difficile, que je me suis presque reproché, pour un moment, mon empressement à demander la parole.

Je dirai d'abord quelques mots sur le travail de M. Hatin, que la commission chargée de son examen a laissé, pour ainsi dire, vierge de toute critique. A toutes les raisons que M. Hatin a données pour expliquer l'extrême rareté de l'opération césarienne *post mortem*, je crois qu'il faut en ajouter une autre, c'est que la science a marché, qu'elle a fait des progrès sérieux et qu'elle a su, de cette manière, écarter cette triste nécessité ou en diminuer singulièrement les chances.

Les lois et les règlements sur la matière ne paraissent pas suffisants à M. Hatin pour couvrir la responsabilité médicale ; il voudrait, afin d'éviter toute équivoque et tout conflit possible entre le magistrat et le médecin, que la loi imposât à l'homme de l'art l'obligation de pratiquer l'opération césarienne dans des conditions déterminées.

D'après la commission, l'Académie n'a pas à intervenir *officiellement*. Je suis bien de cet avis ; mais il est bon que l'Académie intervienne *moralement* dans une si grave question de déontologie médicale.

Si la loi protége la mère, ne protége-t-elle pas aussi l'enfant, et l'enfant non encore né ? Pourvu qu'il soit viable, ne lui donne-t-elle pas le droit de *recevoir* et celui de *transmettre?* Ne lui accorde-t-elle pas un *tuteur au ventre?*

Je suis étonné que M. Hatin, que MM. Laforgue et Binaut se soient demandé si le médecin avait le *droit* de faire l'opération césarienne après la mort de la mère. Ce droit est de toute évidence, et il n'est pas besoin de loi pour le prescrire, pas plus qu'une loi ne nous est nécessaire pour pratiquer la castration dans un but de conservation, et l'avortement dans des circonstances déterminées. Le médecin seul est responsable de sa conduite en pareil cas ; lui seul peut et doit juger de l'opportunité de l'opération. Toute la question est dans certaines notions scientifiques *spéciales*, relatives à la certitude de la mort de la mère et de la viabilité de l'enfant.

Je passe au travail de M. de Kergaradec. M. de Kergaradec a étudié la question sous toutes ses faces. Sur un certain nombre de points, je suis parfaitement d'accord avec notre honorable collègue, mais il en est d'autres que j'envisage d'une façon toute différente.

Et d'abord, pour plus de clarté, je veux examiner l'opportunité de la gastrotomie chez la femme morte après le cent quatre-vingtième jour de la gestation, ou depuis la fin du sixième mois jusqu'à la fin du neuvième, c'est-à-dire depuis l'époque de la viabilité de l'enfant jusqu'au terme de la grossesse. Ici la loi, la religion et la science se rencontrent et s'accordent sans grande difficulté.

En second lieu, j'étudierai la question pour le cas où la grossesse n'est pas arrivée au sixième mois révolu, et où l'enfant n'est pas réputé viable.

Avant tout, il est utile de s'entendre sur la viabilité.

Pour M. de Kergaradec, il y aurait deux sortes de viabilité : la viabilité scientifique et la viabilité légale. Celle-ci, tout arbitraire, aurait été fixée à une époque trop reculée et ne serait point en harmonie avec les données de la science. Je ne suis aucunement de cet avis, et je pense que la loi a très bien fait en fixant à cent quatre-vingt jours accomplis, à six mois et demi, l'époque de la viabilité. Je déclare que les enfants qui naissent avant ce terme ne sont pas viables. Je ne connais pas un seul fait *authentique* qui démente cette proposition. Ceux qu'on pourrait alléguer reposent sans aucun doute sur une estimation erronée de l'époque de la fécondation, du commencement de la grossesse. Rien n'est plus difficile que de déterminer ce moment d'une manière précise. On ne peut s'en rapporter sûrement ni à la suppression des règles (qui quelquefois persistent dans les premiers mois et même pendant tout le cours de la gestation), ni au développement du ventre, ni aux modifications du col utérin, ni au poids de l'enfant. C'est cette difficulté de préciser l'époque de la conception qui a dû faire croire à la viabilité d'enfants nés avant six mois et demi.

M. Depaul entre ici dans la discussion des faits cités par M. de Kergaradec, et il établit que tous sont insuffisants, incomplets, dépourvus de précision et de toutes les qualités qui constituent la certitude scientifique ; qu'aucun d'eux, par conséquent, ne saurait être invoqué comme un argument de quelque valeur contre la viabilité légale.

J'arrive, ajoute M. Depaul, à un autre point. Combien de temps, après la mort de la mère, l'enfant peut-il vivre encore dans l'utérus ?

Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. M. de Kergaradec n'hésite pas à croire que la vie de l'enfant peut se prolonger plusieurs jours après le décès de la mère. Mais, encore ici, il base son opinion sur des faits du même genre de ceux que j'ai critiqués plus haut et puisés aux mêmes sources, à l'embryologie sacrée de Cangiamila et aux ouvrages des théologiens. Dans la plupart de ces observations, les détails les plus importants font défaut ; le moment de la mort de la mère n'a pu être déterminé ; dans d'autres, il n'est nullement prouvé que l'enfant, *trouvé mort* entre les jambes de la mère, fût né vivant. Je ne suis pas convaincu davantage par les cas dans lesquels l'opération césarienne, faite à une époque éloignée de la mort de la mère, aurait permis de retirer un enfant vivant. L'observation que M. de Kergaradec rapporte d'après son expérience personnelle est elle-même très incomplète. On ignore le moment de la mort de la mère, la maladie à laquelle elle succomba, l'époque de la grossesse ; il n'est pas dit à quels signes on a reconnu que l'enfant était vivant, s'il a continué à vivre et pendant combien de temps, etc.

M. *de Kergaradec*. Je suis disposé à compléter ces renseignements.

M. *Depaul*. S'il fallait à M. de Kergaradec des faits extraordinaires, il en aurait pu trouver un entre autres dans le *Traité d'accouchement* de M. Velpeau, et il aurait vu en même temps le degré de confiance que l'honorable professeur *ajoute à* ces prodiges. J'en sais un autre que M. de Kergaradec pourrait bien ajouter à son recueil : c'est celui d'un enfant qui naquit à Sens, *pétrifié*, au bout de vingt-huit ans de séjour dans l'utérus, parlant merveilleusement le latin dès sa naissance et racontant, toujours en latin, l'histoire de ses impressions intra-utérines à qui voulait l'entendre.

Pour élucider ces difficiles et importantes questions, on ne saurait s'en rapporter au témoignage des premiers venus ni s'appuyer sur des faits qui sont du domaine du merveilleux. Il faut des observations détaillées, positives et entourées de toute l'authenticité possible.

M. Depaul termine en rapportant un certain nombre de faits assez récents, empruntés à la pratique de Guillemeau, de Jackson, de M. Huguier, de M. Campbell, et dans lesquels l'opération césarienne a été faite, soit immédiatement après la mort bien constatée de la mère, soit une heure après, avec des résultats variables pour l'enfant.

L'heure étant avancée, M. Depaul remet la suite de son argumentation à la prochaine séance.

*Présentation.*

M. *Maisonneuve* présente à l'Académie un nouvel *uréthrotome* de son invention, à l'aide duquel on incise *sûrement* les rétrécissements du canal.

M. Maisonneuve explique le mécanisme de cet instrument, et démontre qu'il n'entame et ne peut entamer que les points rétrécis.

La séance est levée à cinq heures un quart.

---

**Société de médecine.**

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 5 AVRIL 1861.

Propositions réglementaires.

M. le docteur *de Pietra-Santa*, Des chemins de fer, question d'hygiène publique.

## VII

## REVUE DES JOURNAUX.

### Fracture de l'os iliaque. — Mort pendant l'inhalation d'éther sulfurique, par M. Mussey.

Les cas de mort pendant l'administration du chloroforme sont malheureusement très fréquents ; malgré toutes les précautions dont s'entourent les chirurgiens, de nouveaux exemples, à Paris même, sont venus montrer que ce terrible accident peut arriver entre les mains les plus prudentes et les plus expérimentées. Si les faits de mort subite, pendant les inhalations anesthésiques, ont été plus rares pendant l'emploi de l'éther, on ne peut, comme l'ont fait quelques chirurgiens, en tirer la conclusion que cet agent serait plus inoffensif que le chloroforme, car en France et en Angleterre l'éther est bien rarement employé aujourd'hui, et en Amérique même, on y a bien moins souvent recours qu'au chloroforme. Du reste, un nouveau cas de mort pendant l'administration de l'éther sulfurique, vient ajouter un chiffre de plus à la liste déjà si longue des accidents produits par les anesthésiques.

Obs. — Jacob Roogle, âgé de cinquante-cinq ans, homme d'une forte corpulence, car il pesait 230 livres, fut jeté hors de sa voiture et dans un fossé profond de huit pieds ; sa femme, pesant elle-même 205 livres, tomba sur lui, et cette circonstance augmenta encore la gravité de la chute.

Le blessé ne put se relever ; il éprouvait dans la hanche droite des douleurs intolérables ; on le rapporta chez lui où il fut examiné par les docteurs Mussey, Robert et J. Vanharlingen.

Le malade était adonné à l'usage des alcooliques ; les consultants furent unanimement d'avis que le chloroforme serait sans effet, et qu'il était préférable d'employer l'éther sulfurique, dans le but d'empêcher les douleurs que devaient nécessiter les manœuvres nécessaires pour arriver au diagnostic de la lésion. Le blessé était couché sur le dos, la tête à peine élevée ; les bruits du cœur étaient normaux ; le pouls, modérément fort, battait environ soixante-cinq fois par minute.

L'éther fut respiré facilement, et agit doucement ; le pouls augmenta d'abord beaucoup de fréquence, puis il devint au rhythme normal ; sa plénitude s'était également un peu accrue.

Après dix minutes environ, le malade se souleva et vomit à peu près deux onces de liquide ; un second vomissement eut lieu cinq ou six minutes après le premier. Le pouls était devenu plus faible, et il était survenu une transpiration abondante. Le blessé, aussitôt recouché sur le dos, se trouva mieux ; le pouls reprit sa force et son ampleur. On recommença l'administration de l'éther un instant interrompue, et on la continua encore pendant dix minutes, après quoi on put procéder à l'examen du membre.

Au moment où l'on saisit la jambe, la respiration devint plus courte et plus fréquente ; on cessa de donner l'éther, et l'on continua l'examen. Le blessé criait, se débattait et paraissait avoir parfaitement conscience de ce qui se passait. Voyant les lèvres devenir violettes, et la respiration haletante, on s'arrêta ; l'opéré demanda de l'eau, on lui en donna mélangée de quelques gouttes de vinaigre, puis un peu de whisky et d'eau chaude, mais il en prit très peu ; il se plaignit alors de suffoquer et sortit la langue, comme s'il voulait boire. On lui jeta de l'eau sur la figure ; le front fut humecté d'eau froide, puis chaude ; on eut recours, pendant quinze à vingt minutes, à la respiration artificielle, bouche à bouche ; mais tout fut inutile, et l'on ne put le rappeler à la vie.

L'éther avait été versé sur un mouchoir ; on en avait employé quatre onces ; l'accès facile de l'air atmosphérique avait été ménagé avec soin ; la respiration, le pouls, avaient été également surveillés. Le blessé n'avait mangé, depuis le déjeuner de la veille, qu'un peu de pain et de thé, le matin de l'opération.

L'autopsie, faite quatorze heures après la mort, permit de constater une fracture multiple de l'os iliaque du côté droit. Le cœur ne présentait aucune lésion appréciable ; une assez grande quantité de graisse existait vers sa face externe, au niveau des oreillettes ; l'oreillette droite était pleine de sang ; les ventricules étaient vides ; les poumons ; distendus par de l'air, gorgés de sang, n'offraient aucune adhérence pleurale et aucune lésion apparente dans leur tissu.

Ce fait, rapporté à l'Académie de médecine de Cincinnati, donna lieu à une discussion qui occupa deux séances. Deux membres seulement attribuèrent la mort aux inhalations d'éther ; les autres partagèrent l'opinion de l'auteur, et en accusèrent presque uniquement l'extrême susceptibilité nerveuse du malade. (*The Cincinnati Lancet and Observer*, janvier 1861.)

### Recherches sur les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius.

Le mécanisme par lequel se produisent les fractures de l'extrémité inférieure du radius a été, depuis quelque temps, le sujet de plusieurs travaux originaux. Si l'on néglige la théorie de Pouteau, qui attribuait cette fracture à la contraction musculaire, on trouve en présence deux théories principales : 1° celle de la transmission directe du choc aux extrémités osseuses du radius ; 2° celle de l'arrachement.

La première, proposée par Dupuytren, MM. Goyrand, Voillemier, Malgaigne, Diday, etc., est, on peut le dire, à peu près universellement adoptée ; on peut la résumer ainsi :

Dans les chutes sur la main, le radius doit être considéré comme pris entre deux forces transmises directement à ses deux extrémités, l'une représentée par l'impulsion du corps, l'autre par la résistance du sol. L'action de ces deux forces se propageant en sens inverse, se concentre sur l'extrémité inférieure du radius, qui se brise un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne.

La théorie développée par M. Lopez dans sa thèse inaugurale admet encore la transmission du choc à l'extrémité inférieure du radius ; mais, pour cet auteur, la transmission n'est pas directe. Le poids du corps se transmet au cubitus dans son articulation avec l'humérus, et il n'a d'action sur le radius que par l'intermédiaire du ligament interosseux. Le cubitus tend à descendre et à presser sur le sol ; mais, éloigné du carpe et portant à faux, il tend le ligament interosseux, tire sur le radius, le presse contre le carpe, et détermine ainsi médiatement la fracture de l'extrémité radiale inférieure.

La théorie de l'arrachement n'est admise qu'à titre exceptionnel. On sait que M. Bouchet, voulant obtenir des luxations du poignet sur le cadavre, ne produisit par l'extension forcée de la main que des fractures du radius.

M. Lecomte croit que les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius se produisent toutes dans l'extension forcée du poignet et par le mécanisme fondamental de l'arrachement. Dans les cas mêmes où la lésion est comminutive et compliquée, c'est toujours après l'arrachement préalable de l'extrémité osseuse. Telles sont les propositions qu'il a cherché à démontrer dans son mémoire.

« 1° Dans les chutes sur la paume de la main, le radius ne saurait être considéré comme pris entre deux forces opposées, transmises directement à ses deux extrémités, l'impulsion du corps et la résistance du sol. Le choc qui s'exerce à la paume de la main n'est pas directement transmis à l'extrémité inférieure de l'os ; il se produit, au contraire, toujours sur un point situé plus ou moins en avant de l'axe prolongé du radius. Le mécanisme de la transmission directe du choc n'est nullement fondé. »

M. Lecomte, rejetant complétement l'explication proposée par M. Nélaton, nie que dans une chute sur la paume de la main, le radius et la première rangée des os du carpe viennent appuyer sur la voûte osseuse formée par la rangée métacarpienne. Ni le pisiforme, ni le scaphoïde, ne portent sur le sol. L'auteur propose pour le prouver une petite expérience consistant à faire sur la saillie du pisiforme une empreinte à l'encre et à appuyer la face palmaire de la main sur une surface plane ; jamais, dit-il, cette empreinte ne s'y dessine, lorsque l'avant-bras est relevé, même modérément. L'expérience nous a constamment donné un résultat opposé à celui qu'annonce l'auteur ; nous ne pouvons non plus partager son opinion pour ce qui regarde le trapèze et le scaphoïde, et nous pensons que la cause de cette dissidence provient de ce que M. Lecomte fait abstraction de la masse charnue qui compose les éminences thénar et hypothénar. « On ne peut bien, » dit-il, apprécier les rapports que sur un poignet et une main

» préparés comme pour l'étude des articulations, c'est-à-dire dé- » pouillés des parties molles. » Sans doute alors la rangée antibrachiale est fort éloignée de la surface plane sur laquelle appuie la main fortement étendue; mais il faut tenir grand compte des parties molles, et l'expérience clinique vient rectifier l'expérimentation cadavérique et prouver que dans ces cas les éminences sortent fortement sur le sol, car il n'est pas rare de constater à leur niveau des excoriations quelquefois très profondes, lorsque la chute qui a amené le fracture du radius a été violente.

« 2° Toutes les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du » radius, survenant à l'occasion des chutes sur la paume de la » main, se produisent toutes dans l'extension forcée et à angle » droit. »

» 3° Cette extension, en agissant seule, est capable de déter- » miner cette fracture par arrachement.

» 4° Si, dans les chutes sur la paume de la main produisant la » fracture de l'extrémité inférieure du radius, l'extension forcée, » existant dans tous les cas, détermine la distension violente du » ligament radio-carpien antérieur, ce ligament supporte, en » outre, toute la pression de haut en bas du poids du corps, qui » tend à enfoncer la petite voûte formée par la première rangée » des os carpiens.

» C'est dans cette double action mécanique sur le ligament, » distension et pression, que consiste le mécanisme proprement » dit de l'arrachement.

Comment, avec la théorie de l'arrachement, sans pression directe, expliquer les fractures par pénétration? L'auteur ne nie pas tout à fait leur existence, quoiqu'il leur impose de nouvelles dénominations, celles de fractures conchoïdes simples et alternes, « formes primitives modifiées par un ordre de phénomènes, parmi » lesquels la pénétration joue un certain rôle; » mais ces divers phénomènes et la pénétration sont pour lui toujours consécutifs; ils succèdent à l'arrachement après un temps insaisissable, mais ils viennent toujours après. (Lecomte, *Archives générales de médecine*, décembre 1860, janvier, février 1861.)

---

## VIII

## VARIÉTÉS.

L'honorable confrère qui nous a prié de faire intervenir dans la discussion sur l'épilepsie, la question de la durée de l'attaque, c'est-à-dire des symptômes propres à établir le début et la fin de cette attaque, aura compris le motif de notre silence, qui est uniquement dans la manière brusque dont le débat s'est terminé et a été remplacé par un autre.

— *Cours clinique et théorique sur les maladies de l'enfance.* — M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera ce cours le lundi 8 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le mercredi matin, 10 avril, à neuf heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les leçons théoriques auront lieu deux fois par semaine, le lundi et le vendredi.

Les leçons cliniques auront lieu le mercredi.

— M. Hérard, agrégé à la Faculté de médecine, chargé de suppléer M. le professeur Rostan, commencera ses leçons cliniques le lundi 8 avril, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. le docteur Phillips commencera la première partie d'un cours des maladies des voies urinaires, le lundi 8 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il la continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Cette première partie comprend les maladies de l'urèthre.

— M. Ambroise Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté, le lundi 8 avril, à quatre heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera la cinquième partie de son cours sur les maladies des voies urinaires à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le lundi 8 avril, à midi, et il la continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi 10 avril, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. Interrogation et exercices pratiques des élèves par MM. les docteurs Fabre, Ant. Cros, Baudouin et Rochon (du Rhône), aides de clinique.

— Par divers arrêtés, ont été nommés médecins de colonisation en Algérie : M. le docteur Game, pour la commune de Fonduch, et M. le docteur Miergues, pour la circonscription de Blidah.

— M. Munby, botaniste bien connu par ses travaux sur la flore algérienne, vient de faire don au musée de l'École de médecine d'Alger d'une centurie de plantes de la province d'Oran.

— On sait que Saint-Louis est, de tous nos hôpitaux, celui où les bains jouent le plus grand rôle. Après de longues expériences, les six médecins de cet hôpital viennent de se prononcer unanimement en faveur d'une plus large application de l'hydrofère de M. Mathieu (de la Drôme), qui, administrant le bain sous forme de pluie extrêmement fine, dépense à peine 4 litres de liquide en une heure, et permet ainsi de donner, dans les villes mêmes et en toute saison, des bains d'eau de mer et d'eaux minérales apportées des sources les plus lointaines. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Le compte rendu annuel publié par l'hôpital général de Vienne (Autriche) constate que sur 115 individus morts par des animaux enragés, 25 seulement sont morts d'hydrophobie.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche 7 avril, à l'hospice de la Salpêtrière, à neuf heures du matin, et il le continuera tous les dimanches suivants, à la même heure.

*Pour toutes les variétés :* A. DECHAMBRE.

---

## IX.

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Livres.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR L'ORIGINE DE L'HYPERTROPHIE ET DE LA DILATATION DU CŒUR, par le docteur *Campana*. In-4 de 78 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE, ET DE SON APPLICATION A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE, par le docteur *Duchenne* (de Boulogne). 2e édition. In-8 de XII-1046 pages, avec 179 figures dans le texte et une planche. Paris, J.-B. Baillière et fils. 14 fr.

DES AFFECTIONS NERVEUSES SYPHILITIQUES, par le docteur *Léon Gros*, et *Lancereaux*. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine (prix Civrieux, 1859). In-8 de 500 pages. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr.

ENTRETIEN SUR LE MAL DE MER, ET APPRÉCIATION DES DIVERS MOYENS DE TRAITEMENT PROPOSÉS CONTRE CETTE AFFECTION, par le docteur *A. Jobert*. Brochure de 23 pages. Paris, Adrien Delahaye. 50 c.

ESSAI SUR LA GARANCE, par le docteur *Sacc*. Grand in-8 de 100 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

ÉTUDES SUR L'HYGIÈNE DES OUVRIERS MINEURS DANS LES EXPLOITATIONS HOUILLÈRES, par le docteur *A. Riembault*. In-8 de 320 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr. 50

LA VIE DANS L'HOMME : EXISTENCE, FONCTIONS, NATURE, CONDITION PRÉSENTE, FORME, ORIGINE ET DESTINÉE FUTURE DU PRINCIPE DE LA VIE; ESQUISSE HISTORIQUE DE L'ANIMISME, par *J. Tissot*. In-8 de XXIV-592 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

---

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 31 mars 1861, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 avril, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 30 avril 1861.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 12 AVRIL 1861. N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêté ministériel — Réceptions au grade de docteur. — Cours de la Faculté de médecine de Paris. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur l'opération césarienne *post mortem* : MM. Depaul et Tardieu. — Hypertrophie du tissu conjonctif des nerfs; amaurose albuminurique. — Dangers de l'alimentation par les poissons. — II. **Travaux originaux.** Des effets de la respiration de l'eau minérale pulvérisée. — III. **Correspondance.** Émissions sanguines dans le traitement des affections utérines. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Bibliographie.** Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou nouveaux éléments de l'art de guérir. — Principes de la doctrine et de la méthode en médecine; introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés du 3 avril, M. Hirtz, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé, provisoirement, du cours de pathologie médicale et clinique de cette Faculté, en remplacement de M. Forget, décédé.

M. Bruch, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé, en outre, professeur suppléant à la dite École pour les chaires des sciences physiques et naturelles, en remplacement de M. Lauras, décédé.

M. Aubry, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Guyot, décédé.

M. Aubrée, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même École, en remplacement de M. Robiou, appelé à d'autres fonctions.

M. Dayot, docteur en médecine, est nommé suppléant de la chaire de médecine proprement dite à ladite École, en remplacement de M. Baudoin, démissionnaire.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

### RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 22 février au 9 mars 1861.*

25. CAUSARD, Victor-Auguste, né à Audolot (Haute-Marne). [*Essai sur la paralysie suite de contusion des nerfs.*]

26. FONTENEAU, Adolphe, né à Sougé (Loir-et-Cher). [*Du ramollissement cérébral au point de vue de l'embolie artérielle.*]

27. KUHN, Camille, né à Niederbronn (Bas-Rhin). [*Du sang, de ses fonctions, et plus particulièrement de l'importance de ce fluide considéré comme excitateur de l'action nerveuse.*]

28. LAPORTE, François, né à Oloron (Basses-Pyrénées). [*De l'orifice utérin au point de vue du travail de l'accouchement.*]

29. BARRIÈRE, Ernest, né à Pamiers (Ariége). [*De l'embolie.*]

30. DEHARGUES, Émile, né à Vouvant (Vendée). [*Des cholélithes ou calculs biliaires.*]

31. JOUON, François, né à Brest (Finistère). [*Étude sur les fistules vésico-vaginales en Allemagne.*]

32. SIMON, Jules, né à Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir). [*De la leucocythémie.*]

## FEUILLETON.

### Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale,

*Où l'on écrit pour la première fois l'histoire véritable d'une observation déjà connue* (1).

II. — DESCRIPTION NOUVELLE, ET CETTE FOIS AUTHENTIQUE, DE LA PIÈCE PATHOLOGIQUE QUI FAIT LE SUJET DU MÉMOIRE.

Cette pièce comprend six vertèbres, ainsi qu'une partie des côtes attenantes, et non le thorax entier du sujet.

Ces vertèbres sont, de bas en haut, les cinquième, quatrième, troisième, deuxième et première dorsales, et la septième cervicale, dont les apophyses transverses présentent à leur base, et de chaque côté, une perforation analogue à celles destinées au passage de l'artère vertébrale, mais obturée par une mince membrane.

Les articulations des vertèbres entre elles et avec les cinq premières côtes ont encore toute leur intégrité.

Ces derniers os sont conservés dans une étendue de 0m,03 à 0m,04 à droite, et de 0m,14 à gauche. La première côte de ce côté est entière, et paraît peut-être un peu plus développée et un peu plus large en avant que dans l'état normal.

Le corps étranger, représenté dans ses dimensions naturelles sur le dessin joint à cette note, a :

0m,083 de longueur totale ;

0m,04 de largeur à sa partie supérieure brisée ;

0m,007 à sa partie moyenne, et se termine en pointe assez aiguë; son épaisseur est celle d'une lame d'épée mince. Elle mesure 0m,001 à 0m,003 environ.

Il est fixé en haut à la face inférieure de la première côte, immédiatement au-dessous de son bord interne, à 0m,04 de la facette articulaire antérieure de cet os et à 0m,09 de son articulation avec

(1) Voir le numéro du 5 avril.

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS a ouvert ses cours d'été le mercredi 3 avril 1861. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

| COURS. | PROFESSEURS. | JOURS. | HEURES. |
|---|---|---|---|
| Pharmacologie...... | Regnauld....... | Lundi, mercredi, vendredi | A 10 h 3/4. |
| Thérapeutique et matière médicale........... | Grisolle......... | Lundi, mercredi, vendredi | A 3 h. |
| Accouchements, maladies des femmes et des enfants............. | Moreau, remplacé par M. Pajot, agrégé........ | Lundi, mercredi, vendredi | A 2 h. |
| Physiologie........... | Longet......... | Lundi, mercredi, vendredi | A midi. |
| Médecine légale....... | Adelon, remplacé par M. Tardieu, agrégé........ | Lundi, mercredi, vendredi | A 4 h. |
| Hygiène............. | Bouchardat....... | Mardi, jeudi, samedi.... | A 4 h. |
| Histoire naturelle médicale............... | Moquin-Tandon ... | Mardi, jeudi, samedi.... | A 11 h. |
| Pathologie chirurgicale. . | Gosselin......... | Mardi, jeudi, samedi.... | A midi. |
| Clinique médicale...... | Monneret........ | Mardi, jeudi, samedi.... | A 3 h. |
| Anatomie pathologique.. | Cruveilhier, remplacé par M. Barth agrégé........ | Mardi, jeudi, samedi.... | A 2 h. |
| Clinique médicale...... | Bouillaud.......<br>Piorry......... | à la Charité. | Tous les jours, le matin. |
| Clinique chirurgicale... | Rostan, remplacé par M. Hérard, agrégé.......<br>Trousseau.......<br>Jobert (de Lamballe)<br>Laugier......... | à l'Hôtel-Dieu. | Tous les jours, le matin. |
| | Velpeau ........ | à la Charité. | Tous les jours, le matin. |
| Clinique d'accouchement. | Nélaton .......<br>P. Dubois...... | à l'hôp. de la Faculté. | Tous les jours, le matin. |

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURBON.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 11 avril 1861.

*Académie de médecine :* DISCUSSION SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem :* MM. DEPAUL ET TARDIEU. — HYPERTROPHIE DU TISSU CONJONCTIF DES NERFS; AMAUROSE ALBUMINURIQUE. — DANGERS DE L'ALIMENTATION PAR LES POISSONS.

Rien de ce qui a été dit dans la dernière séance de l'Académie de médecine, ni le sage discours de M. Depaul, ni la brillante improvisation de M. Tardieu, ne nous mettent dans la nécessité de modifier ou de soutenir à nouveau notre manière de voir sur la question de l'opération césarienne ; rien ne nous empêche d'inscrire à notre profit les argumentations des deux orateurs. Comment se fait-il pourtant que, M. Tardieu étant monté à la tribune en partie pour contredire M. Depaul, nous puissions être d'accord à la fois avec l'un et avec l'autre? C'est que leurs dissentiments ne portent pas sur le fond des choses, et que, si le premier déclare l'Académie incompétente « à tous égards » sur la question en litige, si le second, qui croit l'Académie compétente à plus d'un point de vue, n'entend pas soumettre au vote les propositions finales de son discours, toutes deux demandent l'acceptation des conclusions du rapport (1). Or, c'est ce que nous avons également demandé, en réclamant quelques explications.

Toutefois, ne poussons pas l'optimisme jusqu'à l'illusion. Quand des esprits logiques, comme sont ceux de nos honorés confrères, se rencontrent dans une même solution après des prémisses différentes, ce ne peut être un simple effet d'inconséquence. Pour M. Depaul, comme pour M. Tardieu, comme pour M. Devergie, comme pour nous-même, le médecin ne relève ici que de sa conscience, et non-seulement la législation actuelle le protége suffisamment, mais il y aurait peut-être péril à en demander la modification. Les arrêtés préfectoraux font plus que de le protéger, puisqu'ils *prescrivent* aux médecins vérificateurs des décès l'acte même pour lequel on craindrait d'être recherché. Jusque-là donc pas de désaccord. Mais il est clair que M. Tardieu, tout en ne repoussant pas les conclusions du rapport, s'arrangerait assez d'une absence totale de conclusion, tandis que M. Depaul, en acceptant ce programme un peu court, sacrifie à la concorde un secret désir de le voir plus étendu.

Ce sentiment est le nôtre, on l'a vu dans notre précédent article. Il nous semble, en effet, que ces conclusions, sans supplément ou sans commentaire, en disent trop pour ceux qui réduisent la question à une suggestion de conscience (puisqu'elles préviennent le cas où le médecin *peut* et *doit même* opérer), et qu'elles n'en disent pas assez pour ceux qui vou-

(1) Nous tenons de M. Depaul lui-même qu'il ne rejette pas l'opportunité d'un vote quelconque, comme l'avaient donné à croire quelques-unes de ses paroles, mais seulement qu'il n'a pas entendu présenter ses propositions à titre d'*amendements*.

la colonne vertébrale, c'est-à-dire un peu en arrière du point de réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la courbure que décrit en dedans le premier arc osseux gauche du thorax (1).

Il s'étend de là jusqu'à la partie supérieure et interne de la tête de la quatrième côte gauche, à quelques millimètres de la demi-surface articulaire supérieure qui s'unit avec la demi-surface articulaire inférieure du corps de la troisième vertèbre dorsale, et n'a aucune connexion, par conséquent, avec cette partie des vertèbres, ce qu'on a toujours avancé.

La distance qui sépare les deux points indiqués des première et quatrième côtes n'étant que de $0^m,065$, la pointe de l'instrument est entièrement cachée; elle a traversé toute l'épaisseur de la quatrième côte d'avant en arrière et de haut en bas, puis a transpercé également la base de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre dorsale, et est enfin venue sortir en arrière de cette apophyse, à $0^m,01$ de l'union médiane postérieure des deux lames vertébrales, à quelques millimètres seulement du bord supérieur de la lame gauche.

(1) On remarque au-dessus du même point, et le long du bord interne et supérieur de la côte, une légère dépression en arrière de laquelle s'élève un tubercule osseux, distinct de celui du muscle scalène, et dont l'origine et les dimensions sont appréciées plus loin.

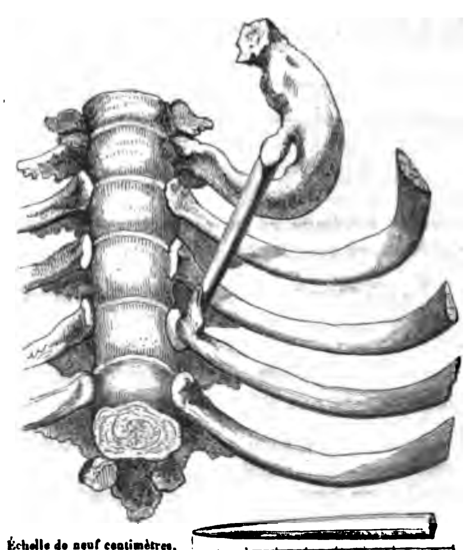



Planche I.— Pièce vue par la face antérieure.

Le corps vulnérant se trouve solidement fixé dans cette position, non-seulement par l'implantation qui vient d'être signalée, mais encore par la présence d'ostéophytes développés sur le bord interne et inférieur de la première côte et sur la tête de la quatrième.

Les ostéophytes supérieurs, disposés en avant et en arrière du corps étranger, ont environ $0^m,015$ de longueur chacun ; les inférieurs, intime-

draient trouver dans l'opinion de l'Académie un guide, nous ne disons pas une injonction, pour le corps médical. Cette question de pratique ressemble à toutes les autres; elle ne s'en distingue que par la gravité particulière de la responsabilité qu'elle met en cause, par les hésitations qui peuvent naître du sentiment même de cette responsabilité. Est-ce un motif pour l'étudier plus sommairement? Non, assurément. Enchaînera-t-on, dans cette circonstance plus que dans toute autre, l'indépendance du médecin en le conseillant? Pas davantage. Pour bien agir en pratique, une instruction saine n'est pas moins indispensable qu'une conscience droite, et l'on peut chercher à étendre l'une sans peser sur l'autre. Nous avons eu le plaisir, il nous en souvient, d'entendre l'Académie disserter sur les propriétés de la moutarde blanche; nous n'avons pas vu là le signe d'une oppression de conscience; nous n'en saurions voir davantage dans l'indication des éléments scientifiques propres à régler la pratique de l'opération césarienne. Est-ce qu'il n'y a pas d'éléments de ce genre dans l'espèce? Est-ce qu'ils ne sont pas absolument étrangers au domaine religieux? Pourquoi et sur quoi discute-t-on en ce moment? D'où vient que M. Tardieu, avec tant de raison, repousse les principes professés par M. de Kergaradec, en montrant qu'ils conduiraient, ou peu s'en faut, à l'éventration de toutes les femmes présumées décédées? Parmi ces principes, il en est, à la vérité, qui ne sont pas tirés de la science médicale; mais il en est d'autres pour lesquels on invoque l'observation clinique; et si M. de Kergaradec veut qu'on ouvre un utérus fécondé depuis quelques jours seulement, parce que l'âme s'unit au corps au moment de la conception, il veut aussi qu'on opère vingt-quatre heures après la mort de la mère, parce que le fœtus peut continuer à vivre pendant tout cet espace de temps. Eh bien! qu'apprend l'expérience sur ce point? Qu'apprend-elle sur l'âge ordinaire de la viabilité? Qu'apprend-elle, sinon sur les signes caractéristiques de la mort, toujours longs à constater, du moins sur les conditions qui peuvent ou laisser des doutes ou donner une entière certitude quant à la réalité du décès; par exemple, sur celles qui peuvent naître de la nature de la maladie? Nous n'exigeons pas de l'Académie un programme détaillé de chacune de ces questions spéciales; mais quel mal y aurait-il à rappeler les données véritables d'une science sérieuse; bien plus, comment contester l'utilité qu'il y aurait à les consacrer de nouveau, puisqu'on les conteste à l'Académie même, et que, encore un coup, le débat est sorti en grande partie de cette contestation?

On allègue, il est vrai, l'impossibilité de fixer des termes précis pour la durée de la vie intra-utérine après la mort de la mère, comme pour l'époque de la viabilité. Ce genre d'argument, applicable à tout ce qui n'est pas du domaine de l'absolu, c'est-à-dire à la pratique médicale tout entière, ce genre d'argument n'est que spécieux. M. Tardieu, qu'il pardonne cette remarque à un appréciateur de son rare talent, n'a pas vu que cette arme était aussi bonne pour ses adversaires que pour lui-même. M. de Kergaradec, lui aussi, peut dire que, la vie de l'enfant dans le sein de la mère morte n'ayant pas de limites précises, rien n'autorise à la déclarer éteinte après une heure, après deux heures, après un jour; il peut abaisser, autant qu'il lui plaît, l'âge de la viabilité. Verrez-vous là une raison de plus de livrer chacun de nous à sa propre appréciation? Non, puisque vous venez de déclarer cette doctrine « absurde et dangereuse »! Que faire donc, sinon rappeler les médecins à la saine physiologie et à la saine pathologie?

Or, sous ce rapport, les propositions finales de M. Depaul nous paraissent offrir un thème très acceptable. Elles disent dans quel cas la mort de la mère peut être déduite de la nature de la maladie aussi sûrement que de la putréfaction; elles font une part plus que suffisante à la vitalité du fœtus retenu dans le sein de la mère décédée; elles indiquent les moyens de rechercher si cette vitalité s'est éteinte ou si elle dure encore; elle recule dans une large mesure l'âge ordinaire de la viabilité; elle rappelle enfin aux médecins un précepte que la précipitation ou l'inexpérience doivent faire aisément négliger, à savoir que, dans un certain nombre de cas, l'enfant peut être extrait par les voies naturelles. A part ce qu'il y a peut-être de trop affirmatif sur la valeur de l'auscultation, comme moyen de reconnaître si l'enfant vit ou a succombé, l'Académie ne se compromettrait pas beaucoup en signant ces propositions ou d'autres analogues, à titre de simple avis. Au praticien, le cas échéant, à les peser dans son indépendance; et l'Académie ne serait pas plus compromise si elle n'était pas écoutée de tout le monde, que le mé-

---

ment réunis en dedans, forment par suite une véritable gaîne de $0^m,02$ de hauteur qui enveloppe presque entièrement la lame de fer en ce point.

On remarque également à l'ouverture postérieure arrondie du canal traumatique qui aboutit dans la gouttière vertébrale gauche quelques élevures peu considérables de l'os, correspondant à la pointe de l'instrument.

Il n'y a point de communication entre ce canal et celui qui loge la moelle.

L'invagination qui vient d'être décrite est telle, que le corps vulnérant n'est réellement visible que dans une étendue de $0^m,04$ à $0^m,05$, bien que sa longueur totale soit, avons-nous dit, de $0^m,08$.



Planche II. — Pièce vue de profil, la première côte conservée. On voit en bas la gaîne osseuse qui enchatonne le corps étranger, près de son extrémité et la perforation de la lame vertébrale.

La surface intérieure de la gaîne de la quatrième côte est lisse dans toute son étendue et semble exactement moulée sur le fragment de fer, dont la partie apparente, aujourd'hui rouillée, présente encore dans plusieurs points des incrustations ou des élevures qui tendraient à faire admettre qu'elle était revêtue dans le poumon d'une couche isolante dont la nature est difficile à apprécier maintenant d'une manière certaine (1).

La direction du corps étranger forme enfin, avec le plan médian vertical du corps, un angle aigu de 45 degrés ouvert en haut, et, avec le plan transversal tangent à la partie moyenne et antérieure de la quatrième vertèbre dorsale, un angle ouvert en avant de 50 degrés environ.

### III. — ÉTUDE ANATOMIQUE ET CHIRURGICALE.

Telle est la description exacte de la pièce pathologique conservée au musée de Rochefort. Elle présente des différences tellement

(1) Des analyses, instituées dans le but de déterminer la composition chimique des élevures qui sont ici signalées, n'ont pu aboutir à un résultat concluant. Elles ont fait connaître la présence : 1° d'une quantité notable de sesqui-oxyde de fer, dû à la rouille du corps vulnérant; 2° de matière résineuse provenant du vernis employé à la conservation de la pièce; 3° des traces de matière organique, dont un accident n'a pas permis de doser l'azote.

decin ne souffrirait de l'intervention de l'Académie. Même au point de vue de la responsabilité légale, les familles n'auraient pas à s'autoriser, comme on en a exprimé la crainte, d'un vote académique, dès que ce vote s'appliquerait à un simple conseil et non à une règle absolue.

M. Depaul s'est occupé un instant de l'administration du baptême. Sans doute, ce n'est pas là rigoureusement une question médicale. Et pourtant, s'il est vrai, comme nous le pensons, qu'il soit du devoir du médecin, même le plus incrédule, de baptiser un enfant toutes les fois que les parents le désirent, il n'est plus indifférent de connaître, pour les adapter aux circonstances, les modes d'administration prescrits ou autorisés par le rite; car, en cette matière moins qu'en aucune autre, il n'est permis de se jouer, par une simulation quelconque, de la confiance d'une famille. Vous voici donc devant un de ces cas où votre conscience vous dicte de ne pas pratiquer l'opération césarienne; vous croyez l'enfant mort, je suppose, ou vous conservez des doutes sur la mort de la mère. Néanmoins, le père est là qui implore le baptême pour son enfant. La morale commande de le satisfaire, s'il se peut, et, si on le satisfait, il faut que ce soit sérieusement et par un procédé régulier. Conséquemment, il n'est pas oiseux de demander, avec M. Depaul, si l'on peut pratiquer le baptême intra-utérin. L'Académie de médecine de Belgique, appelée à examiner cette question il y a quinze ans, à l'occasion d'un travail de M. Thirion (de Namur), s'est bornée à constater que de l'eau pouvait être portée dans l'utérus au moyen d'une sonde. Un corps savant, un corps officiel, a peut-être bien fait de s'en tenir à cette déclaration, et nous n'en demanderions pas davantage à notre Académie; mais un journal peut aller au delà, et, pour notre compte, nous ne faisons pas difficulté de rappeler que l'Église a une formule pour le baptême des fœtus encore enfermés dans leurs membranes : *Si tu es capax*. Il est vrai que ce baptême conditionnel et d'urgence doit être renouvelé si l'enfant est trouvé ensuite vivant dans la poche amniotique; mais, en cas contraire, il est valable. A nos yeux donc, un médecin donne aux scrupules religieux d'une famille une satisfaction suffisante en allant trouver l'enfant dans l'utérus et répandant l'eau du baptême sur les membranes (1).

— Parmi les lésions du système nerveux dont les études microscopiques nous ont révélé la véritable nature, il en est une, l'hypertrophie du tissu connectif interposé aux éléments nerveux, dont les recherches récentes font de plus en plus ressortir l'importance. D'abord décrite par le professeur Rokitansky, cette lésion a été, de la part d'un médecin suisse, M. Demme, le sujet de travaux intéressants. Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les observations de M. Rokitansky (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 381). Rappelons seulement que l'illustre anatomo-pathologiste de Vienne a constaté l'hypertrophie du tissu conjonctif dans le cerveau, dans la moelle épinière et dans différents nerfs, soit crâniens, soit rachidiens, et qu'il rattache à cette lésion certaines paraplégies, diverses formes de convulsions aiguës, le tétanos et la paralysie générale des aliénés. M. Demme, dans un ouvrage intitulé : ***Anatomie pathologique du tétanos et de quelques autres maladies du système nerveux***, a confirmé, en grande partie, les opinions émises par M. Rokitansky, et il a étendu le cadre des affections dans lesquelles des lésions fonctionnelles du système nerveux peuvent être rapportées à la lésion dont il s'agit. M. Demme compare cette altération à celle que l'on est convenu de désigner par l'expression de *cirrhose*, et il y rattache, en particulier, l'hydrophobie et certaines amauroses chez des sujets affectés de maladie de Bright.

Nous ne nous rendons pas garant, comme on le pense bien, de toutes ces assertions, malgré notre haute estime pour l'auteur; mais nous ferons connaître un cas qui paraît confirmer la manière de voir de M. Demme, relativement à l'amaurose albuminurique, et qui a été communiqué à la Société des médecins suédois par M. le professeur Malmsten et le docteur Gyllenschjöld. Il s'agit d'un homme de soixante-six ans atteint d'albuminurie depuis plusieurs années. Après avoir perdu subitement la vue de l'œil droit, ce malade fut frappé, trois jours plus tard, et tout aussi brusquement, d'une amblyopie très prononcée de l'œil gauche. Les objets très volumineux étaient seuls distingués, et cet état, qui ne s'accompagnait d'aucune lésion appréciable à l'examen ophthalmoscopique, persista jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva les reins cireux et granuleux. Les rétines n'étaient le siége d'aucune des lésions qui ont été signalées, à plusieurs reprises, dans l'amaurose albuminurique; mais les deux nerfs optiques, dans le point où ils pénètrent dans la sclérotique, étaient presque entièrement détruits par une production particulière composée de tissu connectif et élastique. Cette masse, dans laquelle les éléments nerveux se trouvaient comme étouffés, avait pris naissance sur les limites de la sclérotique et dans le névrilemme, et se prolongeait, sous forme

(1) Voir, après le *Feuilleton*, un cas d'opération césarienne par M. Caffe.

---

considérables avec celles qui ont été publiées, que je ne crois pas nécessaire de les faire davantage ressortir.

Une étude sans contredit plus intéressante est l'analyse :

1° Des circonstances de la blessure elle-même;

2° De son siége précis;

3° Des organes qui ont pu être atteints ou évités;

4° Enfin des conséquences immédiates ou éloignées de la présence du corps vulnérant brisé et fixé dans l'intérieur du thorax.

Nous allons essayer d'en esquisser les principaux traits.

Nous n'avons pu recueillir de documents écrits sur la date exacte de l'autopsie, malgré des recherches assez nombreuses que nous ne désespérons pas pourtant de voir réussir.

Nous croyons cependant être en mesure de la fixer d'une manière presque certaine à l'année 1826, d'après l'affirmation des docteurs Saint-Hilaire fils et Phelippeaux (de Rochefort), qui nous ont dit : le premier, avoir assisté à la découverte accidentelle du corps étranger, et le second l'avoir faite lui-même en s'efforçant d'extraire le poumon gauche du thorax d'un forçat dont le cadavre servait aux dissections des élèves.

Mais si nous avons été assez heureux pour parvenir, non sans peine, lettres et démarches, à rencontrer deux témoins oculaires du fait dont nous écrivons l'histoire, il ne nous a guère été possible d'arriver à une conclusion sur la profession antérieure du condamné, sur le lieu ou la cause de sa condamnation, sur sa nationalité même.

Un résultat tout aussi négatif était de plus facile à prévoir relativement à la date de la blessure, d'après la nature de la lésion, l'intérêt que le forçat semblait avoir eu à ne pas révéler son origine et le soin avec lequel il l'avait toujours tenue secrète.

Nous n'ajoutons donc pas une entière confiance au récit assez peu clair, du reste, de M. Guillon, et cela avec d'autant plus de raison, qu'il existe de nombreuses variantes à ce sujet parmi les médecins de l'École de médecine de Rochefort, que nous avons successivement consultés (1).

(1) C'est ainsi qu'un duel, un accident de guerre, un accès de jalousie, un suicide, sont indiqués comme causes de la blessure...

Que, pour les uns, le forçat était un ancien négociant, un notaire, un soldat...

Qu'on le regarde tour à tour comme Français, étranger, Piémontais, etc.

de traînées fibroïdes, entre les cylindres nerveux. Il s'agissait évidemment là d'une hypertrophie du tissu connectif (*Bindgewebs-Wucherung* des Allemands). M. Malmsten a ajouté qu'il a rencontré cette lésion chez trois sujets devenus amaurotiques dans une période avancée de la maladie de Bright, et chez lesquels la rétine et les autres membranes de l'œil n'étaient le siége d'aucune altération appréciable. A part les ecchymoses et les infiltrations de la rétine, la lésion du nerf optique signalée par MM. Demme et Malmsten mérite, par conséquent, d'attirer l'attention des médecins comme une des causes d'amaurose albuminurique, dont il reste à déterminer l'importance relative.

On rapprochera avec intérêt cette observation de celles qui sont dues à M. de Graefe, et que nous avons rappelées l'année dernière (t. VII, p. 707). Dans ces cas, l'hypertrophie du tissu cellulaire interstitiel du nerf optique, avec injection sanguine de la papille, était *consécutive* à des tumeurs intracrâniennes et à la cérébrite.

— On sait que, dans certaines circonstances, l'alimentation par les poissons peut déterminer des troubles de la digestion, et quelquefois même des désordres assez graves. La recherche des causes qui peuvent amener ces accidents a occupé dernièrement M. le docteur Reil. Lorsque les poissons commencent à offrir les premiers phénomènes de décomposition, leur ingestion est souvent fâcheuse; il y a cependant quelques espèces, telles que les raies, qui ne sont d'une facile digestion et même agréables au goût que quand elles commencent à perdre leur fraîcheur. Certaines espèces, dont on peut se nourrir ordinairement sans inconvénients, deviennent malfaisantes à certaines saisons, vers l'*époque du frai, par exemple*; quelquefois, dans ce cas, ce sont seulement certaines parties de l'animal qui doivent être rejetées, les œufs du barbeau (*Cyprinus barbus*) et de la carpe (*Cyprinus carpio*). Les poissons qui proviennent de cours d'eau où des usines déversent leurs résidus, ou ceux qu'on a tués avec certaines substances jetées dans l'eau, *Hydrocarpus inebrians*, *Menispermum cocculus*, *Delphinium staphisagria*, etc. (l'emploi de ces matières est prohibé, avec juste raison, par les règlements de la pêche en France), ne doivent pas être employés pour l'alimentation, car souvent ils déterminent des phénomènes d'intoxication. On a pensé aussi que ceux qui s'étaient nourris avec certains animaux, étoiles de mer, actinies, etc., acquéraient souvent des propriétés toxiques. Enfin il existe certaines espèces réellement vénéneuses, telles que le *Tétrodon toxicophore* du Cap, le *Meletta venenosa*, dont l'action délétère est bien reconnue aujourd'hui, depuis les observations des chirurgiens de la marine, parmi lesquels nous citerons MM. Fonssagrives et Lacroix. C'est donc à tort, selon nous, que M. le docteur Reil émet des doutes au sujet de l'existence de ces espèces vénéneuses, qui très heureusement ne se rencontrent pas dans nos climats. Les poissons salés peuvent déterminer aussi des accidents, qui tiennent, le plus ordinairement, aux matières employées pour la conservation, et qui ne sont pas employées en prenant toutes les précautions voulues pour les avoir pures de matières étrangères; c'est à cette cause que M. Reil rapporte les empoisonnements fréquents que détermine, en Russie, l'usage de l'esturgeon salé. Enfin la saumure, dans laquelle on conserve beaucoup de poissons, détermine fréquemment des accidents par la propylamine qu'elle contient en grande quantité, comme l'ont démontré MM. Girardin et Marchand. L'action toxique de ce produit, indiquée, dans ces dernières années, par M. Schloberger, a été niée depuis par Buchleim à la suite de ses expériences. Du reste, en France, M. Goubaux est arrivé aux mêmes résultats que Buchleim, en contradiction avec ceux de M. Raynal. (*Casper's Vierteljahrschrift.*)

A. Dechambre.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Des effets de la respiration de l'eau minérale pulvérisée, par M. le docteur René Briau, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine, médecin aux Eaux-Bonnes.

(Suite et fin. — Voir le numéro 14.)

§ II. — *Observations cliniques.*

La chambre de respiration d'eau minérale pulvérisée a commencé à fonctionner à l'établissement thermal des Eaux-Bonnes au milieu de juillet 1859. Depuis cette époque, j'ai fait suivre ce traitement à 49 malades, savoir : 15 en 1859 et 34 en 1860. J'ai suivi assidûment l'emploi et les effets de ce traitement auquel je me suis moi-même soumis un grand nombre de fois, et voici le résultat de mes observations :

Tous les malades, soit par un mouvement instinctif, soit par imitation, ouvraient largement la bouche afin d'aspirer une plus grande quantité d'eau. Tous se mettaient le visage au plus épais du

---

Ce n'était qu'avec une extrême difficulté qu'on pouvait autrefois obtenir la vérité de la part des forçats de nos bagnes, même sur des faits présents; à plus forte raison peut-on regarder comme apocryphes ou tout au moins douteux des renseignements pris après la mort du sujet, surtout dans le cas actuel.

Rappelons, en effet, que, quelle que soit la version adoptée, la blessure que nous étudions était restée ignorée pendant la vie et n'avait eu, d'après toutes les informations, aucune part dans la condamnation aux travaux publics.

Les renseignements judiciaires faisant défaut, reste la tradition du bagne lui-même. Or, un seul fait suffirait, de reste, à prouver le peu de certitude des données puisées à pareille source.

Ce fait est le récit que répète chaque jour aux étrangers qui visitent le musée de Rochefort un ex-forçat gracié, devenu gardien d'amphithéâtre.

Cet homme raconte, en montrant la pièce pathologique qui nous occupe, l'histoire merveilleuse d'un certain Vertdegris (1), qui, pendant son séjour au bagne, se prit de querelle avec un autre condamné dans la loge du perruquier des forçats, et voulut vider par les armes le différend survenu (chose inouïe dans les annales des ports).

Il ajoute que Vertdegris imagina et mit en pratique pour cela, dans la prairie de Rosne, près de Rochefort, un duel dont les armes offensives et défensives étaient constituées par les deux branches du ciseau du frater, fixées séparément au bout d'un bâton.

Ledit gardien cite imperturbablement le jour et le mois de l'année témoin de l'accident, en affirmant que Vertdegris fut seul blessé et porta sans aucune incommodité jusqu'à sa mort le demi-ciseau que son adversaire avait plongé dans sa poitrine.

Il dit de plus l'avoir beaucoup connu.

Or, il n'est pas un de ces détails qui ne soit parfaitement controuvé; nous avons vu que l'accident remontait assez loin, et la

(1) Ce nom, qui paraît au moins singulier, était peut-être un sobriquet, ou encore l'altération d'une orthographe italienne, s'il est vrai que le forçat fût étranger et Piémontais.

brouillard formé par la poussière d'eau et le plus près possible des disques métalliques où venaient se briser les filets d'eau minérale. Bientôt on voyait leur figure se couvrir d'une quantité innombrable de gouttelettes absolument semblables à celles de la rosée. Ces gouttelettes, en s'accumulant, finissaient par former un filet d'eau qui tombait continuellement du menton, pendant qu'un autre courant se formait dans la bouche et en sortait incessamment. Du reste, pas de toux, ni d'expectoration, ni aucun phénomène particulier du côté des voies respiratoires. La plupart des malades faisaient des mouvements d'inspiration plus longs et plus forts que dans l'état ordinaire, et quelques-uns arrivaient, par un effort brusque et très grand d'inspiration, à éprouver un léger chatouillement qui les obligeait à hemmer plutôt encore qu'à tousser véritablement. Je suis moi-même parvenu, par les mêmes efforts, à déterminer cette titillation, qui me parut avoir son siége vers la base de l'épiglotte, et qui me forçait à hemmer et à expulser le corps étranger dont la sensation me gênait. Les malades supportaient, d'ailleurs, parfaitement cette médication. Une jeune femme seulement s'est trouvée mal dans la chambre même de respiration après une séance de vingt minutes, sans qu'il ait été possible de déterminer la cause de cet accident, qui ne s'est pas renouvelé, bien que cette dame, atteinte d'angine simple, n'ait pas moins continué le traitement respiratoire.

Je dois dire que tous les malades, en même temps qu'ils allaient à la chambre de respiration, suivaient, en outre, le traitement ordinaire. Tous buvaient donc l'eau minérale; beaucoup usaient de gargarismes et de douches buccales; quelques-uns prenaient des bains. On comprend qu'il était impossible de se borner au seul usage de la respiration de l'eau pulvérisée. Cette circonstance jetterait nécessairement quelque doute sur les conclusions à tirer de ces observations cliniques au point de vue de la thérapeutique respiratoire, si nous n'avions pas d'autres éléments pour asseoir notre jugement. Mais les effets habituels des diverses applications des Eaux-Bonnes sont assez connus pour qu'on pût distinguer facilement ceux de la nouvelle médication dans les cas où elle aurait eu une action réelle et positive.

Voici le tableau de mes 49 malades classés par maladies :

| | |
|---|---|
| 1° Angine pharyngienne simple, avec ou sans granulations. . . | 28 |
| 2° Plaques syphilitiques à la gorge, avec tubercules pulmonaires. . . . . . | 2 |
| 3° Ulcérations simples du larynx. . . . . . | 2 |
| 4° Aphonie nerveuse. . . . . . | 2 |
| 5° Bronchites chroniques . . . . . . | 6 |
| 6° Phthisie tuberculeuse, avec angine pharyngienne. . . . . | 4 |
| 7° Phthisie tuberculeuse, sans angine. . . . . . | 2 |
| 8° Hémoptoïques sans lésion appréciable par l'auscultation . . . | 3 |
| TOTAL. . . . . . . | 49 |

Sur ces 49 malades, deux seulement m'ont paru éprouver des effets positifs et non équivoques de la respiration de l'eau minérale pulvérisée : ce sont les deux sujets atteints de plaques syphilitiques à la gorge. Tous deux étaient tuberculeux, et la médication n'a eu aucune influence immédiate sur l'affection pulmonaire ; mais son action m'a semblé évidente sur l'inflammation du voile du palais et des parties voisines. En effet, l'un d'eux avait déjà bu de l'eau minérale pendant quinze jours sans aucune action appréciable lorsque je l'envoyai à la chambre de respiration. Au bout de cinq séances, toute cette inflammation s'était considérablement amendée et a bientôt disparu entièrement. Toutefois, l'ulcération n'était pas cicatrisée lors de son départ. L'autre, plus heureux, fut complétement guéri de ses accidents spéciaux, bien que son hygiène pendant le traitement laissât beaucoup à désirer. Il est vrai que je lui avais administré, concurremment avec les eaux minérales, du protoiodure de mercure. Ce sont là les deux seuls cas où l'action de l'eau en poussière m'a paru non équivoque. Il reste à se demander si des gargarismes simples ou des douches locales d'eau minérale n'auraient pas eu le même résultat.

Dans les affections siégeant au pharynx ou au larynx, je n'ai observé d'autres effets que ceux produits habituellement par l'eau minérale employée en boisson, en gargarismes ou en bains. Toutefois, il est permis de conjecturer que, dans ces cas, la respiration de la poussière d'eau est venue ajouter quelque chose à l'efficacité bien connue de la médication thermale ordinaire. En effet, la poussière d'eau, en tapissant toute la cavité buccale et le pharynx, ne produisît-elle que l'effet d'un gargarisme ordinaire, ce n'en serait pas moins un gargarisme à eau courante et de très longue durée. L'absence d'effet immédiat bien positif attribuable à la poussière d'eau ne permet de présenter cette observation que comme une conjecture; mais le raisonnement porte à croire ici à la réalité de l'action locale.

Chez les malades atteints de quelque *lésion des voies pulmonaires*, c'est-à-dire chez les tuberculeux, chez les hémoptoïques et chez ceux affectés de bronchites chroniques, en tout 17 malades, je n'ai remarqué absolument aucun effet qu'on pût attribuer à la respiration de l'eau pulvérisée. Les trois hémoptoïques notamment n'ont éprouvé absolument aucun changement quelconque dans leur état. Parmi eux se trouvait la femme d'un de nos honorables confrères; elle m'avait été adressée avec injonction précise de la traiter par la respiration de l'eau pulvérisée. Ces trois malades ont quitté les Eaux-Bonnes sans aucune amélioration.

Tous ces malades ont pris chaque jour une séance dont la durée variait depuis quinze jusqu'à quarante-cinq minutes. Trois seulement d'entre eux ont pris pendant quinze à vingt jours deux séances de trente à quarante-cinq minutes chaque jour. Tous trois étaient atteints d'affections du larynx et exempts de tubercules. L'un d'eux a pris en un mois cinquante-trois séances de trente à quarante-cinq minutes chacune pour une ulcération du larynx produite par un fétu de paille d'avoine qui s'était fixé dans le ventricule gauche du larynx, et dont quelques débris avaient été précédemment expulsés par la toux. Le second a pris quarante-deux

---

durée du séjour du forçat au bagne de Rochefort semble même avoir été très diversement appréciée d'après les observations déjà citées.

Marjolin, Vidal et M. Nélaton disent, en effet, d'après M. Velpeau, et on ne sait pour quelle raison, que la blessure datait de quinze ans, tandis que M. Guillon énonce seulement que le condamné vécut quinze ans au bagne sans qu'on s'aperçût de la présence du corps étranger.

D'un autre côté, la pièce pathologique porte sur la face interne de la quatrième côte l'inscription suivante, qui paraît assez ancienne :

« Le sujet a vécu six ans au bagne avec ce corps étranger sans » incommodité. »

Un peu de scepticisme est donc permis en pareille circonstance, et, du reste, tous ces détails du commémoratif n'ont pas assez d'importance pour qu'il y ait utilité à s'y arrêter plus longtemps.

Il y a certainement plus d'intérêt à rechercher quel a été le mode d'introduction du corps vulnérant.

Il est d'abord évident que le fragment décrit n'a jamais appartenu à un fleuret ou à des ciseaux; c'est très probablement l'extrémité d'une courte épée, ce qui donnerait quelque vraisemblance à l'histoire de la canne à lance de M. Guillon.

Mais, quelles que soient les circonstances de l'assassinat ou de la blessure (car les avis sont, je le répète, très partagés sur cette question), l'examen de la pièce pathologique démontre nettement que la lame de fer a été plongée dans la poitrine de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans.

Quant au siége précis de l'ouverture d'entrée, un peu de réflexion et moins d'amour du merveilleux auraient dû éloigner M. Guillon de le placer entre la quatrième et la cinquième côte.

Il nous paraît difficile, en effet, d'après le récit de ce médecin et en raison surtout de l'innocuité constatée de la blessure, qu'un instrument ait pu traverser la poitrine en ce point et se fixer dans le corps d'une vertèbre, même indéterminée, sans produire des désordres incompatibles avec la vie.

Il devait nécessairement léser à ce niveau le cœur à gauche,

séances pour une aphonie nerveuse de cause inconnue. Enfin, le troisième en a pris une trentaine pour un très ancien et très fort enrouement causé par une ulcération non syphilitique d'une des cordes vocales. Ces trois malades ont été examinés à l'aide du laryngoscope qui avait permis de préciser le diagnostic local. Le premier de ces trois malades, curé dans le diocèse du Mans, m'avait été adressé par M. le docteur Foucher, agrégé de la Faculté de Paris. Il vint pour la première fois aux Eaux-Bonnes le 3 août 1859. Un traitement de trente-deux jours, pendant lequel il prit vingt-six séances de respiration d'eau pulvérisée, concurremment avec l'eau en boisson, lui rendit la voix, non pas sa voix normale, mais un timbre assez fort pour se faire entendre dans la conversation. Rentré chez lui, il crut pouvoir reprendre en partie ses fonctions. Mais au bout d'un mois, après une promenade en voiture faite le soir, l'aphonie revint complétement. Il partit alors pour l'Italie et passa l'hiver à Rome, puis revint aux Eaux-Bonnes dès le 1er juin 1860. Il y séjourna quarante-deux jours, pendant lesquels il alla cinquante-trois fois à la salle de respiration. Mais il ne recouvra point la voix et repartit à très peu près dans le même état que celui où il se trouvait lors de son arrivée.

L'observation attentive de ces 49 malades et celle faite sur moi-même m'ont laissé la conviction que chez aucun la poussière d'eau ne pénétrait ni dans les bronches, ni dans la trachée, ni même dans l'intérieur du larynx. Au moins n'ai-je remarqué aucun phénomène particulier appréciable, aucun effet thérapeutique bien précis de nature à faire croire à cette pénétration. Au contraire, il m'a semblé que toute la poussière d'eau se condensait dans la cavité buccale, d'où elle sortait ensuite en filet d'eau continu. J'ajoute que plusieurs de mes honorables confrères qui observaient en même temps que moi à l'établissement des Eaux-Bonnes, m'ont maintes fois exprimé la même opinion. Toutefois, je ne puis omettre ici une réflexion qui s'est souvent présentée à mon esprit. Les appareils de ces chambres de respiration d'eau pulvérisée sont disposés de telle sorte que les malades sont obligés, debout ou assis, de se tenir penchés en avant pour aspirer la poussière liquide. Il se pourrait très bien que, respirant dans une attitude opposée, c'est-à-dire la tête renversée en arrière, ils obtinssent un résultat différent. Il y a lieu de croire que, dans ce cas, la poussière d'eau arrivant dans l'arrière-bouche, descendrait, entraînée par les lois de la pesanteur, jusque dans la trachée-artère en traversant le larynx. Je n'ai point fait cette expérience, mais je ne suis pas éloigné de croire que dans ces conditions la poussière liquide pénétrerait dans les voies respiratoires.

Pour ne rien omettre de ce qui est arrivé à ma connaissance, relativement au sujet que je traite, je m'empresse de publier une note à moi communiquée par mon honorable confrère, le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis :

« M. X..., négociant, à qui j'ai pratiqué la trachéotomie il y a » cinq ans, et qui a porté pendant huit mois une canule, resta » affecté d'une fistule trachéale. Il se forma bientôt une sécrétion » purulente, abondante et fétide qui se maintient encore aujour» d'hui. La trachée est ossifiée du côté droit. Il y a deux ans, il » survint de temps en temps, à la suite de quintes de toux et même » sans aucun effort, des expectorations considérables de sang qui » duraient sans interruption pendant huit, dix et douze jours, et » revenaient à intervalles très rapprochés.

» Après avoir mis en usage divers moyens pour arrêter ces hé» morrhagies, je me décidai à faire aspirer au malade, à l'aide de » l'appareil pulvérisateur de M. Tirman, une solution de perchlo» rure de fer (1 gramme par 30 grammes d'eau distillée). Après » deux jours de l'emploi de cette médication qu'il mettait en usage » trois fois par jour, debout ou assis, l'hémorrhagie s'arrêta, mais » réparut plus tard. Je l'engageai à persister, et ces hémorrha» gies, en même temps qu'elles diminuèrent d'intensité, devinrent » moins fréquentes. Toutefois le malade, peu patient, se fatigua » et crut devoir renoncer à ce moyen. Il fut repris dans le cours » de l'année dernière de quelques hémorrhagies. Depuis, elles ont » diminué encore de fréquence et d'intensité ; il n'en a presque » pas eu cet hiver, mais la suppuration est revenue très abondante » et fétide, et depuis deux mois le malade est en proie à des suf» focations continuelles accompagnées d'expectoration considé» rable de pus très fétide. M. le professeur Gosselin a vu ce » malade avec moi il y a un mois. Les inspirations d'eau conte» nant le perchlorure de fer donnaient une sensation styptique » dans la bouche, de la sécheresse dans la gorge ; mais le malade » n'accusait ni dans le larynx, ni dans la trachée, ni dans les » bronches, aucune sensation. La toux était un peu moins fréquente » seulement après les aspirations. En somme, si le résultat n'est » pas concluant, le fait n'est pas moins digne d'attention. »

Je me bornerai à de courtes remarques sur ce fait, dont les détails, d'ailleurs, sont trop incomplets pour qu'on en puisse tirer quelques conclusions rationnelles. La première, c'est qu'il n'est guère permis de douter que la poussière liquide n'ait baigné les bords de la fistule trachéale pendant que le malade procédait à ses aspirations. La seconde, c'est que le siége de l'hémorrhagie n'étant point déterminé d'une manière précise, il est impossible de savoir si la poussière d'eau a pu agir directement ou médiatement sur l'écoulement du sang, d'autant plus que l'action thérapeutique, en admettant qu'elle ait eu lieu, aurait été très peu marquée, puisqu'en somme l'hémorrhagie a seulement diminué de fréquence et d'intensité. Enfin, ne peut-on pas très bien admettre que cette diminution est due tout simplement à la marche naturelle de la maladie.

Je dois ajouter ici que des physiologistes éminents, après avoir fait de nombreuses expériences sur les animaux, affirment que les poussières, en général, ne pénètrent jamais dans les voies respiratoires.

### § III. — *Recherches expérimentales.*

Les observations cliniques dont je viens de présenter l'analyse ne laissaient pas beaucoup de doutes dans mon esprit sur les res-

---

et, des deux côtés, la partie la plus étendue des poumons, le point d'origine ou d'arrivée des gros vaisseaux cardiaques, les branches volumineuses des bronches, ou enfin les canaux lymphatiques, alimentaires ou vasculaires du thorax, et surtout les veines cave, azygos ou l'aorte, dont le volume couvre toute la périphérie du corps de presque toutes les vertèbres dorsales et lombaires.

Une lame de fer ne pourrait certainement cheminer impunément au milieu de pareils dangers.

Mais la pièce démontre, du reste, qu'il en a été tout autrement.

C'est à la partie supérieure du thorax que le corps vulnérant a pénétré dans la direction indiquée. Et la position, ainsi que la direction du fragment brisé, expliquent sans peine ce que nous allons dire du point précis de son introduction et de l'innocuité de la blessure.

Notre opinion n'est point seulement théorique ou empruntée à l'examen attentif de la pièce pathologique ; elle résulte aussi de nombreuses expériences sur des cadavres qu'on allait autopsier, expériences dans lesquelles nous avons pu reproduire avec un succès presque constant toutes les circonstances de la blessure que nous analysons.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BERCHON, D. M. P.,

Chirurgien de première classe de la marine, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine navale de Rochefort.

Rochefort, 20 septembre 1860.

— OPÉRATION CÉSARIENNE. — *Post-mortem.* — En 1829, lorsque M. Caffe était interne à l'hôpital des vénériens, service des femmes enceintes et des nourrices, une très belle femme de race espagnole, enceinte de huit mois, succomba à l'asphyxie par ulcérations syphilitiques dans le larynx. La mort bien constatée, M. Caffe pratiqua, moins d'une demi-heure après, l'opération césarienne, en présence de ses collègues de l'hôpital, et retira vivante une fille qui vivait encore il y a moins d'un an.

sources qu'offrait à la thérapeutique des affections pulmonaires la respiration de l'eau minérale pulvérisée. Mais il restait à rechercher jusqu'à quel point la poussière liquide pouvait pénétrer dans les voies respiratoires; c'est ce que je tentai de déterminer par des expériences directes sur les animaux.

A cet effet, je me rendis au laboratoire du Collége de France, mis très obligeamment à ma disposition par M. le professeur Claude Bernard. Le 30 janvier 1861, je remplis un appareil pulvérisateur de M. Sales-Girons (1) d'une solution de cyanure jaune de potassium, et en présence de MM. Cl. Bernard, Vella et Leconte qui voulut bien me fournir les réactifs dont j'avais besoin, je pris un lapin, dont le museau fut maintenu à l'ouverture du tambour dans lequel le filet d'eau vient se briser et se réduire en poussière. L'animal a tranquillement et sans agitation supporté l'expérience et a respiré en pleine liberté la poussière de la solution. L'appareil a convenablement fonctionné sous une pression moyenne de trois à quatre atmosphères. Il a été dépensé environ 2 litres de liquide, c'est-à-dire que l'appareil de grand modèle a été rempli deux fois. Cette première expérience a duré vingt-deux minutes. Le lapin ayant été ensuite mis immédiatement à mort par la section de la moelle, et l'ouverture en ayant été faite, tous les organes respiratoires ont été détachés avec précaution et mis sur une assiette. Le larynx et la trachée-artère ayant été ouverts, leur membrane muqueuse fut mise en contact avec une solution concentrée de perchlorure de fer. Au bout de quelques secondes, une couleur bleue sensible, sans être intense, fut constatée. L'ouverture fut ensuite prolongée dans différents rameaux bronchiques; et, à l'aide du même réactif, on y reconnut également la présence du cyanure jaune de potassium.

Mais sur l'observation de M. Cl. Bernard, que ce cyanure était très facilement et très rapidement absorbé par les tissus animaux, et sur le conseil qu'il nous donna de chercher sa présence dans d'autres organes, nous constatâmes, en effet, qu'il en existait dans l'urine, dans les uretères et dans les bassinets. Il devint alors évident que mon expérience avait manqué son but, puisqu'il y avait eu absorption du sel potassique, et que conséquemment cette substance avait pu pénétrer dans les bronches autrement que par la respiration directe.

Renversant alors mon mode d'expérimentation, j'introduisis dans mon pulvérisateur une solution de perchlorure de fer, sel très difficilement absorbé par les tissus animaux, et, dans ces conditions, je recommençai l'expérience sur un lapin qui respira pendant vingt-six minutes la poussière de cette solution. L'animal ayant ensuite été sacrifié de la même manière que le premier, ses organes respiratoires furent immédiatement détachés et ouverts, puis mis en contact avec une solution concentrée de cyanure jaune de potassium. La réaction bleue se produisit plus lentement; mais, au bout de quelques minutes, elle fut évidente dans le larynx, dans la trachée-artère et dans les ramifications bronchiques, quoiqu'elle y fût peu intense. Par conséquent, la poussière d'eau avait pénétré dans ces organes. Il n'est pas inutile de dire que dans ces expériences et dans les suivantes le liquide destiné à être pulvérisé était préalablement essayé par le même réactif qui servait aux expériences.

Le 6 février suivant, je pris un chien de petite taille et je lui fis respirer la poussière d'une solution de perchlorure de fer. L'animal, maintenu sans aucun lien par les mains d'un aide, respira tranquillement pendant vingt-cinq minutes, le museau placé à l'entrée du tambour de l'appareil. La quantité de solution pulvérisée fut de 2 litres. L'animal respirait à la fois par le nez et par la bouche, et l'on voyait sortir par les angles de celle-ci un filet d'eau mêlé de salive. Le chien fut immédiatement mis à mort par la section de la moelle; ses organes respiratoires furent détachés et placés sur une assiette. La muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches ayant été mise en contact avec la solution de cyanure jaune de potassium, aucune espèce de réaction ne se manifesta, même après plus d'un quart d'heure de contact. Évidemment la poussière liquide n'avait pas pénétré même dans le larynx. La réaction bleue, au contraire, fut très sensible dans le pharynx, dans la bouche et dans les fosses nasales.

Un second chien de taille moyenne et très vigoureux fut ensuite mis en expérience de la même manière. Tout se passa exactement comme dans le cas précédent, sauf qu'on fut obligé de lier les jambes de cet animal à cause de sa pétulance et de son indocilité. A l'ouverture des organes aériens, le résultat fut exactement le même, et aucune réaction n'y fut observée.

Surpris de la différence du résultat obtenu sur deux espèces animales assez voisines, et craignant de m'être trompé dans l'appréciation des effets observés ou dans quelque détail de l'expérimentation, je résolus de recommencer immédiatement mon expérience sur un lapin. Les précautions les plus minutieuses furent prises pour que les conditions de cette nouvelle opération fussent identiques avec celles des deux précédentes. Je fis respirer un lapin pendant vingt minutes. L'animal fut mis à mort aussitôt après, et ses organes respiratoires furent enlevés et ouverts. Le réactif, mis en contact avec la muqueuse, fit, après quelques minutes, apparaître la couleur bleue caractéristique dans toute l'étendue de l'arbre aérien.

Enfin, profitant de l'extrême obligeance de M. le professeur Henry Bouley (d'Alfort), qui voulut bien mettre un cheval à ma disposition, je me rendis à l'école vétérinaire le 18 février, accompagné de M. le docteur Raoux. Un cheval atteint de tumeur carcinomateuse du ventre, mais dont les organes respiratoires étaient intacts, fut couché sur un plan horizontal et placé de telle sorte que la tête se trouvait sur le même plan que le reste du corps. L'expérience dura cinq quarts d'heure, durant lesquels la respiration de la poussière liquide eut lieu seulement pendant environ quarante-cinq minutes. La solution était la même que pour les opérations précédentes. La quantité dépensée fut d'environ 4 litres. L'animal ayant été ensuite sacrifié par la section de la moelle, le larynx et la trachée-artère furent ouverts et mis en contact avec la solution cyanurée; mais il ne se produisit aucune réaction. Il en fut de même pour les rameaux bronchiques, dont plusieurs furent ouverts. Dans les naseaux, au contraire, la coloration bleue apparut immédiatement très intense partout. Le concours éclairé de M. le docteur Raoux me fut très précieux dans cette circonstance, et je tiens à l'en remercier publiquement.

Ainsi donc, en résumé, si l'on met de côté la première expérience dont le résultat doit être considéré comme nul à cause de l'absorption du cyanure de potassium, sur trois lapins la pénétration de l'eau pulvérisée a été constatée dans toute l'étendue des voies aériennes, mais à un très faible degré; sur deux chiens et un cheval, au contraire, cette pénétration n'est pas allée au delà du pharynx, et aucune trace d'eau n'a été rencontrée dans les voies aériennes proprement dites. Quelle est la cause de cette différence? Je crois qu'on ne peut la trouver que dans les conditions anatomiques. Chez le lapin, en effet, la glotte se trouve très rapprochée de l'ouverture buccale, et l'eau, en se condensant dans l'arrière-bouche, peut, conformément aux lois de la pesanteur, descendre dans le larynx et de là dans la trachée et dans les bronches. C'est là du moins la seule explication que nous ayons pu trouver, et M. le professeur Cl. Bernard, consulté par moi à ce sujet, a partagé cette manière de voir.

Une chose importante à noter, c'est qu'il n'est possible de faire entrer qu'une minime quantité d'eau pulvérisée dans la bouche et dans les fosses nasales, surtout lorsqu'on se sert des appareils pulvérisateurs portatifs.

En effet, dans mes expériences sur les animaux et sur moi-même, j'employais habituellement un litre de liquide à la fois. Or l'eau, après avoir été réduite en poussière sur le disque métallique, se condense en grande partie sur les parois du tambour et s'écoule ensuite par la partie déclive dans un canal de caoutchouc. Cette eau, recueillie dans un vase et remise dans l'appareil, se trouve, à un dixième près, égaler la quantité primitive. Mais sur ce dixième qui se répand en dehors de l'appareil, une moitié environ se perd pendant le mouvement d'expiration, et une autre partie notable se perd en outre en dehors de la zone respiratoire. Il résulte de ces circonstances que, pour une eau minérale qui contiendrait par

(1) Les appareils dont je me suis servi dans toutes mes expériences ont été complaisamment mis à ma disposition par M. Charrière.

litre 1 gramme de substance minérale fixe (c'est quesque le double de ce qu'en renferme l'Eau-Bonne), 3 ou 4 centigrammes à peine seraient aspirés dans l'espace de douze à quatorze minutes que dure la pulvérisation d'un litre. Ce serait donc environ 8 centigrammes pour une séance ordinaire de trente minutes.

Maintenant, si nous analysons les trois ordres de faits consignés dans ce mémoire, nous voyons : 1° que les considérations physiologiques, sans permettre de conclure d'une manière absolue à la non-pénétration des liquides dans les canaux aériens, donnent cependant le droit d'affirmer que leur présence y serait facile à reconnaître par la toux et par les efforts d'expulsion qu'elle y doit déterminer; 2° que les observations cliniques conduisent à la négation des effets thérapeutiques des liquides minéraux pulvérisés dans les affections pulmonaires et bronchiques; 3° que les expériences sur les animaux rendent peu probable chez l'homme la pénétration de ces mêmes liquides dans les canaux respiratoires; 4° que dans les affections de la bouche et du pharynx, le mode de traitement par la poussière d'eau a des effets analogues à ceux des gargarismes, des douches locales et des autres applications topiques connues de tout le monde.

---

## III

## CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

### Émissions sanguines dans le traitement des affections utérines.

Monsieur le rédacteur,

Je laisserai de côté ce qu'il y a de personnel dans la réclamation assez vive que M. Nonat vous a adressée; je ne m'arrêterai donc pas à justifier de mon expérience sur la question en litige. J'espère que mes confrères en prendront facilement leur parti, et verront avec plus d'intérêt une courte discussion qui pourra les éclairer sur la valeur réelle des émissions sanguines générales et répétées dans le traitement des affections utérines.

Je rappelle ma phrase incriminée par M. Nonat : « Nous croyons utile de reproduire cette protestation (de M. Bernutz) contre l'emploi systématique des saignées, moyen presque toujours inefficace, souvent déplorable, — et qui, nous sommes heureux de le dire, compte fort peu de partisans. » Cette dernière partie de la phrase, que n'attaque pas M. Nonat, se trouvera bientôt justifiée aussi bien que le reste.

Après avoir parlé du traitement, M. Nonat le résume dans la phrase suivante : « Sauf quelques exceptions, nous avons l'habitude de commencer le traitement par une saignée générale, si la malade est d'une forte constitution; par une saignée locale, si la malade est d'une constitution faible. » (Nonat, *Traité pratique des affections de l'utérus*, p. 123.) Cela me paraît assez systématique, quelles que puissent être les opinions émises sur les indications de la saignée; celle-ci est toujours faite, *sauf quelques exceptions*.

Notons en outre ce que pense M. Nonat de l'application des sangsues au col de l'utérus : « Les résultats de notre pratique ne sont guère favorables à l'application des sangsues sur le col. » (Nonat, *ibid.*, p. 127.

Si, laissant de côté notre expérience personnelle, nous faisons appel à celle des auteurs qui ont écrit récemment sur ce sujet, nous trouvons partout la condamnation de la méthode autrefois préconisée par Lisfranc, et maintenant employée par M. Nonat.

En parlant du traitement de M. Nonat, M. Becquerel s'exprime ainsi : « Je puis signaler parmi ses principaux inconvénients, la débilité des femmes qui en résulte, le développement d'une anémie souvent intense, la chronicité prolongée de l'affection utérine, tous inconvénients qui ne sont contrebalancés que par un soulagement momentané et tout local que les malades éprouvent. » (*Traité clinique des maladies de l'utérus*, 1859, t. I, p. 234.)

Rappelons l'opinion de M. Bernutz : « .... petites saignées révulsives préconisées par M. Nonat, qui, après un amendement momentané que je me plais à reconnaître, et qui est dû à l'action perturbatrice qu'elles exercent, ont le très grand inconvénient d'affaiblir les malades en pure perte, et, lorsqu'on les répète, de produire une cachexie anémique qui éternise la lésion elle-même qu'on a en vain espéré faire disparaître de vive force. » (*Clinique médicale des maladies des femmes*, 1860, t. I, p. 334.)

MM. Becquerel et Bernutz constatent, par contre, les avantages qu'on peut obtenir de l'application des sangsues sur le col de l'utérus.

Un autre praticien, dont la science regrette la mort prématurée, Aran, exprime les mêmes idées : « Toujours est-il cependant qu'il est bien peu de cas dans lesquels il n'y ait pas avantage à débuter par une émission sanguine. Ce que je vous ai dit déjà doit vous faire comprendre qu'il s'agit seulement d'une émission sanguine locale : les petites saignées révulsives de Lisfranc sont jugées aujourd'hui. Mais, ce qui l'emporte sur toutes les émissions sanguines locales, c'est l'application de quelques sangsues sur le col de l'utérus. » (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858-1860, p. 536.)

Enfin, à l'étranger comme en France, nous trouvons la même opinion : « La métrite aiguë est rarement assez violente pour forcer le médecin à avoir recours à la saignée; du moins nous ne nous rappelons aucun cas où nous ayons été forcé d'en venir jusque-là... En général, les vives douleurs qui accompagnent la maladie céderont à des émissions sanguines locales, et, pour cela, nous préférons, partout où cela est possible, appliquer cinq ou six sangsues sur la portion vaginale. » (De Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. franç., 1858, p. 137.)

Je pourrais me contenter d'opposer à M. Nonat les opinions de ces praticiens expérimentés; j'ai voulu en outre lire les observations qu'il a publiées et auxquelles il me renvoie. Je crois que ces observations *ne prouvent absolument rien ;* en lisant celles de la deuxième et de la troisième série (phlegmon péri-utérin), il est facile de se convaincre que les saignées n'ont eu aucune influence heureuse sur le traitement. La durée de celui-ci n'a été nullement abrégée; M. Nonat a employé concurremment les moyens ordinaires qui suffisent pour amener la guérison, souvent en moins de temps. Donc les sangsues n'ont eu aucune influence favorable sur le traitement en général, et elles ont eu les inconvénients qui ont été signalés plus haut par MM. Becquerel et Bernutz.

En outre, on ne trouve sans doute pas dans ces observations celles de malades que nous avons vues dans plusieurs services et aux consultations des hôpitaux; chez elles, la maladie persistait, et, de plus, elles étaient profondément anémiées. Chez quelques-unes, la guérison a pu être obtenue par le repos et un traitement peu actif, concurremment avec un régime réparateur.

Je m'aperçois, un peu tard, que j'ai dépassé les limites que je m'étais imposées; mais j'ai cru qu'il serait utile d'opposer à M. Nonat des témoignages qui, nous l'espérons, pourront prémunir nos confrères contre une semblable erreur thérapeutique.

Agréez, mon cher confrère, etc. Jules ROUYER.

Paris, le 7 avril 1861.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 MARS 1861. — PRÉSID. DE M. CHASLES.

### PRIX PROPOSÉS

POUR LES ANNÉES 1861, 1862, 1863, 1864 ET 1866.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — *Question proposée en* 1859 *pour* 1861. — « Anatomie comparée du système nerveux des poissons. » L'Académie voudrait que, par une étude comparative des centres nerveux, dont la réunion constitue l'encéphale, on pût démontrer rigoureusement les analogies et les différences qui existent entre ces parties chez les poissons et chez les vertébrés supérieurs; enfin elle désire que cette étude soit conduite de manière à jeter d'utiles lumières sur les rapports zoologiques que les divers poissons ont entre eux, et à fournir ainsi de nouvelles données pour la classification naturelle de ces animaux.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1861, *terme de rigueur*. (*Comm. :* MM. Brongniart, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Flourens, Duméril, Milne Edwards *rapporteur*.)

— *Question proposée en* 1857 *pour* 1859. — *Nouvelle question proposée pour* 1862. (Rappel du rapport sur le concours de 1859.) — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « La détermina-

» tion des rapports qui s'établissent entre les spermatozoïdes et » l'œuf dans l'acte de la fécondation. » Aucune pièce n'étant parvenue, l'Académie retire cette question et y substitue la suivante ,

« Étudier les hybrides végétaux au point de vue de leur fécon- » dité et de la perpétuité ou non-perpétuité de leurs caractères. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1861, *terme de rigueur.* (*Comm. :* MM. Flourens, Duméril, Milne Edwards, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Claude Bernard, Brongniart, *rapporteur.*)

— *Question proposée en* 1856 *pour* 1857, *prorogée à* 1860. — *Nouvelle question proposée pour* 1863. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « Étudier le mode de formation et la structure » des spores et des autres organes qui concourent à la reproduc- » tion des champignons, leur rôle physiologique, la germination » des spores, et particulièrement pour les champignons parasites » leur mode de pénétration et de développement dans les autres » corps organisés vivants. »

Aucune pièce n'ayant été adressée à l'Académie, elle retire cette question, et y substitue la suivante :

« Étudier les changements qui s'opèrent pendant la germina- » tion dans la constitution des tissus de l'embryon et du péri- » sperme, ainsi que dans les matières que ces tissus renferment. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires doivent être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1863, *terme de rigueur.* Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée. (*Comm. :* MM. Flourens, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Duméril, Ad. Brongniart, *rapporteur.*)

Prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon). — L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent cinq francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur.*

Prix de médecine pour l'année 1864. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1864, la question suivante : « Faire l'histoire de la pellagre. »

Les concurrents devront :

1° Faire connaître les contrées où règne la pellagre endémique, et celles où la pellagre sporadique a été observée, en France et à l'étranger;

2° Poursuivre la recherche et l'étude de la pellagre dans les asiles d'aliénés, particulièrement en France; en distinguant les cas dans lesquels la folie et la paralysie ont précédé les symptômes extérieurs de la pellagre, des cas dans lesquels la folie et la paralysie se sont déclarées après les lésions de la peau et les troubles digestifs propres aux affections pellagreuses;

3° Étudier avec le plus grand soin l'étiologie de la pellagre, et examiner spécialement l'opinion qui attribue la production de cette maladie à l'usage du maïs altéré (Verdet);

4° En un mot, faire une monographie qui, éclairant l'étiologie et la distribution géographique de la pellagre, exposant les formes sous lesquelles on la connaît présentement, et donnant au diagnostic et au traitement plus de précision, soit un avancement pour la pathologie et un service rendu à la pratique et à l'hygiène publique.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs.*

Les ouvrages seront écrits en français.

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866 la question suivante : « De l'application » de l'électricité à la thérapeutique. »

Les concurrents devront :

1° Indiquer les appareils électriques employés; décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs.*

Les ouvrages seront écrits en français.

Grand prix de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie met au concours la question : « De la conservation des membres par » la conservation du périoste. »

Les concurrents ne sauraient oublier qu'il s'agit ici d'un travail pratique, qu'il s'agit de l'homme, et que, par conséquent, on ne compte pas moins sur leur respect pour l'humanité que sur leur intelligence.

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de *dix mille francs.*

Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait le prix.

Le prix sera donc de *vingt mille francs.*

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866.

Elles devront être écrites en français.

Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leur nom. (*Comm. :* MM. Velpeau, Claude Bernard, Jobert de Lamballe, Serres, Andral, Jules Cloquet, Rayer, Milne Edwards, Flourens, *rapporteur* )

Prix Alhumbert. — *Question proposée pour* 1862. — La commission propose le sujet suivant :

« Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un jour » nouveau sur la question des générations dites spontanées. »

La commission demande des expériences précises, rigoureuses, également étudiées dans toutes leurs circonstances, et telles, en un mot, qu'il puisse en être déduit quelque résultat dégagé de toute confusion, née des expériences mêmes. Elle désire que les concurrents étudient spécialement l'action de la température et des autres agents physiques sur la vitalité et le développement des germes des animaux et des végétaux inférieurs.

Le prix pourra être décerné à tout travail, manuscrit ou imprimé, qui aura paru avant le 1er octobre 1862, *terme de rigueur*, et qui aura rempli les conditions requises.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs.*

Les travaux devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut. (*Comm. :* MM, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Brongniart, Milne Edwards, Serres, Flourens, *rapporteur.*)

— *Question proposée en* 1854 *pour* 1856, *remise à* 1859. — *Nouvelle question proposée pour* 1862. (Rappel du rapport sur le concours de 1859.) — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « La détermination des phénomènes relatifs à la reproduc- » tion des polypes et des acalèphes. » Aucune pièce n'étant parvenue, l'Académie retire cette question et la remplace par le sujet suivant :

« Étude expérimentale des modifications qui peuvent être déter- » minées dans le développement de l'embryon d'un animal ver- » tébré par l'action des agents extérieurs. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs.*

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1862, *terme de rigueur.* (*Comm. :* MM. Coste, de Quatrefages, Serres, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards rapporteur.)

Prix du legs Bréant. — Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de *cent mille francs*, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans » l'immense majorité des cas ; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra » asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes » on fasse cesser l'épidémie ; »

Ou enfin

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que » l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de *quatre mille francs*, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de *quatre mille francs* pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

PRIX BARBIER, *à décerner en* 1862. — Feu M. Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, a légué à l'Académie des sciences une rente de *deux mille francs*, destinée à la fondation d'un prix annuel, « pour celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. »

En conséquence, l'Académie annonce que le *Prix-Barbier* sera décerné en 1862 au meilleur travail qu'elle aura reçu, soit sur la chimie, soit sur la botanique médicales.

Les mémoires devront être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1862 : *ce terme est de rigueur*. Les noms des auteurs devront être contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée. (*Comm. :* MM. Rayer, Jules Cloquet, Andral, Claude Bernard, Velpeau rapporteur.)

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS. — Les concurrents, *pour tous les prix, sont prévenus* que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés au concours ; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

---

SÉANCE DU 1er AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE-EDWARDS.

**MÉTÉOROLOGIE. — *Observations recueillies à Alexandrie d'Égypte, du 1er octobre 1858 au 30 septembre 1860*, par M. *B. Schnepp*, médecin sanitaire de France. — Ces observations, dit l'auteur, sont les seules qui aient été poursuivies dans le Delta pendant des années entières et d'une manière aussi complète. Elles se rapportent à la pression atmosphérique, à la température de l'air, à la direction des vents, à l'état du ciel, à la quantité d'eau tombée et au degré d'humidité de l'atmosphère. M. Schnepp ajoute que ces observations doivent lui servir de base pour un travail de climatologie sur l'Égypte. (*Comm. :* MM. Pouillet, Babinet.)**

ANATOMIE. — *Note accompagnant l'envoi fait de Vienne* par M. *S. Hyrtl de diverses publications sur des questions d'anatomie comparée et de zoologie, et d'une série de préparations angiologiques.* — Dans cette note, l'auteur insiste sur le soin qu'il a mis à injecter diverses préparations propres à éclairer quelques parties peu connues d'angiologie microscopique. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la construction et les propriétés d'un nouvel ophthalmoscope permettant de voir, par le concours harmonique des deux yeux, les images du fond de l'œil*, par M. *Giraud-Teulon*. (Voir le dernier numéro de la *Gazette hebdom.*, p. 221.) *Comm. :* MM. Pouillet, de Quatrefages, Cl. Bernard.)

**CHIRURGIE. — *Note sur un cas de reproduction totale de l'os maxillaire inférieur droit*, par M. le docteur *Maisonneuve*. — L'auteur rapporte le cas d'un homme de trente-cinq ans, auquel il a pratiqué, le 18 novembre 1854, l'ablation totale du maxillaire inférieur, frappé de nécrose, en ayant soin de respecter le périoste.**

Plusieurs années se sont écoulées depuis lors, ajoute M. Maisonneuve : la nouvelle mâchoire s'est reconstituée si complète et si exacte, qu'on a peine à reconnaître de quel côté l'opération a eu lieu, ainsi qu'on peut s'en convaincre en examinant le malade qui est actuellement un homme vigoureux et bien mangeant, et qui remplit les fonctions d'infirmier dans mon service : j'ajouterai seulement que les dents, après deux ou trois ans, ont fini par tomber l'une après l'autre. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Velpeau, Cloquet, Jobert, Bernard, Longet.)

PHYSIOLOGIE. — *Régénération des os par le périoste; extrait d'une lettre adressée de Rive-de-Gier à* M. Flourens, par M. *Richarme*. — L'auteur cite le fait d'un blessé dont le tibia et le périné, après avoir été écrasés comminutivement et s'être détachés par gros séquestres, se sont reproduits spontanément au bout de quelques mois. (*Comm. :* MM. Flourens, Milne Edwards, Velpeau, Cloquet, Jobert, Bernard, Longet.)

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la voix humaine*, par M. *Garcia*. — L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° Les cordes vocales supérieures ne sauraient produire des sons : la position qu'occupent les muscles qui correspondent à ces ligaments vient confirmer cette observation ; 2° la voix humaine est produite exclusivement par la glotte inférieure ; 3° les cordes vocales tiennent de leur élasticité, uniquement, la faculté de faire naître des sons ; 4° les explosions de l'air sont la cause primordiale du son, tout aussi bien dans les instruments que dans la voix ; 5° dans le mécanisme qui réunit en gamme les sons de la voix, on distingue un mouvement extérieur, visible avec le secours des miroirs, et une cause interne que l'anatomie seule fait comprendre ; 6° le mouvement visible consiste en un raccourcissement progressif d'arrière en avant et en un rétrécissement correspondant de la partie vibrante de la glotte, de sorte qu'il se forme pour ainsi dire une nouvelle glotte plus petite pour chaque nouveau son ; 7° la cause interne se révèle par la disposition des fibres du faisceau musculaire qui prend naissance dans la cavité antérieure de l'aryténoïde : un examen attentif m'a conduit à reconnaître cette disposition remarquable, dont je n'ai pas trouvé la description dans les traités d'anatomie ; 8° les caractères différents de la voix humaine que l'on nomme *registres*, tiennent à la profondeur des surfaces mises en contact pour former des vibrations : ainsi, dans le *registre de poitrine*, les ligaments vocaux sont tendus et entrent en contact dans toute la profondeur de l'apophyse antérieure de l'aryténoïde ; dans le registre de *fausset-tête*, ce sont les bords seuls des ligaments qui se tendent et se touchent ; 9° chaque registre se trouve formé de deux parties assez distinctes : l'une, la plus basse, résulte des vibrations de la glotte bicomposée ; l'autre, la plus haute, de celle du ligament tout seul ; 10° l'éclat ou le voile des sons dépend de ce que les bords de la glotte s'appliquent plus ou moins exactement l'un contre l'autre après chaque explosion.

L'Académie reçoit pour le concours pour les prix de médecine et de chirurgie :

1° Un mémoire sur la structure du système nerveux cérébro-spinal : étude du cerveau, anatomie, physiologie, pathologie (avec atlas et indication des parties que l'auteur considère comme neuves dans son travail), par M. *Luys ;* 2° un travail intitulé : « Action physiologique de l'atropine ; inductions en faveur d'un traitement rationnel de l'épilepsie, » par M. *Michéa ;* 3° un mémoire relatif à « l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du *purpura hæmorrhagica* et du scorbut, » par M. *Pize ;* 4° un travail sur un nouveau « forceps à traction soutenue et à pression progressive : précédé d'un examen critique des forceps employés jusqu'à ce jour, » par M. *Chassagne ;* 5° un mémoire sur le « développement du sinus frontal et rôle physiologique des sinus de la face, » par M. *Tillaux ;* 6° un travail de M. *Tripier*, intitulé : « Traité d'électrothérapie, » chapitres III, IV et V (partie médicale) ; avec l'analyse exigée par le programme du concours.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M le ministre d'État transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département de la Nièvre. — *b.* Un rapport sur une épidémie de scarlatine par le médecin des épidémies de l'arrondissement d'Avranches. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Trousseau*, dentiste à Rennes, accompagnant l'envoi des premiers numéros de l'*Union dentaire*, qu'il vient de créer. — *b.* Un mémoire sur la phthisie pulmonaire, par M. le docteur *Tampier*. (M. Grisolle, *rapporteur*.) — *c.* Une lettre de M. *Reynal*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *d.* Une note descriptive concernant un crochet à gaine destiné à la pratique des accouchements laborieux, fabriqué par M. *Charrière*, d'après les indications de M. le docteur *Nivet* (de Clermont-Ferrand). (*Comm.*: M. Jacquemier.) — *e.* Une observation d'opération césarienne *post mortem*, par M. *Binaut*, professeur à l'école de médecine de Lille. (*Comm.*: M. Devergie.)

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Devilliers*, annonçant qu'il n'avait pas l'intention de demander un rapport lorsqu'il envoya son travail à l'Académie, le 19 mars dernier.

M. *Michel Lévy* offre en hommage, au nom de l'auteur, un volume intitulé : *Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée*, par M. le docteur *Marroin*.

*Discussion sur l'opération césarienne après la mort.*

M. *Depaul* résume la première partie de son argumentation, et rappelle les points principaux qu'il a développés dans la précédente séance, puis il continue :

Ceux qui admettent la persistance prolongée de la vie du fœtus après la mort de la mère s'appuient sur l'indépendance des deux circulations, fœtale et maternelle. Or, cette indépendance n'existe en réalité et complétement que dans les premiers temps de la gestation. Mais, plus tard, la circulation de l'enfant est tellement subordonnée à celle de la mère, que la vie du fœtus est toujours compromise par les troubles circulatoires de la mère. Ainsi, une syncope prolongée chez une femme enceinte ou un état d'asphyxie occasionne sûrement la mort de l'enfant, la syncope en interrompant le cours du sang, l'asphyxie en altérant ses propriétés vivifiantes. Ces deux accidents sont assez fréquemment déterminés aussi par les contractions permanentes, et en quelque sorte tétaniques, de l'utérus, et par les attaques d'éclampsie.

Si la vie de l'enfant peut être facilement compromise par de pareils accidents, à plus forte raison le sera-t-elle par la mort de la mère. Est-il étonnant alors que l'opération césarienne, après la mort, ne produise en général que des insuccès Encore ici M. de Kergaradec m'opposera des faits; mais on ne trouve des faits de ce genre que dans l'ouvrage de Cangiamila. Les succès s'y comptent presque par centaines; sur 93 opérations, on aurait réussi 90 fois. C'est trop merveilleux pour y croire.

Une autre statistique est celle de M. Devilliers (*Thèse inaugurale*, 1858), dans laquelle on trouve sur 39 opérations césariennes *post mortem*, 7 succès. Je dirai d'abord que toutes ces observations ne sont pas concluantes, que quelques-unes manquent d'exactitude, en particulier celles de Mauriceau, dans lesquelles j'ai trouvé trois erreurs, en comparant la copie avec l'original.

L'état de maladie de la mère exerce encore une grande influence sur la vie de l'enfant. Il est d'observation que dans la plupart des maladies chroniques ou dans celles qui portent une atteinte profonde aux forces organiques (phthisie, entérite chronique, vomissements incoercibles, choléra), les femmes accouchent souvent avant de mourir. Il en est de même dans certaines affections aiguës, et en particulier dans les fièvres éruptives. Dans ces circonstances-là, si la grossesse a dépassé le sixième mois, l'enfant pourra naître vivant. Mais dans les cas de mort subite occasionnée par une rupture du cœur, une rupture anévrysmatique, ou par l'introduction de l'air dans les veines, la nature ne tentera aucun effort pour expulser l'enfant hors de la matrice, et la vie de celui-ci courra les plus grands dangers si l'art n'intervient assez tôt pour le délivrer.

De cette longue dissertation, il résulte à mes yeux que la vie de l'enfant est tellement unie, tellement subordonnée à celle de la mère, que le produit de la conception ne peut survivre longtemps à celle qui le porte dans son sein. Je suis convaincu que la vie de l'enfant ne saurait se prolonger au delà de vingt à trente minutes; mais, comme en pareille matière il faut être aussi large que possible, je veux bien accorder à la rigueur qu'on pourra encore tenter raisonnablement l'opération césarienne une heure après le décès de la mère.

Mais les présomptions ne suffisent pas quand il s'agit de prendre une aussi grave détermination. Le médecin ne doit négliger aucun soin, aucune méthode d'exploration, pour s'assurer que l'enfant vit encore et que la mère est bien morte.

Sauf dans certaines conditions tout à fait exceptionnelles, l'auscultation obstétricale, en révélant les bruits du cœur fœtal, permettra de reconnaître non-seulement si l'enfant vit, mais encore si la vie a conservé chez lui quelque énergie. En auscultant une femme enceinte, vivante ou morte, et surtout morte (aucun bruit étranger ne venant alors donner le change), on peut suivre en quelque sorte pas à pas l'agonie de l'enfant. Peu à peu les bruits du cœur diminuent de fréquence et d'intensité, et enfin arrive le silence. Or, si ce silence a duré cinq ou six minutes sans interruption, soyez sûrs que vous ne trouverez qu'un cadavre dans l'utérus, et que l'opération césarienne sera vaine pour l'enfant.

Quant aux signes de la mort chez la femme, on sait qu'ils n'ont rien d'absolu, rien de certain. Aussi le médecin devra-t-il, même quand il aura réuni les plus grandes présomptions du décès, pratiquer l'opération césarienne avec les mêmes soins et les mêmes précautions que s'il opérait sur le vivant.

D'ailleurs, avant de recourir à la gastrotomie, *il faudra toujours* essayer d'extraire l'enfant par les voies naturelles. C'est une opération qu'on pourra terminer avec succès toutes les fois que le travail sera commencé, soit avec le forceps si le col utérin est suffisamment dilaté, soit par le *débridement si la dilatation* est insuffisante.

Je suis convaincu qu'un grand nombre d'enfants doivent la vie dans nos hôpitaux à l'intervention prompte et active des internes; tels sont les cas de M. Campbell à la Clinique, et de M. Béziat à l'hôpital Saint-Louis.

La question de l'opération césarienne *post mortem* touche à un grand intérêt social que je ne ferai que rappeler ici. En retirant du sein de la mère un enfant vivant, elle assure les droits du père, qui devient héritier. Cependant cette considération, toute sérieuse qu'elle est, ne devrait jamais forcer la main à l'accoucheur si, pour d'autres raisons, sa conscience répugnait à l'opération, si surtout il conservait quelques doutes encore sur la mort de la mère.

J'arrive à la seconde partie de la question telle que je l'ai divisée, c'est-à-dire à l'opportunité de l'opération césarienne dans la période de la gestation antérieure au sixième mois révolu, au cent quatre-vingtième jour. Ici la question change de face; elle cesse pour ainsi dire d'être scientifique pour devenir religieuse, théologique; aussi, ne la trouve-t-on guère discutée que dans les œuvres des théologiens, qui presque tous ont reproduit les mêmes faits et répété les mêmes arguments. Je ne veux pas m'y arrêter longtemps.

M. Depaul, après avoir rappelé les opinions de Platon, d'Aristote, de saint Augustin et de saint Thomas, relativement à l'époque de l'*animation* de l'embryon, se rattache au sentiment de saint Basile et d'autres Pères de l'Église, qui admettent que l'âme s'unit au corps au moment même de la fécondation : c'est là, ajoute l'orateur, l'opinion généralement acceptée de nos jours.

Mais est-ce une raison pour vouloir, avec Cangiamila, que l'opération césarienne soit pratiquée à toutes les époques de la gestation et même dans les cas de grossesse présumée? Un autre théologien, le père Debreyne, blâme ses exagérations et pense que la gastrotomie *post mortem* ne doit être pratiquée qu'après le quarantième jour de la grossesse. Ce terme lui-même ne me semble pas suffisamment avancé. En effet, même au quarantième jour,

peut-on avoir la certitude de la grossesse? Dans quel état trouvera-t-on l'embryon? Pourra-t-on espérer de l'extraire vivant? Aura-t-il seulement forme humaine? Enfin, quels dégâts, quelles mutilations ne faudra-t-il pas commettre pour aller chercher l'utérus au fond du bassin! Évidemment le précepte que je combats est entièrement contraire aux données de la saine médecine.

Pour mon compte, je repousse formellement la gastrotomie *post mortem* dans les cas où la femme n'est point parvenue au moins au quatrième mois révolu de la gestation, c'est-à-dire à une période où l'auscultation permet de vérifier l'état de grossesse et de constater la vie de l'enfant.

On s'est demandé, pour concilier les droits de la science avec les intérêts de la religion, s'il ne serait pas possible de substituer le baptême intra-utérin au baptême ordinaire. Cette question a été débattue par l'Académie de médecine de Belgique, mais sans recevoir une solution. Il est évident qu'elle soulève une série de problèmes qui ne sont pas de la compétence des corps savants, et que les théologiens seuls peuvent résoudre. Il serait à souhaiter que les autorités ecclésiastiques la prissent en considération et la résolussent par l'affirmative.

Arrivé au terme de mon argumentation, je vais résumer en quelques propositions les points principaux que j'ai cherché à élucider dans ce débat :

1° Le médecin est le seul juge compétent de la détermination qu'il croit devoir prendre relativement à l'opération césarienne *post mortem*. La loi lui laisse toute la liberté d'action dont il a besoin, et il serait non-seulement inutile, mais dangereux de faire inscrire à ce sujet quelque article nouveau dans notre Code.

2° En fixant à cent quatre-vingt jours, ou à six mois révolus, la première époque de la viabilité, on prend la limite extrême. On cherche vainement une observation sérieuse qui prouve qu'on a définitivement conservé à la vie un enfant qui était né avant cette époque.

3° Lorsqu'une femme succombe pendant le cours de sa grossesse, en admettant que son enfant n'ait pas cessé de vivre avant *ou en même temps qu'elle, on peut regarder comme certain* que celui-ci ne tardera pas à succomber à son tour.

4° Quelques minutes suffisent, en général, pour que la mort du fœtus soit consommée. C'est ce que prouvent les faits rigoureusement observés, qui sont ici d'accord avec ce que nous enseignent l'anatomie et la physiologie.

5° Toutes les observations accumulées pour prouver que plusieurs heures, et même plusieurs jours après la mort d'une femme grosse, on pouvait encore retirer de la cavité utérine un fœtus vivant, ne méritent aucune confiance.

6° En fixant à une heure après la mort réelle de la femme le temps que peut continuer à vivre l'enfant encore renfermé dans son sein, je fais une très large concession que ne justifient ni les faits, ni le raisonnement.

7° Le médecin ne doit pas s'en tenir à de simples conjectures. Il a à sa disposition un moyen qui est à peu près infaillible quand on sait l'employer; je veux parler de l'application de l'auscultation.

8° Pour les grossesses qui ont dépassé l'époque de la viabilité, les battements du cœur fœtal, surtout dans les conditions particulières où l'on se trouve, sont possibles à constater. Leur absence peut être considérée comme la preuve de la mort de l'enfant, surtout si elle remonte à plusieurs minutes.

9° Quand l'occasion d'opérer paraît convenable, il ne faut faire l'opération qu'après s'être assuré, autant que possible, de la réalité de la mort de la mère.

10° La nature de la maladie qui a emporté la mère a une grande influence sur la vie de l'enfant.

11° Avant de recourir à l'opération césarienne, il importe de s'assurer si l'enfant peut être extrait par les voies naturelles. Il faut préférer la version, l'application du forceps et même les débridements du col toutes les fois que l'état des parties permet d'y recourir.

12° C'est à l'homme de l'art seul qu'il appartient de recourir à de semblables opérations, et il doit toujours les pratiquer avec les mêmes soins, avec les mêmes précautions, que s'il s'agissait d'une femme vivante.

13° Quand les femmes meurent avant le cent quatre-vingtième jour, l'opération césarienne perd tout son intérêt scientifique; elle ne soulève plus qu'une question religieuse, celle de l'administration du baptême.

14° Je ne pense pas qu'il soit sage ni raisonnable d'y recourir avant la fin du quatrième mois.

15° De quatre à six mois, ce n'est qu'exceptionnellement que je concevrais qu'on y eût recours, et à la condition qu'on aurait positivement constaté la persistance de la vie de l'enfant.

16° Il serait à désirer que le baptême intra-utérin, à l'aide d'une injection, pût être reconnu valable par les autorités religieuses. Cette pratique serait acceptée par tout le monde et mettrait un terme à toutes les hésitations et à toutes les inquiétudes.

M. *Tardieu*. Malgré le très savant discours de M. Depaul, je persiste à croire que la discussion de l'opération césarienne *post mortem* n'appartient pas à l'Académie. Ce n'est pas là une question scientifique, c'est un cas de pure conscience que chaque médecin doit résoudre en ne consultant que lui-même, la voix du devoir, et en soumettant sa décision à l'avis de la famille. Je prie l'Académie de se déclarer incompétente, et d'adopter les conclusions de M. Devergie, dont j'approuve pleinement la prudente réserve.

Cette discussion est née de certains scrupules apportés à cette tribune par M. Hatin. Mais personne aujourd'hui n'accepte qu'il y ait là une difficulté. L'opération césarienne ne saurait être assimilée à une autopsie. C'est une opération faite sur un cadavre il est vrai, mais dans le but de délivrer un enfant vivant. L'autorité, d'ailleurs, loin d'apporter des entraves à l'intervention active du médecin dans ces circonstances, l'a réclamée plus d'une fois et toujours encouragée.

Il s'agit si bien d'un cas de conscience que la loi, contrairement à l'opinion émise ici par M. Depaul, n'a nullement prétendu définir ni délimiter la *viabilité*. L'article 314, qu'on pourrait invoquer, est seulement relatif au désaveu de la paternité; mais les conditions de l'enfant viable ne s'y trouvent pas formellement indiquées. La loi, en ceci, est pleine de sagesse, car il est impossible d'assigner scientifiquement à la viabilité une limite invariable, un terme précis, qui permette de substituer quelque chose de réel et de certain aux fables dont M. Depaul a fait justice dans la première partie de son discours.

Quant à la viabilité que j'appellerai *céleste*, je ne m'y arrêterai pas. Cette question a été résolue par les théologiens dans un sens tellement peu scientifique, qu'il est impossible d'établir jamais un rapprochement sur ce terrain entre la médecine et la religion.

Je le répète donc, sous quelque rapport qu'on envisage la question, l'Académie n'a point à prononcer, elle doit se déclarer incompétente et laisser le médecin libre d'agir suivant l'opportunité du cas. Il y aurait un danger réel à prescrire l'opération césarienne, à en faire toujours une règle, un précepte, un devoir. Plus d'une fois on mettrait le médecin en lutte avec les familles, et on l'exposerait à ces procès de responsabilité médicale qui ne sont déjà que trop communs. Dans une si grave affaire, le praticien doit être laissé libre et responsable tout ensemble; et, dans aucune occasion, il ne doit recourir à l'opération césarienne sans l'assentiment préalable de la famille.

M. *Londe*. Mais que fera le médecin s'il y a consentement de la part du mari, intéressé à la naissance d'un enfant vivant, et refus de la part des parents de la femme?

M. *Tardieu*. Le droit du père est supérieur à tout autre. Le médecin fera bien de se croire suffisamment autorisé par le consentement du mari.

M. *Adelon* établit, en commentant les articles 311 et 314 du Code civil, qu'il n'y a point de viabilité légale.

M. *Depaul* déclare n'avoir jamais prétendu qu'il y eût réellement une viabilité légale; mais il soutient et il démontre que les articles cités du Code civil renferment *implicitement* la détermination de la viabilité de l'enfant.

M. *Tardieu* ne nie pas que la loi fasse mention de la viabilité;

seulement, il soutient que le législateur n'a voulu aucunement fixer à la viabilité une limite *invariable*, inflexible.

Quant à l'opération césarienne *post mortem*, il déclare qu'il ne voudrait pas que l'Académie en fît, pour ainsi dire, un précepte; il ne voudrait même pas qu'elle l'encourageât par une sorte d'adhésion, au point de la faire entrer dans la pratique habituelle. Dans cette question plus que dans toute autre, il faut se rattacher aux jalons scientifiques.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

*Plaie pénétrante du genou.*

TORTICOLIS INTERMITTENT. — POUCE SURNUMÉRAIRE. — ANOMALIE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. — FRACTURE EN V DU TIBIA. — FRACTURE DU STERNUM. — CORPS ÉTRANGERS AUTOUR DE LA VERGE. — KYSTE LACRYMAL. — PLAIE PÉNÉTRANTE DU GENOU.

M. *Richet* présente une petite fille atteinte de bec-de-lièvre double, avec saillie de l'os intermaxillaire, chez laquelle on constate un autre vice de conformation : on voit sur la lèvre inférieure, de chaque côté de la ligne médiane, un petit pertuis dont le pourtour paraît muni d'un petit sphincter. En y introduisant un stylet, on constate qu'ils correspondent à un petit canal qui descend dans toute la hauteur de la lèvre inférieure. En plaçant un stylet dans chaque canal, on voit qu'ils ne sont séparés à leur extrémité inférieure que par une membrane mince.

C'est le quatrième cas qu'observe M. Richet; il y a trois ou quatre ans, il vit à l'Hôtel-Dieu une jeune fille de treize à quatorze ans, venant de Tournan, qui était atteinte de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire, et chez laquelle existait la même disposition. La mère, qui accompagnait l'enfant, présentait la même difformité; elle avait été opérée d'un bec-de-lièvre, par Blandin, vingt ans auparavant. Elle raconte que sa grand'mère était comme elle, et avait été opérée d'un bec-de-lièvre double par Dupuytren.

M. Richet vit ensuite la grand'mère, chez laquelle la lèvre inférieure était, comme chez les autres sujets, volumineuse, difforme, renversée en dehors.

Il opéra la jeune fille du bec-de-lièvre d'abord, et comme la lèvre inférieure, renversée en dehors, était d'autant plus difforme que la supérieure avait été encore raccourcie par l'opération, il excisa un V médian de la lèvre inférienre. Il constata alors que ces deux conduits étaient clos de toutes parts, et ne recevaient aucun conduit glandulaire.

M. *Béraud* a vu un cas semblable : les deux pertuis étaient plus larges que chez l'enfant présenté par M. Richet; la profondeur des deux conduits était inégale. L'enfant avait été opéré d'un bec-de-lièvre double par M. Giraldès.

En résumé, dans les cinq cas signalés, il y avait bec-de-lièvre double, en même temps que l'anomalie en question, et, en outre, tous les sujets étaient du sexe féminin.

— M. *Chassaignac* présente un tibia sur lequel on constate une *fracture en* V avec deux fêlures longitudinales, dont l'une part du sommet du V pour descendre jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. Le malade était tombé en faisant un faux pas sur un trottoir. Il mourut ensuite sans qu'on ait constaté aucun accident; du côté de la fracture on trouvait le travail ordinaire du col; dans les deux plèvres il y avait un épanchement séreux; pas d'autre altération. Le malade était dans de mauvaises conditions hygiéniques.

— M. *Chassaignac* montre également une *fracture du sternum*. Un homme se précipita d'un quatrième étage pendant un accès de manie aiguë; on trouva le sternum fracturé en deux endroits, au niveau de la poignée et plus bas. Cette dernière fracture était en V; le fragment supérieur avait pénétré dans l'inférieur, en décollant la table interne de la table externe de l'os. On trouvait une tendance à la même disposition dans la fracture supérieure.

— M. *Chassaignac* présente une autre pièce non anatomique, une virole en bronze, trouvée dans des circonstances curieuses.

Un homme d'une soixantaine d'années était au bain, lorsqu'il dévissa la virole en bronze par où l'eau s'échappe des robinets pour tomber dans la baignoire. Il eut la singulière idée d'introduire sa verge dans ce tube de forme conique; mais bientôt le gland et le prépuce engagé se tuméfièrent, et l'extraction devint impossible. On fit des tentatives infructueuses pour la retirer. Au bout de quarante heures, il s'adressa à M. Chassaignac qui appela à son aide M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. Celui-ci fixa la virole avec un fort davier, et la scia en deux points différents. Cette manœuvre fut habilement exécutée et eut un plein succès; le malade a disparu et n'est plus revenu, malgré ses promesses.

— Nous avions omis de mentionner dans le compte rendu de la dernière séance un fait intéressant communiqué par M. *Broca*.

Un malade portait, à l'angle externe de l'œil, une petite tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, qui commença à se développer au mois de mars dernier. Elle était aplatie, rougeâtre, fluctuante. Une ponction donna issue à un liquide transparent, limpide, comme des larmes. Après l'évacuation, on sentait dans le cul-de-sac palpébral une petite tumeur dure.

M. Broca pense que c'est un *kyste lacrymal* developpé dans un des canalicules accessoires de la glande lacrymale; la petite tumeur dure serait un grain glanduleux hypertrophié.

Depuis la ponction, le kyste s'est rempli; M. Broca se propose de pratiquer une nouvelle ponction, et de faire pratiquer une injection iodée.

M. *Bleynie*, professeur à l'école de Limoges, adresse à la Société l'observation suivante :

Un homme, âgé de quarante-cinq ans, travaillait à des terrassements de chemin de fer, et se trouvait à environ 50 mètres d'une mine lorsque celle-ci fit explosion; il reçut à la partie antérieure du genou droit un éclat de pierre qui fit une plaie longitudinale, remontant à 2 centimètres au-dessus de l'articulation, et descendant à 2 centimètres au-dessous; dans chaque lèvre de la plaie se trouvait un fragment de la rotule. Cette plaie pénétrait jusqu'à l'articulation, dans laquelle on pouvait voir les condyles du fémur. Ce malade fut amené à l'hôpital de Limoges, et craignait l'amputation. M. Bleynie voulut essayer de conserver le membre : pendant vingt-cinq jours, le membre fut soumis à l'irrigation continue et maintenu dans l'immobilité; on prescrivit de l'opium pour calmer les douleurs. Au bout de cinq mois le malade était guéri; la guérison se maintient depuis trois mois; la cicatrice est solide; un des fragments de la rotule est déjeté en dedans, l'autre en dehors. Il y a une ankylose avec raccourcissement du membre de 3 centimètres, auquel le malade remédie en portant une chaussure un peu plus haute.

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. TROUSSEAU.

*Anomalie du cœur chez un enfant.*

M. *Hervieux* présente une pièce anatomo-pathologique, recueillie chez un enfant de trois mois qui a succombé à l'hospice des Enfants assistés. Cet enfant, apporté, il y a près d'un mois, à l'hospice, dans un état d'asphyxie presque complet, avait échappé, cependant, à la mort, et pu prendre ensuite le sein d'une nourrice. Après trois nouvelles attaques de dyspnée survenues dans le cours du mois, il fut repris, le 30 mars, d'une suffocation complète, avec cyanose, refroidissement, tous les signes enfin d'une asphyxie imminente, et le traitement le plus énergique ne put l'empêcher de succomber au bout de vingt-quatre heures. M. Hervieux avait soupçonné une lésion grave du cœur, ce qui fut, en effect, confirmé par l'autopsie. D'abord, le thymus, encore très volumineux, recouvrait le cœur. Quant à celui-ci, il était gros environ comme deux fois le poing de l'enfant. La dissection de cet organe a montré qu'il existait une communication anormale entre les oreillettes

et une absence complète de la cloison intra-ventriculaire, de sorte qu'il n'y avait qu'un seul ventricule ; il n'y avait aussi qu'une artère, l'aorte, tandis que l'artère pulmonaire faisait entièrement défaut. Quand cette artère manque, la circulation pulmonaire est remplacée habituellement par un des trois modes suivants : une artère pulmonaire rudimentaire naissant de l'aorte elle-même, ou bien par la persistance du canal artériel, soit enfin par les artères bronchiques. Ici, on n'a retrouvé ni artère pulmonaire rudimentaire, ni canal artériel persistant, mais faut-il admettre, quoiqu'on n'ait pu le démontrer par une injection, que la circulation pulmonaire et l'hématose se faisaient au moyen des artères bronchiques. M. Hervieux se propose, lorsqu'il donnera l'observation complète, de présenter quelques considération physiologiques sur ce sujet.

M. *Roger* a quelquefois, dans des cas de communication anormale des cavités du cœur, perçu, pendant la vie, un bruit de souffle à la base du cœur, qui lui a permis de prévoir la lésion cardiaque démontrée, plus tard, par la nécropsie. M. Hervieux n'a rien perçu de semblable dans le cas présent.

M. *Vulpian* fait observer l'analogie qui existe entre le cœur de cet enfant et l'état normal du cœur chez la grenouille : chez celle-ci, il existe deux oreillettes, un seul ventricule, ou bien deux ventricules séparés par une cloison incomplète, une seule artère, l'aorte, d'où naît plus loin l'artère pulmonaire.

M. Hervieux reconnaît cette analogie, mais l'anomalie était ici encore plus grande : il n'y avait aucune trace de cloison intra-ventriculaire, et les oreillettes n'étaient séparées que par une cloison incomplète, le cœur se rapprochait déjà du cœur à deux cavités des poissons.

La société entend ensuite la lecture du rapport de M. *Béhier* sur le mémoire de M. *Marcé* intitulé : *Recherches cliniques sur la stupeur*, mémoire dont nous avons donné l'analyse dans le n° 6 de la présente année. Le rapporteur critique surtout l'idée générale du mémoire qui tend à faire de la stupeur une nouvelle entité pathologique. Non-seulement cette entité ne correspond à aucune lésion anatomique spéciale, comme M. Marcé l'a reconnu, mais elle ne ressort pas de l'analyse symptomatologique des faits présentés par l'auteur. Selon M. Béhier, tous ces faits rentrent, les uns dans un état typhoïde, les autres dans une des formes dépressives de la folie, telle que la mélancolie : il y aurait là deux entités et non une entité ; mais la stupeur est réellement un élément pathologique, ce n'est pas une entité véritablement justifiée par les faits. En dehors de cette critique, M. Béhier rend justice à l'excellent esprit scientifique qui a guidé M. Marcé, au soin consciencieux de ses descriptions, et propose à la Société d'admettre l'auteur de ce travail remarquable au nombre des candidats au titre de membre associé.

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou Nouveaux éléments de l'art de guérir,** par C.-P. Forget, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-8, 1860. Paris, J.-B. Baillière.

**Principes de la doctrine et de la méthode en médecine; introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique.** par J. Delioux de Savignac, professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon. 1 vol. in-8, 1861. Paris, Victor Masson.

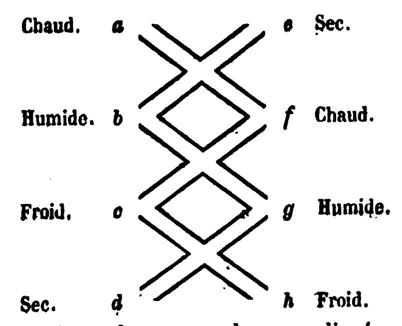
**Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,** par A. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8. Paris, J.-B. Baillière.

Parmi les livres que nous annonçons ici, il en est un que nous avons hésité un instant à y faire figurer, c'est celui qui a pour titre : *Principes de thérapeutique générale*. L'auteur vient d'être enlevé à la science. Livrer son œuvre à une critique indépendante peut passer pour un acte d'une convenance douteuse ; mais, en songeant au caractère libéral de Forget, il nous a paru que l'indépendance, fût-elle un peu à son détriment, serait plutôt un hommage qu'une atteinte à sa mémoire ; et d'ailleurs, son mérite est trop grand, nous sommes trop empressés à le reconnaître, pour que notre sympathie ne parle pas toujours plus haut que notre opposition.

Cet ouvrage de Forget, l'un de ceux auxquels il réservait ses plus vifs sentiments de paternité, est le développement d'une vue médicale également étudiée dans le livre de M. Delioux, et à laquelle nous consacrerons le premier article. Cette vue est celle des éléments pathologiques.

La doctrine des éléments a eu des fortunes diverses, et le mot ne s'est pas toujours appliqué aux mêmes objets. Littéralement, il a bien toujours signifié une des parties constitutives d'un tout ; mais, en cosmographie comme en médecine, suivant qu'on a considéré les choses dans leur nature intime ou dans leur réalité extérieure, on a été amené à leur attribuer des ordres dissemblables d'éléments, ceux-là empruntés à la nature invisible, à la nature des essences, ceux-ci à la nature créée, visible ou tangible (*natura naturata*). Les éléments de l'antique philosophie, le chaud, le froid, le sec, l'humide ; le feu, l'air, la terre, l'eau, ne représentaient pas des objets matériels, mais seulement des principes, ou même, au sens d'Empédocle, des *âmes*. Ces essences ne sont éléments qu'en tant que simples, irréductibles les uns aux autres. Au fond donc, ces prétendues parties élémentaires du monde ou de toute existence terrestre ne sont que les *substratum* cachés de certaines *qualités*, et de qualités tellement générales, qu'elles dominent toutes les parties d'un même objet, qu'elles imprègnent l'objet tout entier, qu'elles embrassent enfin un nombre d'objets infini ; de sorte que, pour ne pas sortir de la médecine, le froid, le chaud, en nombres divers, etc., sont des éléments du sang, aussi bien que de la phlegme ou de l'humeur mélancolique, et qu'ils déterminent par leurs prédominances diverses le caractère des tempéraments.

Voilà le premier caractère de l'élément dans l'antiquité. En voici un second. Les principes élémentaires s'associent, se combinent, obéissant à des règles de compatibilité ou d'incompatibilité qui ont surtout exercé la sagacité des médecins. C'est au moyen-âge qu'il faut voir les prodiges de subtilité, de minutie, de puérilité, qui mettaient à la torture les têtes de nos devanciers. Chaque élément a deux ordres de qualités : la qualité *intense* (principale) et la qualité *remise* (secondaire) : la calidité est la qualité intense du feu ; la siccité, sa qualité remise. Combien de dessins imaginés (à l'instar de ces figures dont se servaient des rhéteurs, comme Apulée, pour mettre en présence les propositions contraires ou *subcontraires*), combien de dessins laborieusement travaillés dans le but de représenter aux yeux tout le jeu possible des éléments dans la machine humaine ! Nous avions, dans le temps, détaché, à une autre intention, d'un petit traité de Fierabras (*Méthode briefve et facile povr aisément parvenir à la vraye intelligence de la chirurgie*, etc., Rouen, 1550), la figure suivante, faisant partie d'une




combinaison de lignes beaucoup plus compliquée. Inscrivez en regard des angles *a*, *b*, *c*, *d*, les mots *chaud*, *humide*, *froid*, *sec* ; en regard des angles *e*, *f*, *g*, *h*, les mots *sec*, *chaud*, *humide*, *froid*, et vous aurez : 1° sur les mêmes lignes horizontales, c'est-à-dire en regard l'un de l'autre, le chaud et le sec, qualité intense et qualité remise du feu ; l'humide et le chaud, qualités intense et remise de l'air, etc. ; 2° aux extrémités de chaque ligne oblique, deux

qualités : tantôt *symboliques*, comme *chaud* et *chaud*, de *a* en *f*, ou *humide* et *humide*, de *b* en *g*; tantôt *contraires*, comme sec et humide, de *e* en *b*, ou chaud et froid, de *f* en *c*. Mais ce n'est là qu'un échantillon de jeux d'esprit sur lesquels nous ne voulons pas insister.

Plus tard, le domaine des éléments a été agrandi, et déjà, dans le livre que nous venons de citer, on les distingue en communs et propres. Les communs sont ceux de l'antiquité, les propres sont les parties réellement constituantes, les parties physiques du corps, la chair, les os, les cartilages, les membranes, etc. Puis l'école de Montpellier, coupant court à l'étrange abus qu'on avait fait de l'hippocratisme et du galénisme, et ramenant la science à l'observation clinique, assit la doctrine des éléments, par les mains de Barthez et de Fr. Bérard, sur des bases solides, et qu'il faudra respecter, du moins dans leur principe, tant que la médecine n'aura pas pénétré le mystère des phénomènes organiques auxquels correspondent ces états élémentaires. La doctrine de Montpellier n'a été répudiée, encore moins renversée, par aucune autre, mais elle a été modifiée et étendue. Tout en prenant la masse de ses éléments parmi les états morbides généraux, rhumatisme, catarrhe, état bilieux, état rachitique, etc., Bérard admettait quelques symptômes détachés comme la douleur ou quelques lésions de tissu, comme les solutions de continuité. A mesure que l'organicisme fit des progrès, que les maladies furent mieux comprises et mieux classées, à mesure surtout qu'eurent lieu les envahissements de l'esprit localisateur, on crut devoir multiplier les éléments en les empruntant surtout à la lésion et aux symptômes. Le livre de Forget est le dernier mot de cette tendance; tout l'esprit en est révélé par cette définition de l'élément : « Nous donnons le nom d'élément *à tout phénomène appréciable entré dans la composition d'une maladie.* » Nous devons même ajouter que cette définition est encore insuffisante; car, pour l'auteur, les remèdes, et non plus les états morbides, sont des éléments, et non-seulement les remèdes, mais leurs qualités, mais les formes de préparation. Un chapitre commence ainsi : « Nous arrivons à l'élément-voie d'application. » Et quant aux éléments tirés réellement de la maladie, leur nombre, comme on peut le voir d'après la définition, ne peut être évalué.

Or, il faut bien le reconnaître, il y a ici, contre l'intention exprimée par l'auteur, plus qu'un développement de la doctrine de Montpellier; il y a changement de doctrine. Au principe de l'état général on substitue le principe de l'état local; la qualité dominante de l'état morbide a été remplacée par mille manifestations distinctes; les éléments des maladies ne sont plus ce qui relie en elles tous les symptômes ou toutes les lésions, c'est, au contraire, tout ce qu'on en peut détacher en les mettant, pour ainsi dire, en morceaux. Le rhumatisme n'est plus un élément, mais un composé de douleur, de rougeur, de spasme, et ces éléments qui existeront aujourd'hui, qui manqueront demain, pourront être tout aussi bien les éléments de la phlogose ou du rachitisme. Est-ce là un progrès? Nous ne pouvons en convenir. Nous allons plus loin : on est dupe d'une illusion quand on croit que l'un des progrès de la médecine *positive* est de multiplier les éléments morbides. Quand on sait comment une maladie vient, marche et s'en va, on n'a que faire d'une doctrine des éléments, ou plutôt une telle doctrine n'a plus de sens, puisqu'il est clair qu'on doit savoir de quoi se compose une chose qu'on affirme connaître parfaitement; et l'usage particulier, comme l'avantage de la doctrine de Montpellier, est de nous offrir, dans notre ignorance, une planche de salut, en nous ouvrant la voie à des indications thérapeutiques; en nous montrant, au-dessous des manifestations morbides les plus variées, un fond pathologique commun, et en nous invitant à le modifier par les moyens connus, jusqu'à ce que, ayant appris à le mieux connaître, nous soyons en mesure de le faire disparaître plus aisément.

M. Forget se défend vivement contre le reproche de favoriser la stérile médecine des symptômes. Ce reproche ne pouvait lui manquer, et malheureusement il ne s'en lave pas tout à fait. Reconnaître, comme il le fait, la *subordination des éléments*, c'est opposer une faible barrière aux conséquences logiques d'un système qui tend à un autre résultat. Il se peut, et nous le croyons sans peine, qu'entre des mains aussi habiles, aussi expérimentées, ce système n'ait jamais rien coûté à la pratique; mais c'est une exception qui ne se répéterait pas souvent.

(*La suite prochainement*).

A. Dechambre.

---

Nous avons depuis quinze jours entre les mains un article de M. Diday, intitulé : *Histoire naturelle et thérapeutique de la syphilis*, article que l'abondance des matières nous a seule empêché de publier.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

— Le concours pour une place de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux, a été ouvert lundi 8 avril. Les juges sont : MM. Empis, Millard, A. Richard, Chassaignac et Verneuil, *juges*; MM. Serres et Béraud, *suppléants*. Les candidats sont : MM. Boudin, Blondet, Delaunay, Dubreuil, Fort, Péan, Perrier et Simon.

La première épreuve consiste en préparations sèches. Tous les candidats ont à préparer : les vaisseaux cérébro-rachidiens, comme pièce particulière; ils ont en outre à préparer : les voies lacrymales, les appareils du goût et de l'olfaction, la mamelle, les aponévroses du pied, le larynx et l'oreille moyenne.

— M. Barth, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera le cours d'anatomie pathologique, en remplacement de M. le professeur Cruveilhier, le jeudi 11 avril, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— La démission de M. Lelut, comme médecin de la Salpêtrière, vient de donner lieu à un mouvement dans le personnel médical des hospices d'aliénés. M le docteur Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre, passe à la Salpêtrière, et M. le docteur Marcé, médecin de la ferme Sainte-Anne, est nommé à Bicêtre. Quant au service médical de la ferme Sainte-Anne, créé il y a six mois, il est supprimé.

— La commission instituée pour délibérer sur le projet de construction de plusieurs grands asiles d'aliénés pour le département de la Seine, se réunit tous les lundis. On nous assure que, dans la séance du 8 avril, MM. Lélut et Moreau (de Tours) se sont très énergiquement prononcés en faveur du rétablissement du concours spécial pour la nomination des médecins de ces asiles.

— Par décret du 30 mars, M. le docteur Cintrat, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de grenadiers de la Garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le journal *Montpellier médical* annonce que le montant des souscriptions pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez s'élève actuellement à la somme de 21,495 francs.

— *Cours de physiologie à la Faculté de médecine.* — M. Longet, professeur, commencera son cours le mercredi 17 avril 1861, à *midi*, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Parturition de deux jumeaux a des périodes différentes de la grossesse. — Un cas de grossesse gémellaire s'est présenté à la Faculté de médecine de Vienne. L'un des fœtus fut expulsé dans le cours du troisième mois de la gestation, tandis que l'autre, retenu dans l'utérus, acheva de s'y développer jusqu'au terme. La première parturition s'accompagna d'une hémorrhagie considérable, et, environ deux mois après cet avortement, les mouvements d'un second enfant furent très nettement perçus, et la grossesse continua son cours. Le docteur Lumpe, d'après lequel nous donnons l'analyse de ce fait, a plusieurs fois rencontré des cas dans lesquels, avec un fœtus vivant et à terme, il y a eu expulsion d'un autre fœtus mort depuis plus ou moins longtemps, ce qui souvent reconnaît pour cause la formation d'un nœud au cordon ombilical; mais il n'avait jamais eu occasion d'observer rien de semblable à ce qui vient d'être rapporté en premier lieu. C'est qu'en effet, ce mode de terminaison de la grossesse gémellaire, qui a induit certains auteurs à admettre la superfétation, est loin d'être une circonstance aussi fréquente. (*Méd. Times and Gaz.* et *Union médicale*).

---

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

---

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 19 AVRIL 1861. — N° 16.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêté ministériel — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine : Discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. — Quelques cas particuliers d'opération césarienne : MM. Cerise, Binaut, Bourgeois et Chereau. — II. **Travaux originaux.** Discours de M. Devergie sur l'opération césarienne après la mort. — III. **Correspondance.** Les champignons comestibles et les champignons vénéneux. — MM. Bertillon et Poggiale. — Des évacuations sanguines dans les phlegmasies de l'utérus. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Des indications thérapeutiques dans certaines ophthalmies. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 10 avril 1861, un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1860-1861, est accordé à M. Ribes, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Girbal, agrégé, est chargé, à titre de suppléant, de ce cours pendant la durée du congé accordé à M. Ribes.

M. Strohl, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé provisoirement, et jusqu'à la fin de l'année classique, du cours d'hygiène à ladite Faculté.

---

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 18 avril 1861.

*Académie de médecine :* DISCUSSION SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem*. — QUELQUES CAS PARTICULIERS D'OPÉRATION CÉSARIENNE : MM. CERISE, BINAUT, BOURGEOIS ET CHEREAU.

Après tout ce que nous avons dit ici sur la discussion qui occupe en ce moment l'Académie, nous n'avons plus qu'à laisser la parole aux orateurs. Nous donnons l'analyse du discours de M. de Kergaradec, et nous publions *in extenso* (p. 244) le discours de M. Devergie, à l'exception seulement du préambule. L'honorable et savant académicien a donné en grande partie satisfaction aux désirs que nous avions exprimés ; il a tracé, avec beaucoup de clarté et de fermeté, les devoirs du médecin dans la position délicate où le place la mort d'une femme enceinte ; et si nous ne sommes pas d'accord avec lui sur tous les points de détails, nous sommes heureux de recon-

---

## FEUILLETON.

### Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale,

*Où l'on écrit pour la première fois l'histoire véritable d'une observation déjà connue* (1).

(Suite et fin.)

La première question à déterminer était celle du point exact où l'instrument avait pu pénétrer.

Était-ce à travers l'épaisseur de la première côte ? entre celle-ci et la clavicule ? ou enfin au-dessus de ce dernier os ?

Toutes ces opinions devraient être discutées, principalement en l'absence de la clavicule, dont l'ablation, regrettable, il est vrai, sur la pièce pathologique, est cependant toute naturelle, puisqu'elle est la conséquence ordinaire de l'autopsie ou de la dissection pendant laquelle on avait inopinément découvert le corps étranger.

Nous verrons, du reste, que la présence de cet os n'a pas en réalité l'importance qu'on pourrait lui supposer au point de vue de l'anatomie pathologique du fait que nous étudions.

Revenons au point d'introduction.

Nous ne croyons point que le corps étranger ait pu traverser le corps de la première côte.

On ne rencontre, en effet, aucune échancrure considérable sur le bord interne de cet os, aucune dépression anormale sur toutes les parties de son corps ; les ostéophytes qu'on remarque au point indiqué sont tout à fait extérieures et comme surajoutés au bord normal de l'os.

Si l'instrument vulnérant avait traversé la côte, il se serait brisé au-dessus d'elle ou à son niveau, et y serait probablement resté engagé, ce qui n'existe pas et n'a pu même exister, à moins d'admettre que le fer ait été dégagé par les efforts de l'inspiration.

(1) Voir les numéros 15 et 16.

naître l'esprit judicieux qui anime toute son argumentation.

Nous profitons du loisir qui nous est fait pour reproduire ou résumer quelques cas d'opération césarienne après décès, pour servir en quelque sorte d'exemples au praticien.

Rappelons d'abord une observation intéressante de M. Cerise, publiée dans le Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris, 1846 et 1847, p. 142, avec des détails insuffisants qu'une note de l'auteur nous permet de compléter. Si nous n'avons point accordé une place, dans le cadre des genres de mort que nous avons établi (*Gazette hebdomadaire*, p. 195), aux grossesses extra-utérines, ce n'est pas qu'elles ne soient fréquemment une cause de mort rapide par hémorrhagie à la suite de la rupture du kyste, mais c'est que cet accident formidable arrive presque toujours à une époque où le fœtus est encore loin d'être viable. La grossesse extra-utérine abdominale fait à peu près seule exception, et il est fort digne de remarque que précisément le cas se soit présenté, et que le médecin ait saisi l'indication à remplir avec une décision et une promptitude qui lui font le plus grand honneur.

L'enseignement clinique qu'on peut tirer, sous un autre rapport, de cette observation, nous voulons parler des difficultés, dans quelques cas, du diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine et de la grossesse normale, n'échappera point aux lecteurs. Le médecin avait puisé de bonne heure dans l'étude suivie de sa malade la conviction qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, conviction qu'il lui fut impossible de faire partager aux consultants les plus compétents qu'il put appeler, et qui persistèrent jusqu'à la fin dans l'idée d'une grossesse ordinaire.

Obs. Une dame de trente-neuf ans, de tempérament lymphatique, veuve après huit ans de mariage, sans avoir eu d'enfants, et remariée depuis trois ans avec un homme de quarante-huit ans, ne voit point ses règles en mars 1845, et cette suppression s'accompagne de douleurs dans les reins et dans les flancs. M. Cerise prescrit quelques sangsues. A l'époque suivante, les douleurs reviennent plus vives pendant deux jours, sans écoulement menstruel. A la troisième époque, les règles manquent encore, et de violentes douleurs, simulant une péritonite partielle à droite, mais non précédées de frisson, se font sentir ; le flanc droit présente une sensibilité très vive. L'époque passée, tous les accidents se dissipent. A la quatrième époque, les douleurs acquièrent une telle intensité, que la malade inspire les inquiétudes les plus vives ; les seins sont douloureux, le ventre est doué d'une sensibilité exquise ; il survient de la fièvre, des vomissements bilieux, et la peau prend une teinte ictérique. Le toucher permet de reconnaître le col porté un peu à gauche, en avant et en haut, mais ne présentant pas les conditions de l'état de grossesse.

M. Cerise déclare qu'il craint l'existence d'une grossesse extra-utérine. M. P. Dubois voit la malade, et, après avoir pratiqué le toucher vaginal et rectal, croit à une grossesse normale ; M. Récamier touche également cette dame et conclut à une conception possible, mais encore douteuse. M. Moreau déclare que la dame est probablement grosse et que la grossesse est normale, mais compliquée d'ovarite. En effet, on a constaté depuis quelque temps la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de canard dans le flanc droit. Cette tumeur augmente de volume et l'état de la malade s'aggrave. Le ventre devient très gros, les membres inférieurs s'infiltrent ; des lipothymies surviennent fréquemment ; bientôt M. Cerise entend les battements du cœur d'un fœtus, puis des mouvements actifs sont perçus par la malade, et cependant le col utérin n'est pas modifié.

Le moral s'affecte. De nombreuses consultations ont lieu ; des saignées et des bains sont prescrits. Vers la fin du septième mois, une péritonite assez aiguë se déclare et s'accompagne de tympanite considérable. Il y a impossibilité absolue de prendre des aliments. L'application de vésicatoires saupoudrés de morphine et fréquemment renouvelés est pendant un mois le seul moyen d'obtenir quelque calme. A huit mois, une dernière consultation a lieu, et M. Cerise soumet aux confrères réunis les questions suivantes : 1° Croyez-vous à une grossesse normale de huit mois ? — Oui. — 2° Croyez-vous, dans l'état de souffrance de la malade, à la nécessité de provoquer l'accouchement prématuré artificiel ? Cette proposition est repoussée après discussion sans qu'aucun des consultants s'arrête à l'idée d'une grossesse extra-utérine. — 3° M'autorisez-vous à extraire l'enfant aussitôt après la mort de la mère si quelques signes laissent espérer qu'il soit encore vivant ?

Deux jours après, à six heures du matin, après une nuit que la malade avait passée debout, au milieu des douleurs les plus atroces, M. Cerise voit cette malheureuse dame en même temps que M. Moynier, son accoucheur, qu'elle avait fait prévenir. Celui-ci touche et ne constate aucune trace de dilatation, rien qui annonce un commencement de travail, quoique les douleurs présentent le caractère intermittent des douleurs de l'enfantement. L'idée d'une grossesse extra-utérine ne vint pas à l'esprit de l'accoucheur, qui annonce que la journée se passera sans que l'accouchement ait lieu. A neuf heures, M. Cerise revient voir la malade et arrive au moment où elle rend le dernier soupir en se posant sur un fauteuil. Après deux ou trois minutes d'une cruelle hésitation, et voulant attendre le docteur Brossard, voisin de la malade, qu'il avait fait appeler de suite et qui fut témoin du fait accompli, M. Cerise pratique avec un rasoir du mari l'incision de la paroi abdominale, vers le flanc gauche, et le fœtus se présente immédiatement, offrant la force et le volume d'un enfant de huit mois viable. Il était vivant et n'a vécu qu'environ une heure. Il pesait 3 livres et présentait

---

D'un autre côté, la direction de l'arme et la solide implantation de sa pointe ne permettent pas davantage de supposer un mode d'introduction que rend peu probable, en outre, l'étendue de la pénétration de cette pointe dans la paroi postérieure du thorax.

L'impulsion primitive, en partie dépensée par la rencontre d'un premier obstacle au point d'entrée, n'eût pas été assez puissante pour cela.

Il est, du reste, difficile d'indiquer où M. Velpeau et ses copistes ont puisé ces détails, puisque M. Guillon avait dit, au contraire, que l'introduction du fer avait eu lieu entre deux côtes et que l'extrémité brisée du fragment appuyait seule en dehors sur l'une de ces dernières.

L'entrée de l'épée au-dessus de la clavicule nous paraît tout aussi difficile à admettre, non par des raisons analogues à celles qui viennent d'être exposées, mais parce qu'il nous paraît impossible, d'après les données anatomiques et d'après nos expériences, de pouvoir reproduire la blessure sans lésion des vaisseaux principaux de la région, et surtout de la veine sous-clavière et de ses branches d'origine.

Il faut se rappeler ici plusieurs points fort importants pour la discussion à laquelle nous nous livrons, à savoir :

1° La fixité de la pointe de l'instrument vulnérant dans la gaîne osseuse qu'elle s'était faite à travers la tête de la quatrième côte et la base de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre dorsale ;

2° L'immobilité, constante dès le début, du corps étranger, qui n'aurait besoin d'autre démonstration que la direction, le développement et les dimensions des ostéophytes supérieurs et inférieurs ;

3° La situation de l'extrémité brisée à 0$^{m}$,04 de l'articulation sterno-costale supérieure ;

4° Enfin l'innocuité définitive de la blessure.

Ces données limitent, en effet, le débat et éloignent toute idée de rechercher comment l'artère sous-clavière a pu être évitée. Ce vaisseau se trouvait en dehors du champ parcouru par le fer, et

un chevauchement des pariétaux l'un sur l'autre de près d'un centimètre et un double pied bot.

La section et la ligature du cordon ombilical étant faites, l'ouverture abdominale fut fermée au moyen d'une suture afin de laisser les parties intactes pour l'autopsie. Il y eut quelques difficultés pour la constatation du décès, qui furent levées par un appel à Sandras, l'un des inspecteurs de la vérification, qui fit passer outre.

L'autopsie, pour laquelle furent convoqués MM. Moreau, Paul Dubois, Récamier, qui ne purent y assister, fut faite par M. Cerise en présence de MM. Moynier, Brossard, Lamouroux. On trouve dans le flanc droit un corps sphérique, spongieux, vasculaire, du poids de 700 grammes environ, qui paraît être constitué par l'ovaire dégénéré. La trompe est oblitérée de ce côté. A gauche, et sous l'hypochondre, se trouve un placenta volumineux pesant 800 grammes. Au-dessous est un espace libre constitué par des adhérences établies entre les divers points du péritoine, sans membranes propres, ne formant pas par conséquent de poche ou de kyste. La matrice a presque son volume normal et est un peu élevée au-dessus du pubis; elle ne contient dans sa cavité rien qui rappelle la formation de la caduque. L'ovaire gauche est libre, petit, et la cavité de la trompe est libre de ce côté.

Voici maintenant quelques considérations sur l'opération césarienne *post mortem*, avec un fait à l'appui, communiquées à l'Académie de médecine (séance du 9 avril) par M. Binaut, professeur à l'École préparatoire de Lille, et que l'auteur a bien voulu nous adresser directement. Le manuscrit nous étant parvenu après la composition du présent numéro, nous n'avons pu l'insérer que moyennant quelques retranchements, peu importants du reste.

... La deuxième conclusion de M. Devergie semblerait à la fois un peu restrictive et un peu large : restrictive, parce qu'elle parle seulement d'un enfant dans des conditions « d'aptitude à la vie *extra-utérine* »; un peu large, parce qu'elle se borne à dire que le médecin « *peut* pratiquer l'opération césarienne ». Il ne serait pourtant pas à désirer que l'on imposât au médecin le devoir absolu de faire cette opération dans tous les cas ; on sait trop qu'il est une foule de raisons qui peuvent, au moment voulu, le porter, ici à agir, là à s'abstenir. Ce qui serait plutôt de nature à satisfaire toutes les opinions, ce serait de lui donner la plus grande latitude possible, du moment qu'il a satisfait aux plus rigoureuses prescriptions de la science, et de déclarer qu'après cela il ne relève plus que de sa conscience. Pourquoi, par exemple, me blâmerait-on d'avoir pratiqué l'opération dont je m'occupe sur une femme enceinte seulement de quatre mois, si ma conscience me fait un impérieux devoir, alors que je ne puis plus rien pour la mère, d'assurer la vie spirituelle du fœtus, et si, bien entendu, je ne la fais qu'avec le consentement des parents de la femme décédée? Il n'est pas possible qu'il se trouve un procureur impérial pour incriminer cette conduite, encore moins des juges pour la condamner. Cependant il convient de considérer cette supposition comme réalisable, et il appartient peut-être à un corps aussi haut placé que l'Académie de médecine d'éloigner à tout jamais cette supposition, en couvrant d'avance le médecin par l'adoption de la modification proposée plus bas. En effet, ou je me trompe fort, ou l'on pourrait arguer de la conclusion de M. Devergie contre un confrère dans la position où je me suis supposé tout à l'heure. Il serait donc heureux de voir l'Académie de médecine modifier légèrement la conclusion dont il s'agit et dire à peu près : « Le médecin » qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée » un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie *fait bien* de pra- » tiquer l'opération césarienne, *ne fût-ce que pour assurer sa vie* » *spirituelle*, en observant les principes de la science et les règles » de la chirurgie.

» Cependant il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir » acquis la certitude du décès, et s'être entouré des lumières d'un » ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réa- » liser cette dernière condition. »

Comme on le voit, il s'agit, dans la pensée exprimée plus haut, de supprimer le mot *extra-utérine*, de remplacer *peut* par *fait bien*, et d'ajouter : *ne fût-ce que pour assurer sa vie spirituelle.*

Je termine en rapportant une observation toute récente d'opération césarienne :

Madame L..., âgée de trente et un ans, multipare, ayant encore trois enfants vivants, est arrivée au huitième mois et demi de sa sixième grossesse. Elle me fait appeler en toute hâte, à trois heures de l'après-midi ; son domestique m'annonce qu'elle perd du sang à flots, et que, mon domicile étant assez éloigné, on a réclamé en m'attendant les secours d'une sage-femme du voisinage. Je me rends immédiatement chez ma cliente, et je la trouve dans l'état suivant : agitation générale, pâleur de la face, pouls tout à fait imperceptible. La sage-femme m'apprend qu'elle n'a pu approcher la malade, qui a voulu attendre mon arrivée, même pour laisser pratiquer le toucher ; elle ne consent pas même à laisser enlever ses vêtements, qui sont couverts de matières alimentaires vomies récemment (madame L... avait dîné peu de temps avant l'accident); des mares de sang couvrent les matelas et le plancher...

J'appris que, vers deux heures et demie, cette dame, étant aux latrines et entendant les pas d'un étranger, avait fermé tout à coup la porte sur elle et s'était assise brusquement, oubliant d'enlever le couvercle; or, celui-ci présentait d'avant en arrière un morceau de bois saillant à arêtes vives, et sur lequel la malade était tombée à cheval. Les domestiques me dirent aussi plus tard qu'on avait trouvé en cet endroit une mare de sang...

Je constatai sur la petite lèvre du côté gauche une plaie ovalaire dirigée d'avant en arrière, et située au-dessous du bord inférieur de la branche ascendante du pubis; elle avait de 3 à 4 cen-

---

protégé par le muscle scalène, dont le tubercule d'insertion à la première côte est situé en arrière du point où siége encore la partie rompue du corps étranger.

On peut donc réduire toute la question à déterminer comment une arme des dimensions décrites a pu être introduite dans le thorax et parcourir le trajet indiqué sans accident d'une gravité immédiate.

Or, si l'on dissèque avec soin la région sus et sous-claviculaire gauche dans sa portion antérieure, on remarque qu'à $0^m,04$ de l'articulation antérieure de la première côte, c'est-à-dire précisément au point où se trouve le bout supérieur du fragment de fer, la veine sous-clavière devait être inévitablement lésée.

Cette veine répond, en effet, en cet endroit et immédiatement en avant, à la clavicule dans une direction d'abord oblique, comme celle de la veine axillaire dont elle est la continuation, puis horizontale, vers le côté droit de la poitrine, pour constituer le tronc veineux brachio-céphalique gauche, qui se jette lui-même dans la veine cave supérieure.

L'épée aurait infailliblement traversé le vaisseau, surtout d'après la direction de ses deux bords, dont l'un, rappelons-le, était précisément tourné vers la veine.

Au-dessus du large calibre de cette dernière, fixée et maintenue près de la clavicule et du muscle sous-clavier par deux des feuillets fibreux antéro-latéraux du cou, se trouve l'embouchure ou mieux le confluent de la veine jugulaire interne, de la veine jugulaire externe, et d'une telle quantité d'autres troncs veineux cervicaux, qu'il n'est peut-être pas une région du corps où on en rencontre autant et d'aussi volumineux.

Le petit muscle omoplat hyoïdien disparaît, en quelque sorte, au milieu des veines que l'on découvre dès qu'on a relevé les téguments, le peaucier et la deuxième aponévrose cervicale.

Nos expériences sont, du reste, d'accord avec les données anatomiques, et nous n'avons jamais été assez heureux pour éviter la veine sous-clavière en cherchant à nous mettre dans les conditions précises de l'observation remarquable que nous étudions.

timètres de longueur sur 1 et demi de largeur, et elle recevait difficilement la première phalange de l'indicateur ; elle présentait une couleur grisâtre, et ne laissait plus suinter une seule goutte de sang.

Dès mon arrivée, j'avais cherché à faire avaler, à défaut de bouillon, du vin sucré ; de l'ergot de seigle avait aussi été préparé dès le premier moment, dans la pensée que le sang pouvait venir de l'utérus ; mais ce dernier fut abandonné après la découverte de la cause de l'hémorrhagie. La malade put à peine ingurgiter deux ou trois cuillerées de vin. L'agitation allait en augmentant, les traits prenaient visiblement l'aspect cadavéreux, et pendant que le frère de cette malheureuse mère, curé d'une paroisse voisine de Lille, et qui se trouvait là par le plus grand des hasards, lui administrait les derniers sacrements, je rompis les membranes, et, à l'aide d'une seringue, je pus très bien ondoyer le fœtus. Bientôt après, ma pauvre malade rendait le dernier soupir.

Je m'occupai immédiatement de l'enfant, qu'il aurait été extrêmement difficile et trop long d'extraire par la version, le col rigide n'ayant pas plus de 2 centimètres de diamètre ; je me décidai donc à faire l'opération césarienne ; mais n'ayant pas sur moi les instruments nécessaires, j'envoyai dans le voisinage, chez mon ami et collègue M. Pilat, qui malheureusement était absent ; et après avoir, ainsi que la sage-femme, toujours présente, attentivement constaté le décès, je m'armai d'un rasoir et fit la gastrotomie. L'enfant ne put être rappelé à la vie, malgré des soins longtemps continués.

L'accident eut lieu le vendredi saint, à deux heures de l'après-midi ; je fus appelé à trois heures ; j'arrivai à trois heures dix minutes ; la mort eut lieu à trois heures et demie, cinq minutes après la perte de connaissance ; l'opération césarienne fut faite dix minutes plus tard (1).

Le dernier numéro de l'Union médicale contient trois observations d'hystérotomie après décès.

Les deux premières sont dues à M. Bourgeois (d'Étampes). Dans l'une, l'opération pratiquée en 1829 (à l'hôpital des Vénériens) douze ou quinze minutes après la mort, amena une petite fille vivante paraissant avoir huit mois et demi de vie intra-utérine, et qui avait trois mois quand M. Bourgeois quitta l'hôpital ; la mère avait succombé à des accidents syphilitiques. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme de vingt-huit à trente ans morte à Étampes du choléra, en 1849. Aussitôt après la mort, on ne percevait pas les battements du cœur du fœtus ; mais, comme on les avait entendus six ou sept heures auparavant, on passa outre. L'opération fut pratiquée dix ou douze minutes après les derniers signes de vie. L'enfant était mort : les excitations les plus vives et l'insufflation artificielle ne le ranimèrent pas. Une circonstance inquiétante se présenta lorsqu'on donna le premier coup de bistouri : le corps tout entier entra dans une contraction tellement violente que le tronc fut soulevé. Néanmoins la mort était trop réelle ; la plaie ne fournit pas la moindre quantité de sang.

Quant à l'observation rapportée par M. Chereau, elle date de 1844. Notre confrère fut appelé auprès d'une femme enceinte *qui venait*, lui dit-on, *d'expirer*. Il n'entendit pas les battements du cœur du fœtus, soit qu'ils n'existassent pas, soit que notre confrère, très jeune alors, fût encore, comme il le dit lui-même, trop inexpérimenté. Il pratiqua néanmoins l'hystérotomie et amena un enfant à terme, pâle, et dont le cœur laissait percevoir *quelques battements lointains, profonds, très espacés*. Aucune excitation ne put ranimer la petite créature.

A. Dechambre.

(1) Au moment de jeter cette lettre à la poste, je lis dans la *Gazette des hôpitaux*, au compte rendu de la dernière séance de l'Académie, que, dans l'observation que je lui ai adressée il y a quelque temps, l'enfant n'avait pu être sauvé. C'est là sans doute une erreur échappée à M. Depaul dans son improvisation, et je saisis l'occasion de la rectifier, l'enfant étant sorti de mon service bien portant, trente heures après sa naissance.

D'après la *Gazette hebdomadaire*, l'honorable M. Depaul aurait dit : « Je suis » étonné que MM. Hatin, Laforgue et Binaut se soient demandé si le médecin avait le » *droit* de faire l'opération césarienne après la mort de la mère... » Pour mon compte, j'ai toujours pensé, avec le savant orateur, que ce droit est évident. Je le considère même comme incontestable avant la viabilité du fœtus, sous les conditions spécifiées dans cette lettre, dont le principal but est de demander à l'Académie de vouloir bien éloigner dans ses conclusions tout ce qui paraîtrait blâmer cette conduite.

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Discours de M. Devergie sur l'opération césarienne après la mort.

*M. Devergie examine successivement la question de législation et la question de responsabilité médicale, en établissant d'ailleurs, contrairement à une opinion exprimée à l'Académie, que la question est de la compétence de la compagnie. Puis il continue ainsi :*

L'arrêté qui semble interdire la pratique de cette opération avant un délai de vingt-quatre heures révolues depuis la mort est celui de M. de Rambuteau, en date du 25 juillet 1841.

C'est surtout un membre de phrase qui a été cause de l'erreur. Il est ainsi conçu :

« L'article 77 du Code civil, qui interdit positivement de pro-

Or, on sait les dangers tout particuliers de l'ouverture de troncs veineux aussi considérables et aussi rapprochés du cœur.

Reste donc l'idée que l'épée a pénétré entre la clavicule et la première côte.

C'est, à notre avis, basé sur la dissection de la région et confirmé par nos essais sur le cadavre, le seul point où la lésion pouvait être aussi inoffensive ou du moins aussi peu grave qu'elle paraît l'avoir été.

C'est le seul qui puisse convenir à la situation du corps vulnérant et à la hauteur de sa cassure.

Mais il est indispensable de faire à ce sujet une remarque, car les squelettes les mieux articulés que nous ayons vus dans les musées ou les salles d'anatomie peuvent très aisément induire en erreur relativement à la possibilité même de l'introduction d'un corps vulnérant entre les deux os que nous venons de nommer.

Ces squelettes, auxquels on a d'ailleurs plus d'un reproche à faire, ne peuvent donner qu'une idée très fausse, d'abord de la direction normale oblique en haut et un peu en arrière de la clavicule, puis de la saillie que fait au-devant et au-dessous de cet os l'extrémité antérieure de la première côte, et enfin des rapports existant entre les os qui forment les articulations sterno-costale et sterno-claviculaire.

Ils ne permettent pas davantage d'apprécier convenablement la direction des deux premières côtes, ou pour mieux dire du premier cercle osseux du thorax relativement à l'horizon.

Il faut donc examiner tous ces détails et ces rapports sur le cadavre placé de préférence dans la station verticale, et l'on voit alors :

1° Qu'un instrument vulnérant assez large peut très bien s'engager au-dessous de la clavicule et au-dessus du premier arc costal, surtout si sa direction est oblique ;

2° Qu'un couteau enfoncé parallèlement au sol, et d'avant en arrière au niveau de la partie médiane de la fourchette sternale (plus élevée que l'extrémité antérieure de la première côte), va directement rencontrer la partie supérieure du corps de la troisième vertèbre dorsale ;

céder à aucune inhumation avant l'expiration du délai de vingt-quatre heures, contient implicitement la défense de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière, au moulage, à l'autopsie et à toute autre opération dont un corps peut être l'objet. »

Dès lors, on a raisonné ainsi; on a dit : Puisque l'hystérotomie est une opération dont un corps peut être l'objet, le médecin ne peut pas pratiquer l'hystérotomie avant le délai de vingt-quatre heures expiré depuis le décès, et, à cette époque, cette opération étant illusoire, puisque la vie de l'enfant a cessé, c'est défendre implicitement aux médecins de pratiquer l'hystérotomie *post mortem*.

Quand on veut interpréter une loi, il faut voir à quoi elle s'applique et quel est son esprit. Or le paragraphe de l'arrêté cité fait partie d'un chapitre intitulé : *Moulage des corps*. Il ne pouvait donc s'entendre que des opérations qui sont relatives au moulage des corps. C'est donc là une erreur complète d'interprétation. Jamais le législateur n'a eu la pensée d'apporter le moindre obstacle à des opérations qui sont pratiquées dans le but de sauver la vie d'un individu, puisqu'il n'a pas défendu l'avortement chirurgical, quoique l'avortement soit un crime qualifié.

Quant à l'arrêté du préfet, il est conçu dans des idées si éloignées de cette pensée que, dans l'arrêté portant création d'un comité d'inspection pour la vérification des décès, du 15 avril 1839, on a dit, article 11 : « Ils devront conseiller (les médecins-inspecteurs des décès), selon les cas, l'autopsie des femmes mortes en état de grossesse; et, si la visite du médecin n'avait pas encore eu lieu, ils l'exhorteront par une note cachetée laissée à domicile, à s'unir à eux pour demander cette opération dans le but d'essayer de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé. »

Rien n'est plus clair que la lettre et l'esprit de ces articles. Quant au texte de la loi, il n'a jamais fait allusion à des opérations de ce genre. Si donc la loi garde le silence sur cette opération, elle ne la défend pas, et tout ce que la loi ne défend pas est permis.

L'Académie n'a donc rien à demander.

Ainsi se trouve justifié le premier paragraphe de la conclusion de la commission.....

Quels sont maintenant, pour le médecin, les moyens de soustraire leur pratique médicale à l'application des articles 1382 et 1383 du Code civil, et l'article 319 du Code pénal?

En ce qui regarde l'hystérotomie *post mortem*, c'est d'abord de n'agir qu'après s'être assuré du décès de la femme enceinte. C'est là, il faut le dire, un des plus grands écueils.

Si la femme est vivante, qu'il y ait eu erreur sur la mort, et que l'opération césarienne entraîne ensuite le décès de la mère, nul doute qu'il se trouvera des familles qui intenteront un procès en dommages et intérêts; nul doute qu'un magistrat soit en droit d'exercer des poursuites contre le médecin sous l'inculpation d'homicide involontaire.

Or, il n'est pas toujours facile de constater, en temps opportun, la mort réelle d'une femme enceinte. Certes, ainsi que le fait judicieusement remarquer M. Depaul, lorsqu'on assiste aux derniers moments de la vie, il est rare que l'on n'observe pas une série de phénomènes qui, pris isolément, n'ont pas de valeur *absolue*, mais qui, groupés, réunis, ont pour le médecin une valeur d'ensemble qui équivaut à la certitude.

Mais lorsque le médecin est appelé quelques instants après la mort, à cette époque où ni la *rigidité cadavérique*, ni l'absence de contractions musculaires sous l'influence des excitants n'existent encore, que peut-il prendre comme caractère certain de la mort? Rien autre chose que la *cessation complète* des battements du cœur.

Mais, sauf M. Bouchut, qui a découvert la cessation des battements du cœur comme signe certain de la mort, y a-t-il beaucoup de médecins de tout âge qui puissent compter assez sur leur auscultation pour affirmer que le cœur bat ou qu'il ne bat pas? Et puis c'est au milieu du trouble, des émotions les plus violentes d'une famille éplorée que cette auscultation s'exerce!

Et si une mort inopinée vient frapper la femme dans le travail même de l'accouchement, et en présence du médecin, croyez-vous que l'accoucheur soit dans les dispositions morales favorables à une auscultation à l'abri du doute?

Ainsi, tout le monde reconnaît, en médecine, qu'il y a urgence à opérer pour sauver la vie de l'enfant; et tout d'abord vient se présenter la difficulté qui place le médecin entre le doute de sa conscience et la possibilité de commettre un homicide par imprudence.

Ce n'est là qu'un premier écueil. Le médecin se trouve devant une famille dont les intérêts sont divers. L'avis du mari est favorable; celui de la mère, des sœurs et des héritiers de la défunte ne l'est pas. Que devra faire le médecin? Ce n'est plus seulement l'erreur sur la vie qu'il lui faudra éviter, ce sont les poursuites civiles en dommages et intérêts.

Surgit un troisième ordre de difficultés. Il n'est pas toujours si facile qu'on l'a dit de reconnaître si l'enfant est mort ou vivant. Eh bien! si le médecin a extrait un enfant mort, et qu'il ait commis une erreur sur la vie de la mère, jugez de la situation morale et légale dans laquelle il se trouve!

On voit donc combien est grosse de responsabilité médicale l'hystérotomie *post mortem*; et si l'on est surpris, au premier abord, de quelque chose, c'est qu'on la pratique encore.

Mais, dans notre belle carrière médicale, lorsqu'il s'agit de sauver la vie de son semblable, le médecin a toujours à ses ordres ce noble dévouement qui lui fait oublier tout ce qui se rattache à son intérêt personnel pour remplir honorablement et dignement sa mission.

C'est là l'ordre de considérations qui a dirigé la commission dans la rédaction du second paragraphe de ses conclusions, ainsi conçu : « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps d'une

---

3° Et qu'enfin, en tenant compte de la convexité antérieure du corps des vertèbres cervicales et de la courbure en sens opposé du corps des premières vertèbres dorsales, qui permettent d'atteindre aussi bas en arrière, on peut facilement arriver à admettre ce qui semblait impossible à première vue.

Du reste, nos expériences ont confirmé de tout point les données anatomiques normales : nous avons pu plusieurs fois introduire des armes plus larges que celle de la pièce pathologique dans l'endroit indiqué sans rencontrer aucun obstacle, tout en suivant exactement l'angle déterminé dans la description que nous avons donnée.

Nous poussions la précaution jusqu'à placer la pièce du musée à côté du cou des cadavres qui servaient à nos essais, et dont l'autopsie n'était pas commencée en employant de plus un marteau pour mieux fixer la pointe de l'instrument que nous avions fait construire sur le modèle approché de celui dont le fragment seul a été conservé.

Nous avons souvent atteint par ce moyen la tête même de la quatrième côte, et nous avons quelquefois, en ouvrant le thorax, trouvé notre arme fixée dans la tête des cinquième et sixième côtes, c'est-à-dire bien au-dessous de l'endroit qui suffirait à démontrer l'opinion que nous avons émise (1).

Ce premier point établi, nous pouvons expliquer le trajet de la lame de fer, sa cassure, les principales particularités de la blessure et les causes probables de son innocuité.

L'instrument vulnérant, dirigé d'avant en arrière, de haut en bas et de dehors en dedans, comme nous l'avons dit, a dû suivre le bord antérieur et inférieur de la clavicule, et s'enfoncer dans la petite fossette qui est directement au-dessous; il a rasé et sûrement divisé le périoste du bord interne de la première côte, ce que pourraient servir à prouver la légère dépression ou gouttière qu'on

(1) Nous avons trouvé tout récemment notre arme fixée dans la tête de la sixième côte gauche sur un sujet dont la première côte mesurait $0^m,025$ de largeur au point d'introduction de l'instrument.

femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, peut et doit même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne en observant les préceptes de la science et les règles de la chirurgie.

» Cependant il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition. »

Il nous faut appeler votre attention sur trois points principaux de cette rédaction : 1° la commission a dit *un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie;* elle n'a pas dit *un enfant viable.* La viabilité ne se juge qu'après la naissance de l'enfant et sur trois ordres de considérations : le développement des organes, leur bonne conformation, et l'état sain de ces organes.

Mais ici se présente une question incidente. Quelle est l'époque de la conception à laquelle un enfant est apte à vivre de la vie extra-utérine? Scientifiquement parlant, c'est à la fin du sixième mois. Je dis *scientifiquement* parlant, et non pas légalement parlant, comme l'ont écrit la plupart des auteurs des mémoires sur l'hystérotomie *post mortem*.

La loi a été instituée en vue de sauvegarder l'honneur, la vie et la fortune des citoyens. Le législateur donne au mari le droit de désavouer l'enfant s'il prouve que, pendant le temps qui a couru depuis le 300e jour jusqu'au 180e avant la naissance, le mari était dans l'impossibilité de cohabiter avec sa femme. *Pourquoi ce terme de six mois?* Parce que, scientifiquement parlant, il est reconnu qu'un enfant qui est à terme peut vivre de la vie extra-utérine, et que dès lors le mari, dans ces conditions, a le droit de répudier cet enfant qui ne lui appartient pas.

De même, dans l'article 314, la loi ne permet pas un procès scandaleux de la part du mari lorsqu'il naît un enfant le 180e jour du mariage si le mari a eu connaissance de la grossesse avant le mariage; s'il a assisté à l'acte de naissance et reconnu par cela même implicitement l'enfant; *si l'enfant n'est pas déclaré viable*, car c'est comme si l'enfant n'était pas né au moins sous le rapport de la fortune du mari; et quant à son honneur, le témoignage de la tache que l'enfant y imprime momentanément disparaît par le fait de la non-viabilité.

Cette question de la viabilité reste tout entière à décider par des médecins; donc il n'y a pas de viabilité légale. Ce terme de 180 jours est une des données de la viabilité que le législateur a empruntée à la science médicale pour les articles 312 et 314 du Code civil.

La commission n'a pas dû dire : le médecin qui se trouve en présence d'une *grossesse de six mois révolus*, etc., parce qu'elle n'a pas voulu assigner un terme absolu de grossesse; parce qu'il est toujours très difficile de connaître la date précise de la grossesse; parce qu'enfin elle a voulu laisser toute latitude à cet égard au médecin. Elle s'est donc bornée à dire en termes généraux : « Le médecin qui a l'*espoir d'extraire*..., etc. » Elle repousse donc toute date certaine, celles de quatre, cinq ou six mois, qui ont été indiquées par les auteurs des mémoires adressés à l'Académie; elle se borne à désirer des *conditions d'aptitude* à la vie extra-utérine.

2° « Non-seulement le médecin *peut*, mais encore il *doit, médicalement parlant*, etc. » Par cette expression *peut*, la commission n'enchaîne pas le médecin. Par ces mots *doit, médicalement parlant*, elle formule un précepte médical, et rien de plus; elle ne formule pas une obligation, à l'instar de MM. de Kergaradec et Laforgue.

Elle ajoute : « En observant les préceptes de la science et les règles de la chirurgie, » ce qui exclut toute opération d'autopsie et toute opération de la part d'une main étrangère à la médecine.

3° Elle recommande de s'assurer au préalable du décès de la mère, et de s'entourer des lumières d'un ou de plusieurs confrères, etc. Cette dernière mesure est la seule qui puisse sauvegarder le médecin au point de vue de la responsabilité médicale. La commission ne s'est pas dissimulé tous les inconvénients inhérents à ce conseil. Le plus grand, c'est qu'il apporte du retard dans l'exécution de l'opération césarienne et qu'il compromet la vie de l'enfant.

Mais le médecin est en présence d'une existence qu'il peut détruire, c'est celle de la mère, et d'une existence qu'il peut sauver, c'est celle de l'enfant. Légalement parlant (et c'est sur ce terrain que doit se placer l'Académie), la mère appartient à la société; la loi lui doit une protection pleine et entière, et si une existence doit être sauvegardée, c'est celle de la mère. — Moralement parlant, l'existence de l'enfant est du plus haut intérêt; mais elle est problématique, tandis que celle de la mère est acquise par de longues années. Si donc il y a le moindre doute, c'est en faveur de la mère que doit pencher la balance.

Or, le médecin a deux choses graves à décider : 1° *le décès* est-il constant? 2° la vie de l'enfant est-elle certaine? Eh bien, raisonnons dans l'hypothèse des circonstances générales de notre profession. Est-ce que, dans les cas douteux ou difficiles, nous ne cherchons pas tout d'abord à nous éclairer des lumières de nos confrères? Pourquoi en serait-il autrement dans la situation la plus difficile peut-être où puisse se trouver le médecin? Au moins doit-il faire des efforts pour se procurer ces conseils.

Mais, lorsque ces efforts sont faits sans résultats utiles, le médecin ne peut plus hésiter, il faut qu'il agisse. De fait, il a cherché à sauvegarder la vie de la mère dans la mesure voulue pour ne pas nuire à celle de l'enfant. Il a satisfait à la loi en agissant avec toute la prudence qu'un cas si difficile exige. S'il commet une erreur, il n'en est pas responsable, parce que, forcément livré à sa propre conscience et à ses lumières, il a agi d'après sa conscience et d'après les préceptes de l'art.

Mais il surgit une question nouvelle. L'officier de santé, auquel la loi ne reconnaît pas le droit de pratiquer de grandes opéra-

---

observe sur l'os en ce point et la formation des ostéophytes qui ont été décrits (1).

Puis il a pénétré dans le thorax, au-dessous de la veine sous-clavière, qui ne reçoit aucune branche en cet endroit, immédiatement en dedans de la veine axillaire et en dehors, au contraire, des veines mammaires internes, bien plus rapprochées que lui de la ligne médiane du corps (2).

Il a, par suite, rencontré la plèvre et le poumon, qu'il a traversé dans une étendue qu'il est naturellement assez difficile de préciser en l'absence de données écrites sur l'autopsie, mais qui, d'après nos expériences, pouvait varier entre 4 ou 6 centimètres.

(1) On peut supposer que cette lésion du périoste a été assez étendue, car il existe comme nous l'avons dit, sur le bord supérieur de l'arc intérieur de la côte un tubercule de 0m,005 de hauteur, distinct de celui du scalène, et qui doit reconnaître une cause inflammatoire analogue à celle qui a fait développer au-dessous et au même niveau les ostéophytes qui fixent en haut le corps étranger.

(2) Pour ne rien omettre, l'arme passait, dans nos essais, tantôt au milieu, tantôt au-dessous des fibres du sous-clavier, et très près de son tendon d'insertion à la première côte.

Aucun autre organe important ne se trouvait, d'ailleurs, sur sa route jusqu'à la tête de la quatrième côte, si ce n'est l'aorte, et il n'y a nul doute que la pointe de l'instrument n'ait, pour ainsi dire, effleuré ce vaisseau dans le cas qui nous occupe.

On sait que la crosse aortique se porte précisément vers la partie latérale gauche de la troisième vertèbre dorsale pour prendre le nom d'aorte descendante; or, c'est exactement à ce niveau que le corps étranger s'est implanté dans la tête vertébrale de la quatrième côte, et de telle façon qu'entre la gaîne formée par les ostéophytes et le corps de la troisième vertèbre dorsale existe seulement le passage d'une artère aussi volumineuse que l'aorte thoracique (1).

Cette disposition ou ce rapport constitue même une des particularités les plus intéressantes d'une observation que nous avons

(1) Nous avons atteint deux fois l'aorte dans nos expériences sur le cadavre, quand notre instrument déviait un peu en dedans de la direction que nous cherchions à lui faire suivre aussi rigoureusement que possible.

tions, l'interne des hôpitaux, qui n'a pas de titre légal pour exercer, peuvent-ils pratiquer l'opération césarienne?

Ici, messieurs, la législation est muette. Mais il ne faut pas interpréter son silence dans un sens trop absolu, et surtout supposer la loi telle qu'elle soit inhumaine. Un individu s'ouvre l'artère crurale par accident; un officier de santé est présent; le seul moyen de sauver la vie du blessé, c'est de pratiquer la ligature de l'artère crurale. L'officier de santé va-t-il s'abstenir et laisser périr le malade d'hémorrhagie, parce qu'il n'est pas autorisé à pratiquer une grande opération?

Qu'a voulu le législateur? Il instituait deux degrés dans les titres d'exercice de la médecine : un premier, un second. Il exigeait moins de temps d'étude pour acquérir l'un que pour acquérir l'autre; il fallait bien qu'il limitât l'exercice de la médecine dans un cas et qu'il l'harmonisât avec le temps consacré aux études. Que la législation à cet égard soit bonne ou qu'elle soit mauvaise, s'ensuit-il que, dans des conditions de mort imminente, le législateur ait voulu réduire l'officier de santé à l'état de simple spectateur oisif, alors qu'il peut porter secours? Mais le premier venu, sans titre, agirait dans ces cas.

C'est donc à tort que l'un des auteurs des mémoires qui vous ont été adressés a engagé l'Académie à intervenir à cet égard. Son intervention ne pourrait être que ridicule.

En est-il de même en ce qui concerne les internes des hôpitaux? Messieurs, si je reporte mes souvenirs à mon internat, je dois déclarer que l'on considérait comme une obligation, comme un devoir, de pratiquer l'opération césarienne aussitôt la mort d'une femme enceinte survenue à l'Hôtel-Dieu, et, si ma mémoire est fidèle, je l'ai pratiquée deux fois au moins. On n'avait besoin d'aucune autorisation administrative; seulement, on s'assurait en commun du décès préalable de la femme.

Les difficultés actuelles me paraissent du genre de celles que l'on suppose exister à l'égard des officiers de santé. L'administration, si elle a pris des mesures contraires aux premiers principes d'humanité, aura été induite en erreur.

Si, dans chaque hôpital, il existait comme autrefois un médecin résident, je comprendrais la mesure; mais, en l'absence de médecins, je dis qu'il est du devoir des internes, au moins *médicalement et moralement parlant*, de pratiquer l'hystérotomie après s'être entouré des lumières de plusieurs de leurs collègues sur l'opportunité de cette opération. Je ne doute pas que l'administration, plus éclairée sur ce point de pratique médicale, ne revienne à ses errements passés.

Ainsi se trouve justifié le second paragraphe de la conclusion de la commission.

Mais, avant d'aborder la conclusion du troisième, permettez-moi de résoudre une question qui a trait plutôt à l'art des accouchements qu'à la responsabilité médicale : je veux parler de l'époque la plus reculée à laquelle l'opération peut être faite.

Notre collègue, M. Depaul, nous paraît avoir restreint l'opportunité de l'hystérotomie *post mortem*, lorsque, après avoir déclaré qu'au delà de dix minutes à un quart d'heure, l'enfant a cessé de vivre, il a concédé pour terme extrême *une heure*. Je veux bien qu'il en soit ainsi dans la généralité des cas; mais, si nous invoquons les observations rapportées dans la science, nous sommes conduits à reculer beaucoup cette limite.

Nous sommes, en général, portés peut-être à faire bon marché du passé. Je veux bien qu'aujourd'hui on observe plus complètement, et surtout qu'on relate avec plus de détails, quelquefois même avec trop de détails étrangers au fait principal; s'ensuit-il que les médecins qui nous ont précédés n'aient rien vu, n'aient rien rapporté d'exact? N'est-ce pas pousser un peu loin la doctrine d'admiration pour nos contemporains? N'y eût-il, d'ailleurs, qu'un seul fait bien avéré, qu'il faudrait reculer la limite à raison de ce fait; or ce fait, arrivé en 1816, est cité par Capuron dans la médecine légale; l'enfant ne fut retiré que vingt-quatre heures après le décès, et il a vécu.

Au surplus, d'après les observations faites dans la dernière séance par M. Depaul, observations justes, quoique ressortant de fautes typographiques, M. Devilliers a révisé son tableau et m'a prié de le remettre sous les yeux de l'Académie après nouveau contrôle. Il contient soixante-dix-neuf observations d'hystérotomie *post mortem* pratiquées depuis heure jusqu'à quarante-huit heures après la mort.

La commission a donc dû avec raison s'abstenir de toute intervention de temps après la mort de la mère pour la pratique de l'opération dont il s'agit; mais comme rapporteur de la commission, nous sommes obligé à des explications plus nettes et plus précises.

J'aborde maintenant le côté le plus délicat et le plus difficile. On n'a fait jusqu'alors que l'effleurer, et je ne saurais trop applaudir à la convenance et à la réserve avec lesquelles M. Depaul a abordé ce sujet. Il s'agit de propositions formulées par notre honorable collègue M. de Kergaradec et par MM. Laforgue et Devilliers. Je les aurais peut-être passées sous silence parce qu'elles touchent aux dogmes de la religion, et que dès lors elles ne sont pas du ressort de l'Académie. Mais ces propositions obligent le médecin, et par conséquent il y a lieu de dire à cet égard notre pensée tout entière afin de préciser quel concours le médecin doit prêter en pareille occurrence.

Il me suffira de citer ici les conclusions de M. de Kergaradec :

« Le prêtre qui, en vue du baptême, *provoque* l'ouverture d'une femme morte enceinte, ne fait pas en cela un acte civil; il remplit un devoir de son ministère spirituel. Par ce motif, il ne saurait être tenu de solliciter de l'autorité civile une permission qui pourrait lui être refusée.

» Enfin, le pasteur qui, en l'absence ou sur le refus formel du médecin, fait procéder à l'opération *par une personne étrangère à l'art de guérir*, ou qui, dans un cas de nécessité absolue, *la pratique lui-même* ne doit point être inquiété pour ce fait. »

---

voulu restituer sous son vrai jour, comme l'une des plus étonnantes de la pathologie des plaies de poitrine.

Telle est la route que l'instrument a parcourue, et nous devons noter la vigueur d'impulsion avec laquelle il a été poussé à travers le canal osseux que nous avons plusieurs fois rappelé et qui ne mesurait pas moins de $0^m,025$ (1).

Il nous a fallu quelquefois employer une assez grande force pour fixer dans nos essais, même à l'aide du marteau, l'arme dont nous nous servions.

Toutes les conditions que nous venons de passer en revue peuvent également servir à démontrer pourquoi le corps vulnérant s'est brisé; elles donnent aussi la raison du point où sa cassure s'est effectuée.

Rappelons seulement sa direction oblique relativement à la clavicule et à la première côte, avec lesquelles il correspondait par ses deux bords, et l'on comprendra qu'un brusque mouvement de latéralité imprimé à l'arme, et surtout les efforts pour la dégager de son implantation profonde (probablement dans le but de s'en servir de nouveau), devaient nécessairement la briser au niveau de l'os qui servait de point d'appui à l'extraction (1).

Un abaissement brusque du bras, et par suite de la clavicule, aurait pu avoir le même résultat.

La cassure aurait bien pu se produire dans le cas d'entrée de l'épée au-dessus de ce dernier os; mais alors l'extrémité brisée eût été trop longue pour se loger sous le bord inférieur de la pre-

(1) Cette étendue et le fait lui-même de la pénétration à travers des os assez résistants portent à croire que l'instrument ne pouvait avoir une grande longueur; elle donne quelque raison à l'idée de l'emploi par l'adversaire ou l'assassin du forçat d'une courte épée semblable à celle que renferment certaines cannes, ou encore d'un poignard très effilé ou stylet, selon quelques variantes du récit.

(1) On pourrait invoquer, il est vrai, une cassure en un point tout à fait autre et en rattacher la cause à un défaut du fer; mais on doit évidemment se renfermer dans les circonstances ordinaires d'une blessure, sans chercher des explications accidentelles à l'appui desquelles on ne peut apporter que des suppositions presque incompatibles, d'ailleurs, avec la force de pénétration de l'arme.

L'ensemble de ces propositions est tout opposé aux demandes qui ont été formulées par MM. Laforgue et Devilliers. Ils voudraient que l'Académie intervînt pour obtenir qu'il soit fait *défense formelle* aux personnes étrangères à la médecine de pratiquer l'opération césarienne après la mort.

Je réduirai ces propositions à deux questions :

Un ministre de la religion a-t-il le droit de *provoquer* l'hystérotomie *post mortem?*

Une personne étrangère à la médecine, ecclésiastique ou autre, peut-elle pratiquer cette opération?

Si le prêtre a le droit de *provoquer* l'opération, le médecin doit *obtempérer à l'injonction* qui lui est faite.

Moralement parlant, un chirurgien ne peut faire une opération sans le consentement de la personne à opérer.

Un chirurgien ne peut pratiquer l'hystérotomie *post mortem* sans le consentement de la famille, et si la famille est divisée, il doit s'abstenir.

Dans ce cas, la volonté de la famille tient lieu et place de la volonté de la personne que l'on regarde comme étant décédée.

Supposer qu'un ministre du culte ait un pouvoir *supérieur* à celui de la famille me paraît exorbitant.

Quant à la loi, elle ne donne aucun pouvoir au prêtre catholique pour le lui faire reconnaître. M. de Kergaradec s'appuie sur le concordat, qui aurait garanti le libre exercice de la religion catholique en France par la loi de germinal an X.

Je crois qu'à cet égard M. de Kergaredec est dans l'erreur.

J'ouvre le concordat et je trouve, article 1er : « La religion catholique, apostolique et romaine sera librement exercée en France. Son culte sera *public*, en se conformant aux *règlements de police* que le gouvernement jugera nécessaire pour la tranquillité publique. »

Les articles organiques de la convention du 16 messidor an IX portent, titre 1er du régime de l'Église catholique dans ses *rapports généraux* avec les droits et la *police de l'État :*

Art. 10. Tout privilège portant exemptions ou attributions de la *juridiction épiscopale* est aboli.

Ainsi le concordat reconnaît la religion catholique comme religion de l'État et abolit toute juridiction ecclésiastique.

Or, voici quelle serait la conséquence des doctrines de notre honorable collègue M. de Kergaradec :

Le médecin qui, avec l'assentiment de la famille, et sans s'entourer des lumières d'un confrère, pratiquerait l'hystérotomie *post mortem*, et qui commettrait une erreur sur la mort, pourrait être passible des peines relatives à l'homicide par imprudence et de dommages et intérêts vis-à-vis de la famille.

Le prêtre, au contraire, qui, d'après le concordat, ne peut fouler le sol de la rue, pour l'exercice public du culte, sans être soumis à des mesures de police, pourrait, en vertu de dogmes religieux que nous respectons tous d'ailleurs et auxquels nous sommes désireux de souscrire dans l'exercice de notre profession, le prêtre pourrait, dis-je, provoquer l'hystérotomie auprès du médecin ; à défaut de refus du médecin, la faire pratiquer par un tiers étranger à la médecine, ou, au besoin, la pratiquer lui-même.

Ainsi, sans se préoccuper du décès certain de la mère, sans avoir les connaissances nécessaires pour le constater, le prêtre qui, d'après nos lois, n'a pas le droit de retenir pendant cinq minutes, dans le tribunal de la confession, un pénitent contre sa volonté, aurait le droit d'imposer à une médecin l'obligation de pratiquer l'hystérotomie, et, à son défaut, de faire faire, par un tiers étranger à la médecine, non plus une opération césarienne, mais bien une opération d'autopsie. Et si, par la pensée, nous supposons qu'il y a une erreur sur la mort, de faire commettre un homicide !

Qu'il y a loin de ces doctrines aux sages prescriptions des ordonnances de Martine et Durande, sous Louis-le-Pieux, à celles du tribunal de santé de Venise, à celle du pape Benoît XIV, qui prescrivent de ne laisser faire l'opération que par des mains habiles et désignées par l'autorité !

Il suffit d'envisager les conséquences de pareilles doctrines pour en comprendre le peu de fondement, et les erreurs dans lesquelles est tombé notre honorable collègue, en prenant pour base de ses propositions une juridiction que le concordat a lui-même anéantie.

Nous sommes obligés de le dire, il n'existe pas aujourd'hui de lois religieuses à côté de lois civiles. Tous les citoyens sont soumis à une même loi dans les actes de la vie publique.

Et si nous appliquons cette doctrine à ce curé de Bretagne, à l'occasion duquel M. de Kergaradec a rédigé son savant mémoire, nous dirons que si la femme sur laquelle ce curé a fait pratiquer l'hystérotomie par un vétérinaire eût été vivante, s'il y avait eu erreur sur la mort, et qu'elle eût succombé à l'autopsie qui avait été faite, et le curé et le vétérinaire auraient été traduits en justice sous l'inculpation d'homicide involontaire. Et, si les faits se fussent passés dans le département de la Seine, ils eussent été passibles des conséquences de l'arrêté de M. de Rambuteau sur les autopsies.

Quant à nous, qui venons de mettre sous les yeux des médecins toutes les conséquences de leur conduite en pareille matière, nous ajouterons, pour répondre à la demande qui a été faite de l'intervention de l'Académie, dans le but d'empêcher qu'une main étrangère à la médecine puisse agir dans les cas de ce genre, nous ajouterons que la loi a prévu ce cas, et qu'il n'y a rien encore à demander à cet égard.

C'est pour résoudre les difficultés que pourrait rencontrer le médecin dans ses rapports avec le clergé que la commission a formulé le troisième paragraphe de sa conclusion.

« Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience, éclairée par les préceptes de l'art. »

---

mière côte, ce qui constitue un nouvel argument en faveur de notre opinion.

Une fois brisé, le fragment s'est trouvé naturellement dirigé et maintenu dans la position qu'il occupe encore, et sa présence, ainsi que la lésion du périoste, ont sans doute déterminé dans les premiers temps de la blessure une inflammation modérée dont l'une des conséquences a été la production d'ostéophytes étendus.

Une cause de même genre a fait se développer la gaîne osseuse née de la quatrième côte gauche.

En résumé, le poumon est le seul organe important qui ait pu être traversé par l'épée, et il faut remarquer que sa lésion n'était pas considérable et qu'elle intéressait son sommet, c'est-à-dire une région *relativement* peu vasculaire ou dépourvue de gros troncs artériels veineux ou bronchiques.

C'est là, sans aucun doute, ce qui peut expliquer comment le sujet a pu vivre plusieurs années sans inconvénient avec un corps étranger aussi singulièrement placé.

Nous sommes loin de croire, toutefois, qu'une pareille plaie pénétrante ait pu passer inaperçue, soit à son début, soit même longtemps après.

Des accidents ont dû se montrer du côté des voies respiratoires, des crachats sanguins ont pu être expectorés, une pneumonie partielle au moins s'est sans doute déclarée, et l'implantation de l'épée, comme son maintien dans la double gaîne qui revêt ses extrémités, devaient aussi gêner d'une manière sensible les phénomènes d'ampliation ou de resserrement des parois du thorax.

La vie cependant s'est conservée, et la gravité incontestable de la blessure est une raison qui reculerait, à notre avis, la date précise de l'accident bien avant la condamnation du forçat.

L'organisation complète et l'étendue des ostéophytes sont, d'ailleurs, des preuves irrécusables d'une époque éloignée.

### IV. — CONCLUSIONS.

Telles sont les déductions pathologiques qu'il nous a semblé possible de tirer des détails d'une observation sans aucun doute remarquable par sa rareté et sa singularité.

Certes, la question du baptême est très grave; elle a déjà été favorablement résolue par les docteurs en Sorbonne, lorsqu'ils furent consultés sur la possibilité de conférer le baptême à l'aide de l'instrument inventé par le docteur Bruhier d'Ablaincourt, et leur décision motivée est rapportée tout entière dans l'ouvrage de Deventer, traduction de 1739. « Le Conseil, y est-il dit, estime que l'on pourrait se servir des moyens proposés, dans la confiance qu'il a que Dieu n'a pas laissé ces sortes d'enfants sans aucun secours, et suppose, comme il est exposé, que le moyen dont il s'agit est propre à leur procurer le baptême. »

Espérons, comme M. Depaul, en émettant le vœu que les théologiens accepteront ces doctrines nouvelles qui empêcheraient et le médecin et l'ecclésiastique, placés entre la loi de l'État et les dogmes religieux, de compromettre l'existence d'une femme pour sauver l'âme d'un enfant dont l'existence est douteuse.

---

## III

## CORRESPONDANCE.

### Les champignons comestibles et les champignons vénéneux.

RÉPONSE DE M. BERTILLON A M. POGGIALE.

(*Voir la lettre de M. Poggiale, numéro du 29 mars 1861.*)

Nous avons établi dans la PRESSE SCIENTIFIQUE DES DEUX MONDES (n° du 16 septembre 1860, et surtout des 16 février et 16 avril 1861) (1), que c'était une erreur de croire que l'on pouvait assigner aux champignons comestibles des caractères *généraux* qui permissent de les distinguer des champignons vénéneux; que ces groupes purement artificiels ne se prêtent à aucune généralité, non-seulement au point de vue scientifique, mais encore et surtout au point de vue *pratique*, au point de vue de la distinction des bons et des mauvais champignons. On ne saurait davantage tracer des caractères généraux en botanique (pour les plantes feuillées) entre les espèces *nuisibles* et *celles qui ne le sont pas*; en chimie, entre les sels vénéneux et ceux qui sont innocents, etc., etc.; car tous ces groupements, faits au point de vue utilitaire, étant hors de la méthode naturelle, renferment les espèces les plus disparates, et n'ont d'autre lien commun que le lien factice qui les a formés.

Le conseil de santé, justement ému de l'empoisonnement spontané des cinq officiers de Corte, s'est malheureusement hâté d'adopter une Instruction qui lui a été présentée *comme l'expression de la science actuelle*, et dont l'auteur a transcrit une fois de plus, dans sa précipitation, ces caractéristiques surannées qui sont abandonnées et *aujourd'hui* rejetées comme fort dangereuses par tous les mycologistes, mais fort accréditées, il est vrai, chez les gens du monde et même chez les savants étrangers à la mycologie.

Nous avons cru que c'était un devoir de signaler au conseil et au public le danger d'une pareille *Instruction*. Nous avons donc analysé avec le plus grand soin les caractères qu'elle recommande; nous avons confronté avec elle chacun des champignons qu'on rencontre le plus communément, et nous avons montré :

Qu'on arrivait aux résultats les plus déplorables, soit que l'on prît un à un les caractères préconisés, soit qu'on les appliquât dans leur ensemble ;

Que dans l'hypothèse la plus favorable on arrivait, en prenant l'*Instruction* pour guide :

1° *A rejeter* la plupart des champignons comestibles comme la plupart des champignons vénéneux;

2° *A récolter* encore cinq ou six espèces vénéneuses, et à peine une seule espèce comestible (*Agaricus campestris*, mais seulement la variété des pelouses et avant sa maturité).

Nous devons dire que, sous une apparence de contestation, M. Poggiale est beaucoup plus près de nos conclusions que de celles de l'*Instruction*. En effet, selon celle-ci, « en appliquant rigoureu-
» sement ces principes, on pourra écarter certaines espèces comes-
» tibles, mais on *sera certain* de rejeter TOUTES celles qui pour-
» raient être nuisibles. »

Que conclut M. Poggiale aujourd'hui? Qu'en prenant pour guide l'*Instruction*, « les champignons *les plus dangereux* seront rejetés. »

Et à quelles espèces est-il obligé de réduire sa récolte de comestibles? A celle-là seule que nous lui avons signalée, pas même à une espèce, à *une* variété, l'*Agaric comestible des pelouses!*

Ainsi M. Poggiale abandonne cette phrase si *affirmative* et si regrettable de l'*Instruction*, la seule, pour ainsi dire, qui nous ait décidé à prendre la plume, et sans laquelle l'Instruction non-seulement perd sa valeur, mais devient un danger :

« ON SERA CERTAIN DE REJETER TOUTES LES ESPÈCES NUISIBLES. »

Il s'efforce, au contraire, par des citations convenables, d'étendre à toute l'Instruction l'incertitude qu'elle avouait seulement pour le choix plus ou moins restreint des bonnes espèces.

Pour ceux qui ont suivi cette discussion, il n'y a aucun doute possible sur le sens de ces aveux :

*En se conformant à l'Instruction, on récoltera quelques champignons vénéneux et une seule variété comestible.*

Cela étant, nous disons : l'*Instruction* est dangereuse ; et nous soutenons qu'elle devrait être retirée des mains de nos soldats... Mais, s'écriera-t-on, que deviendrait la dignité du conseil?

Croit-on qu'elle ne serait pas plus rudement atteinte si un accident arrivait par l'aide trompeuse de l'*Instruction?*

Qui entend mieux la dignité du conseil, celui qui signale et s'efforce de faire disparaître un tel danger, ou celui qui, par une persévérance digne d'une meilleure cause, le maintient autant qu'il peut en en contestant la réalité?

Que conclut pourtant M. Poggiale? Que l'*Instruction* est utile? Pas précisément, mais « qu'elle est l'expression exacte de l'état

(1) Nous prions vivement les personnes qui attachent un intérêt particulier à la question ou qui voudraient porter un jugement public de prendre connaissance de ces divers journaux (les numéros indiqués de la *Presse scientifique*, et aussi de l'*Union médicale*, nos 38 à 43).

---

Elles emportent avec elles leur enseignement, et nous croyons pouvoir conclure des développements dans lesquels leur étude nous a entraîné et des recherches bibliographiques qu'elles nous ont conduit à faire :

1° Qu'il ne faut pas être trop incrédule relativement aux faits merveilleux de la chirurgie, car il est des exemples presque invraisemblables, mais authentiques, de guérisons survenues dans les conditions les plus fâcheuses ;

2° Qu'il est toujours bon de revoir et de raisonner ce qu'on écrit avant de faire gémir la presse, et pour ne point contrister ceux qui doivent prendre la patience de nous lire ;

3° Qu'il est plus utile encore de ne rien raconter de mémoire dans une science qui a besoin de faits précis et complétement détaillés ;

4° Et qu'enfin il est grandement méritoire de ne point induire son prochain en erreur, en perte de temps et en pérégrinations inutiles, par des citations tronquées, incomplètes ou inexactes, quand on ne s'est pas laissé presque complaisamment aller à les embellir au gré de la folle du logis.

Il est vrai que, si toutes ces règles avaient été observées, je n'aurais pas eu l'occasion d'augmenter *de nombre* les intéressants chapitres publiés par M. Verneuil dans la *Gazette hebdomadaire de médecine* de Paris; mais on excusera peut-être ma hardiesse à la Société de chirurgie quand j'aurai rappelé, en façon de passeport, que je me suis souvenu du *delenda Carthago* de son secrétaire général, M. Marjolin, dans la séance annuelle du 14 juillet 1858 :

« Le moyen d'aplanir les difficultés si grandes de la science mé-
» dicale serait pourtant bien facile, ce serait de s'astreindre à ne
» publier que des observations complètes. »

BERCHON, D. M. P.,

Chirurgien de première classe de la marine, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine navale de Rochefort.

Rochefort, 20 septembre 1860.

» actuel de la science en ce qui concerne les caractères pratiques » des champignons. »

Et pour appuyer cette prétention, M. Poggiale s'efforce de découvrir des autorités qui partagent ses préjugés.

Nous devons d'abord avertir nos lecteurs que la mycologie est un chapitre de botanique à peu près complétement inconnu de l'immense majorité des botanistes, et je parle même des plus savants. C'est ainsi qu'Achille Richard, que cite M. Poggiale, n'avait aucune prétention à connaître les champignons.

Du reste, peu de lignes suffiront pour montrer combien M. Poggiale s'est mépris dans ses citations.

Les prétendus caractères généraux de l'*Instruction* ont été copiés, il est vrai (avec d'insignifiantes additions), dans le livre publié par Achille Richard il y a plus de vingt ans (et lui-même ne les rapporte, sans les garantir, que d'après les vieux auteurs). Mais Richard, sans être mycologue, ne commet pas l'erreur de croire cette caractéristique bonne; il se garde de dire, comme l'*Instruction*, qu'elle préservera de *tous* les champignons vénéneux, ou seulement, comme M. Poggiale, « *des plus vénéneux*. » Cependant, comme le savant membre du conseil de santé déclarait l'*Instruction* au niveau de la *science*, il a dû chercher parmi les rares mycologistes modernes quelques opinions qui lui vinssent en aide. Il a cru trouver ce qu'il cherchait dans les quelques lignes qu'il a tirées du *Dictionnaire* d'Orbigny (article AGARIC du docteur Léveillé). Personne certes ne saurait nier la compétence de M. Léveillé; ce savant confrère a consacré sa vie à l'étude de ces cryptogames. Or, dans cet article, Léveillé rapporte en effet les *caractères généraux* qui, *selon les auteurs*, distinguent les mauvais champignons des bons. Mais il se hâte d'ajouter : « Il est évident » que de semblables caractères (ceux que rapporte M. Poggiale) » ne peuvent être d'AUCUNE *utilité* : il faut, pour manger des cham» pignons, *ou suivre la routine du pays que l'on habite, ou les con» naître par les caractères* PARTICULIERS, autrement on s'expose » AUX PLUS GRAVES ACCIDENTS. »

M. Poggiale s'est trompé en ceci seulement qu'il a attribué à M. Léveillé l'opinion que ce savant ne citait que pour la combattre.

Afin de ne laisser aucun doute à cet égard, nous avons tenu à savoir si l'opinion du célèbre mycologue avait changé depuis l'impression du *Dictionnaire* d'Orbigny. Voici la réponse qu'il a bien voulu nous faire par lettre du 29 mai 1860 :

« Vous me demandez mon avis sur le jugement que vous avez » émis relativement à l'*Instruction* du conseil de santé. Je vous » dirai que je suis entièrement de votre avis, comme vous pouvez » vous en convaincre par ce que j'ai dit sur ce sujet à l'article » AGARIC du *Dictionnaire* d'Orbigny. Mais vous, monsieur, en » appuyant vos appréciations sur la valeur des signes donnés par » les auteurs ou plutôt par le vulgaire, en vous appuyant, dis-je, » sur des citations positives, vous avez fait mieux que moi, vous » avez touché tous les points vulnérables. Il est vrai que vous agis» sez en critique et moi en historien. » (LÉVEILLÉ.)

Il est donc bien certain :

Que ce n'est pas nous qui avons eu le sens troublé par nos préoccupations en lisant l'article de M. Léveillé;

Qu'au jugement de ce savant les caractères soi-disant généraux donnés par l'*Instruction* « ne sont d'*aucune utilité*, » bien plus, « ils exposent AUX PLUS GRAVES ACCIDENTS. »

M. Poggiale croit-il encore son *Instruction* au niveau de la science actuelle? Nous allons lui soumettre l'avis *du dernier ouvrage* publié sur les champignons, celui d'un savant professeur de botanique à l'école de médecine de Dijon, M. Lavalle, directeur du jardin des Plantes, docteur ès sciences et docteur en médecine. Ce professeur a publié en 1852 un *Traité pratique des champignons comestibles*. Notre honorable contradicteur pourra y lire, page 34, tout un chapitre qui semble prédestiné à renverser par avance les états vermoulus de l'*Instruction!* J'en détache quelques lignes :

« Je considère comme un devoir de déclarer, avec tous les » hommes éclairés qui se sont occupés de la question, que toutes » ces caractéristiques ne méritent aucune confiance, qu'il n'est » AUCUN CARACTÈRE GÉNÉRAL qui permette de reconnaître les » propriétés nuisibles ou utiles des champignons. Tous ceux qui ont » été donnés comme tels ne peuvent qu'entraîner dans des mé» prises, et sont d'autant plus dangereux qu'ils peuvent inspirer » une confiance plus complète. » (On dirait que le professeur Lavalle pressentait une *Instruction* qui, sous une autorité des plus respectables, oserait déclarer que par elle on était *certain* d'écarter TOUTES les espèces nuisibles.)

« J'hésite d'autant moins à faire une réponse catégorique que, » dans un sujet aussi sérieux, toute ambiguïté peut être cause de » malheurs irréparables, et que, pour ma part, je ne me console» rais jamais d'en avoir pu être la cause, même involontaire. » (J'appelle sur ces scrupules l'attention de mon honorable contradicteur.)

Et un peu plus loin, en parlant des prétendus caractères généraux (ceux mêmes donnés par l'*Instruction*), le professeur Lavalle ajoute :

« Malheur à l'imprudent qui, sur la foi de semblables caractères, » voudrait reconnaître les champignons comestibles! Tandis qu'il » repousserait quantité de bonnes espèces, il ne manquerait pas » de recueillir en grand nombre les champignons les plus dange» reux, etc. » Il faudrait citer tout le chapitre; nous en recommandons la lecture entière à ceux qui conserveraient quelque attachement obstiné pour les caractères généraux des champignons comestibles ou vénéneux.

Nous pourrions augmenter beaucoup le nombre des autorités en citant les Fries, les Letellier, les Bulliard. Ainsi ce dernier savant, un père illustre de la mycologie, combattait déjà ces préjugés dans le siècle passé (1784) : « On a mille fois essayé de tirer » des lignes de démarcation entre les différentes productions végé» tales, dans la vue de faire distinguer celles dont l'usage est » innocent de celles qui sont dangereuses... *Mais la nature ne se » prête pas à ces divisions purement idéales.* »

Et M. Poggiale se flatte que son *Instruction* est au niveau de la science! En vérité, nous ne pouvons souscrire à une pareille prétention de la part d'un homme distingué, qu'elle a reconnu pour sien dans des travaux plus heureux. Aussi, quand on nous assure qu'un savant professeur va reproduire cette fâcheuse *Instruction* dans un ouvrage qu'il élabore, nous présumons que, s'il la reproduit, ce sera, comme M. Léveillé, comme le professeur Lavalle, pour dire son danger, et pour s'efforcer, avec tous les mycologistes contemporains, de bannir de la *pratique surtout* ces préjugés que tout homme jouissant de la confiance de l'autorité et du public doit combattre avant qu'ils arrivent à de mortelles applications.

L'examen des faits tirés des champignons ne pouvant mener à bien M. Poggiale, il invoque l'analogie et cite quelques traits qu'il regarde comme signalant, pour les phanérogames, les plantes vénéneuses. En conclut-il qu'avec ces caractères on sera *certain* de rejeter *toutes* les espèces nuisibles? Croit-il que, muni de ces caractères, on pourrait avec sécurité récolter et manger les plantes vertes? Il se garde de conclusions si fermes, si erronées, et partant si *dangereuses*. Pourquoi l'auteur de l'*Instruction* n'a-t-il pas eu la même circonspection?

Ainsi l'analogie invoquée se tourne contre lui.

Pour résumer et conclure, retenons seulement de tout ceci ce qui importe à la sécurité publique; et, avec tout le respect que nous inspire un corps qui est la plus solide sauvegarde de la santé et de la vie de nos soldats, mais aussi avec toute l'énergie de nos convictions, disons au conseil de santé que la précipitation à laquelle a cédé son rédacteur doit être excusée par l'émotion d'un terrible accident; — que toutefois cet honorable membre eût pu, avant d'attirer à plusieurs reprises l'attention du public sur son travail de circonstance, lire avec une mûre attention les mycologues les plus récents et les plus estimés; — qu'il n'est honteux pour personne d'avoir failli une fois, l'infaillibilité n'appartient qu'à ceux qui ne font rien, — mais qu'il est honorable de revenir sur un pas hasardé.., honorable pour tout le monde, plus honorable encore pour les maîtres de l'art; — que si quelque chose pouvait les compromettre, ce serait le maintien d'un document regrettable et

dangereux, et qu'en le retirant le conseil ajoutera un bienfait de plus aux bienfaits sans nombre dont la France et son armée lui sont redevables.

---

RÉPLIQUE DE M. POGGIALE.

Les articles de M. Bertillon sur les champignons se ressemblent tous par le fond et par la forme ; aussi je retrouve dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE les appréciations fausses et les erreurs que j'ai combattues dans l'UNION MÉDICALE.

Quel que soit mon regret de continuer cette discussion stérile, et quelque répugnance que j'éprouve à répondre à des attaques, je ne permettrai à M. Bertillon, ni dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, ni dans l'UNION MÉDICALE, ni ailleurs, de dénaturer l'Instruction du conseil de santé et d'en changer l'esprit.

Avant tout, je désire qu'il soit bien entendu que l'Instruction n'a pas confondu les caractères généraux des champignons avec leurs caractères botaniques. On n'y trouvera pas un seul mot qui autorise les hommes les moins bienveillants à supposer cette confusion : en effet, l'étude scientifique des champignons, comme celle de tous les végétaux, ne peut se faire que par la comparaison des caractères botaniques. Pour distinguer avec certitude les plantes les unes des autres, il faut comparer les caractères fournis par les organes, tels que le fruit, la graine, les étamines, le pistil, la corolle, les feuilles, la tige, etc. Ce sont des notions élémentaires sur lesquelles il est inutile d'insister. Mais le vulgaire peut-il se livrer à ces études? Non, assurément. M. Bertillon, qui a nié tant de choses dans cette discussion, a dû reconnaître qu'il faut pour le vulgaire des moyens pratiques. Évidemment les caractères pratiques des champignons n'ont pas la même valeur que les caractères botaniques, mais M. Bertillon lui-même conviendra que les premiers sont utiles dans une foule de circonstances. Qui oserait manger, par exemple, les champignons qui ont une odeur forte et désagréable, qui sécrètent un suc laiteux, qui présentent une saveur âcre, amère ou salée, qui ont une teinte brillante, verte ou bleuâtre, qui *se colorent, au contact de l'air, d'une teinte brune, bleue ou verte?* M. Bertillon lui-même en mangerait-il? Non. Donc les caractères pratiques peuvent être utiles.

A-t-on exagéré, dans l'Instruction, l'importance de ces caractères? Il suffira, pour répondre à cette question, de citer textuellement les passages suivants :

« Quelques caractères généraux permettent de distinguer, *le plus souvent*, les espèces comestibles des espèces vénéneuses.

» Les bons champignons ont un parfum agréable, quoique ce caractère appartienne aussi à *quelques espèces nuisibles*.

» La chair des espèces comestibles est, *en général*, blanche; *cependant* un bon champignon rouge, etc. »

« En résumé, la science ne possède aucun caractère certain, » absolu, qui établisse une limite bien tranchée entre les champi- » gnons comestibles et ceux qui sont vénéneux. »

Je le demande, pouvait-on apporter plus de réserve dans l'indication des caractères pratiques des champignons? N'a-t-on pas exprimé nettement la pensée des hommes qui se sont occupés avec le plus de succès de cette branche de l'histoire naturelle? M. Bertillon n'admet-il pas, en définitive, les conclusions de l'Instruction? Pourquoi donc l'a-t-il attaquée? Pourquoi donc s'est-il plu à confondre l'ensemble des caractères généraux des champignons avec les caractères *pris isolément?* Pourquoi prétend-il que, suivant l'Instruction, ces caractères sont absolus, certains? M. Bertillon seul pourrait répondre à ces questions.

Ce que nous disons des caractères pratiques des champignons s'applique tout aussi bien aux plantes monocotylédonées et dicotylédonées. Quand on veut distinguer la petite ciguë du persil, quel est le meilleur caractère pour le *vulgaire?* Est-ce la forme des ovaires? est-ce la division des feuilles? Non. C'est l'odeur, qui est vireuse et nauséabonde dans la petite ciguë et agréable dans le persil. En froissant entre les doigts la grande ciguë, elle répand une odeur vireuse, désagréable, et tout le monde trouve dans ce caractère pratique l'indice d'une plante suspecte. Le suc laiteux qui s'écoule des différentes parties de l'*œnanthe crocata* lorsqu'on les entame, dit Richard (et ici il ne s'agit pas de champignons), est un *indice certain* de ses propriétés délétères. Plusieurs renoncules sont remarquables par leur extrême âcreté, et ce caractère suffit pour les faire rejeter. Les anémones, la clématite blanche, l'hellébore noir, l'aconit napel, les papavéracées, la rue et une foule d'autres plantes qu'il est inutile de mentionner, prouvent que les caractères appréciables *pour le vulgaire* ont une grande importance dans la *pratique*, bien qu'ils n'aient aucune valeur pour la classification des plantes. M. Bertillon le sait tout aussi bien que moi; c'est là un exemple de ce que valent les polémiques, on veut avoir raison et l'on est entraîné, malgré soi, à nier les faits les plus évidents.

Je me suis appuyé, pour défendre l'Instruction, sur l'autorité de deux botanistes éminents, Richard et M. Moquin-Tandon ; mais cet argument n'a nullement embarrassé M. Bertillon. Ainsi Richard, qui écrivait un livre classique pour les étudiants en médecine, « s'est laissé aller à transcrire quelques-uns des traits généraux » de ces divisions surannées et ne les a rapportés que d'après les » vieux auteurs. Nous blâmons, continue mon contradicteur, cette » complaisance pour de vieux préjugés. » Ainsi, M. Moquin-Tandon » n'a point fait une étude particulière de la mycologie, et il serait » possible qu'il éprouvât un véritable embarras à diriger une her- » borisation mycologique. »

Le lecteur appréciera ces jugements irréfléchis. Je ferai pourtant remarquer à M. Bertillon que Richard recommande dans ses *Éléments d'histoire naturelle*, de consulter les ouvrages de Paulet, de Bulliard, de Persoon, etc., qu'il considère *comme les plus utiles*. Est-ce donc dans ces ouvrages qu'il a trouvé des divisions surannées, de vieux préjugés? Je ferai observer aussi que les *auteurs modernes* partagent ce que M. Bertillon appelle des préjugés, puisque, suivant M. Léveillé, qui n'est ici qu'historien, « ils conseillent de repousser les champignons que l'on trouve dans les lieux humides, etc., etc. »

Tout en repoussant l'autorité de Richard et de M. Moquin-Tandon, M. Bertillon a cru devoir invoquer celle de M. Lavalle, que je n'ai pas l'honneur de connaître, et que, par conséquent, je ne me permettrai pas de juger. Mais j'aurai recours à mon tour à l'expérience et au savoir d'un botaniste de profession, M. Dupuis, ancien professeur de botanique à Grignon, qui a publié en 1854 un excellent *Traité des champignons comestibles et vénéneux*.

M. Dupuis, après avoir déclaré, comme l'Instruction, qu'il n'existe pas de caractères généraux qui permettent de distinguer *avec certitude* les bons des mauvais champignons, donne les indications suivantes (page 27) :

« Les espèces dont l'odeur est désagréable, vireuse ou nauséabonde, sont *certainement mauvaises*. »

« Il faut *se défier* des espèces qui ont un arrière-goût styptique, et *rejeter*, en général, celles qui ont une saveur âcre, brûlante, etc. »

« Il faut *rejeter toutes les espèces* qui ont des couleurs tristes, éclatantes ou bigarrées, etc. »

« Toute espèce qui change de couleur, est plus ou moins malfaisante. »

« On doit regarder comme *mauvaises toutes les espèces* dont la chair est aqueuse, molle, ou, au contraire, filandreuse, etc. »

« Les espèces les plus vénéneuses habitent les endroits sombres, humides et fourrés, etc.

» Tous les champignons qui sécrètent un suc laiteux, généralement âcre, sont suspects et *doivent être rejetés*. »

Les caractères que nous venons d'exposer, ajoute M. Dupuis, ne sont pas sans doute absolus, mais, en les *prenant à la lettre*, on ne pourra que rejeter des *espèces innocentes*. Avons-nous dit autre chose dans l'Instruction? M. Dupuis assure qu'il a consulté les meilleurs ouvrages qui ont été écrits sur les champignons, ceux de Persoon, d'Orfila, de MM. Roques, Cordier, Mougeot, etc. Il n'a donc pas obéi à de *vieux préjugés*.

Il importe d'ajouter qu'on ne s'est pas borné, dans l'Instruction, à indiquer les caractères généraux des champignons. Si M. Bertillon s'était donné la peine de la lire, il aurait vu que, sous le titre : *Préparation des champignons*, le conseil de santé a

recommandé l'emploi de l'eau acidulée et de l'eau bouillante, comme l'atteste le passage suivant :

« Lorsqu'on veut faire usage de champignons sur la qualité desquels il reste des doutes, il importe, avant leur préparation, de les laver convenablement avec de l'eau acidulée par le vinaigre. Pour cela, on les coupe par tranches et on les laisse macérer pendant une heure dans de l'eau vinaigrée composée d'un litre d'eau et de trois cuillerées de vinaigre. On les lave ensuite avec de l'eau bouillante, puis on les apprête. Il résulte d'expériences certaines que les champignons les plus dangereux, tels que la fausse oronge et l'agaric bulbeux, peuvent perdre leurs principes vénéneux, quand on les traite préalablement par l'eau vinaigrée. » Ainsi, pour prévenir l'empoisonnement par les champignons, l'Instruction a indiqué deux moyens pratiques :

1° Les caractères généraux ; 2° le traitement des champignons par l'eau vinaigrée et par l'eau bouillante.

Voilà nos moyens. Quels sont les vôtres ? Vous avez tour à tour indiqué les caractères botaniques et l'établissement de musées mycologiques pour les soldats, mais cette proposition, je regrette de le dire, n'a pas été prise au sérieux. Vous avez alors recommandé la ROUTINE, c'est-à-dire rien, absolument rien. En effet, comme je vous l'ai déjà dit ailleurs, est-ce que la routine n'exige pas une longue expérience ? Est-ce qu'elle ne produit pas tous les jours les erreurs les plus déplorables ? Est-ce que la routine ne fera pas le plus souvent défaut à nos soldats ? Est-ce que vous voudriez que le soldat connût la routine de chaque pays, les champignons du Nord et du Midi de la France, ceux de l'Italie, de l'Algérie, de la Syrie, de la Chine, etc. ?

Ainsi, il ne reste rien des propositions de M. Bertillon, si ce n'est la pensée malheureuse de vouloir détruire une Instruction utile.

POGGIALE.

---

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

**Des évacuations sanguines dans les phlegmasies de l'utérus.**

Monsieur le rédacteur,

Je n'ai que deux mots à répliquer à la lettre de M. Rouyer, insérée dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Je lui demandais des faits à l'appui des critiques qu'il a dirigées contre l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des phlegmasies utérines ; il me répond, en premier lieu, par la citation d'une phrase de mon ouvrage, dont il a complétement dénaturé le sens, en l'isolant. Cette phrase est conçue dans ces termes : « Sauf quelques exceptions, je commence le » traitement par la saignée générale, si la malade est d'une forte con- » stitution ; par la saignée locale, si la malade est d'une faible consti- » tution. »

En m'exprimant ainsi, ai-je voulu dire que, sauf quelques exceptions, j'ai toujours recours à la saignée dans la métrite chronique ? Non, assurément ; aussi, pour le prétendre, comme le fait M. Rouyer, il faut, de deux choses l'une, ou n'avoir pas lu ce qui précède et ce qui suit, ou l'avoir lu sans une attention suffisante ; car je me suis attaché à tracer avec un grand soin (pages 120 et 121) les indications et les contre-indications de la saignée dans le traitement de la métrite interne chronique.

M. Rouyer me répond, en second lieu, par des citations qu'il a empruntées aux ouvrages de MM. Becquerel, Bernutz, Aran et Scanzoni. Tout en proclamant le mérite de ces éminents praticiens, je crois avoir le droit de récuser leur témoignage, attendu qu'il ne repose sur aucune expérimentation de la méthode de traitement que j'ai formulée dans mon ouvrage, et que j'applique souvent avec succès, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique civile.

Agréez, etc.

A. NONAT.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE-EDWARDS.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles expériences sur l'indépendance respective des fonctions cérébrales*, par M. *Flourens*. — Voulant ne laisser aucun doute sur l'indépendance absolue de chaque partie de l'encéphale par rapport aux autres, et spécialement par rapport à celle qui paraît le plus devoir influer sur toutes, j'ai commencé par enlever sur plusieurs animaux, pigeons et lapins, le cerveau proprement dit. Après quoi j'ai opéré successivement sur le cervelet, sur le pont de Varole, sur les canaux semi-circulaires. La lésion de chacune de ces parties, du cervelet, du pont de Varole, des canaux semi-circulaires et de chaque canal semi-circulaire, a produit les mêmes effets que si le cerveau (*lobes* ou *hémisphères cérébraux*) n'eût point été retranché.

En un mot, les expériences de M. Flourens sur les canaux semi-circulaires démontrent que la section de chaque canal produit un mouvement déterminé par la direction même du canal : la section du canal *horizontal*, un mouvement horizontal ; la section du canal vertical *antéro-postérieur*, un mouvement d'avant en arrière ou de culbute en arrière ; et la section du canal vertical *postéro-antérieur*, un mouvement d'avant en arrière ou de culbute en avant.

De plus, le cerveau ayant été retranché sur plusieurs pigeons, la section de chaque canal a produit son effet ordinaire.

L'indépendance de chaque organe distinct de l'encéphale, ajoute M. Flourens, par rapport au cerveau proprement dit, est donc radicale, absolue, complète et complétement démontrée. Reste la grande difficulté : l'explication de l'étonnant phénomène qui lie la direction des mouvements à la direction des canaux semi-circulaires.

Chacun de nous a, par rapport à soi, quatre mouvements principaux : de droite à gauche, de gauche à droite, d'avant en arrière, d'arrière en avant ; et, ce qui est bien digne de remarque, c'est que chacun de ces mouvements répond à la direction de chacun des canaux semi-circulaires.

Je donnerai de cet étonnant phénomène, dans un prochain mémoire, une explication, ou qui sera la vraie, ou qui du moins en approchera beaucoup, je l'espère.

M. *Flourens* fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : « *Ontologie naturelle, ou Étude philosophique des êtres*.

M. *Flourens* présente un mémoire de M. *Bataille* ayant pour titre : *Recherches sur la phonation*.

OPTIQUE. — *Théorie de l'œil*, par M. *L.-L. Vallée* (vingtième mémoire). *Développements relatifs aux idées exposées dans les précédents mémoires*. — Dans ce travail, l'auteur expose sur l'ensemble des axes des pinceaux efficaces, ou sur ce qu'il appelle la *gerbe des axes*, les notions qui lui semblent propres à en donner une juste idée, et il propose ensuite des expériences qui conduiraient probablement à perfectionner ce qu'il dit sur cette question. Enfin il revient sur l'adaptation, phénomène dont l'étude approfondie importe si fort au progrès bien désirable de l'oculisterie. (*Comm.* : MM. Pouillet, Faye, de Quatrefages.)

M. *de Lignerolles* soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Oblitération du canal de l'urèthre par cause traumatique ; rétablissement de sa cavité par un nouveau procédé ; opération pouvant être substituée à la lithotomie et à la lithotritie*. (*Comm.* : MM. Cloquet, Jobert.)

M. *Armand*, médecin-major à l'ambulance de la Cochinchine, adresse de Saigon une *Note sur la médecine et les médecins des Chinois*. (*Comm.* : MM. Andral, Bernard.)

M. *Pappenheim* envoie de Berlin une note intitulée : *Apparence des vaisseaux lymphatiques du cœur après l'usage de l'aconit*.

M. *le Secrétaire perpétuel* communique l'extrait d'une lettre de M. *Jackson* concernant une enquête sur la question des anesthésiques instituée par la Société médicale de perfectionnement de Boston (*Boston Society for medical improvement*). La Société a chargé une commission de cinq membres de l'examen des cas de mort attribués à l'inhalation de l'éther sulfurique. Cette commission fait appel aux médecins des différents pays pour lui fournir les éléments d'une discussion approfondie de la question ; elle demande que, dans les communications qui lui seront faites, l'observateur veuille bien indiquer précisément :

1° Quelle sorte d'éther a été employée ; si c'est de l'éther sulfurique pur, de l'éther chlorique ou de l'éther combiné avec du chloroforme ;

2° Le temps qui s'est écoulé entre l'inhalation et la mort.

M. *Daguillon*, chirurgien de la marine, près de partir pour un voyage de circumnavigation, dont il indique les principales relâches, se met à la disposition de l'Académie pour les observations relatives à la météorologie et à l'histoire naturelle qu'elle croirait devoir lui indiquer.

Renvoi à MM. Valenciennes et Ch. Sainte-Claire Deville, qui jugeront s'il y a lieu d'ajouter aux instructions proposées par l'Académie pour de semblables voyages l'indication particulière de quelques *desiderata*.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1861. — PRÉSID. DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet l'ampliation du décret impérial en date du 2 avril, par lequel est approuvée l'élection de M. *Regnauld*, en remplacement de M. *Thillaye*, décédé.

Sur l'invitation de M. *le Président*, M. Regnauld prend séance.

2° M. le ministre de la marine communique plusieurs échantillons d'huile de foie de morue *française*, fabriquée à Saint-Pierre (Terre-Neuve) par M. *Riche*, armateur de Saint-Malo. (*Commission déjà nommée.*)

3° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics envoie : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Seine-Inférieure, de l'Hérault, de la Lozère, de Saône-et-Loire, de la Moselle, des Basses-Alpes, de la Sarthe, de Vaucluse et de la Haute Vienne. — *b*. Les rapports de MM. les docteurs *Million* (de Saint-Étienne), *Mudin* (de Chalade), *Gevrey* (de Civey), *Dauvin* (de Saint-Pol) et *Tiret* (de Lorient), sur diverses épidémies. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Lamotte (Isère), par M. le docteur *Baron* ; d'Évaux (Creuse), par M. le docteur *Tripier* ; de Balaruc (Hérault), par M. le docteur *Crouzet*. (*Commission des eaux minérales.*)

4° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. *Sanson* et *Charlier*, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *b*. Une observation d'opération césarienne *post mortem*, par M. le docteur *Domerc*. (*Comm.* : M. Devergie.) — *c*. Un mémoire intitulé : *La scarlatine au Péloponèse, et spécialement à Nauplie, en* 1858 *et* 1859, par M. le docteur *Bernard Ornstein*. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une lettre de M. *Aug. Mercier*, accompagnant l'envoi d'un exemplaire d'un ouvrage sur la *taille et la lithotritie*, par M. le docteur *Elias Bnialsky*, professeur d'anatomie à Saint-Pétersbourg. — *e*. Deux plis cachetés déposés, l'un par MM. *O. Henry fils* et *Doré*, l'autre par M. le docteur *Rivoire* (de Lyon). (*Accepté.*)

M. *Larrey* dépose sur le bureau le *Rapport fait à la Société de médecine de Versailles sur un monstre double autositaire*, né en cette ville le 21 mars 1861, par MM. les docteurs *Bérigny*, *Le Duc* et *Paul Dauvé*, rapporteur. (*Comm.* : MM. Larrey, Geoffroy Saint-Hilaire.)

M. *le Président* annonce que, mardi prochain, l'Académie se réunira en *comité secret*, immédiatement après la lecture de la correspondance, pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire sur les candidats pour la place vacante dans cette section.

*Discussion sur l'opération césarienne après la mort.*

M. *de Kergaradec* commence par se justifier des reproches que M. Depaul lui a adressés d'avoir communiqué à l'Académie un travail qu'il avait publié en 1846 dans la REVUE DE L'ARMORIQUE.

Revenant ensuite sur les propositions qui ont été discutées par M. Depaul, l'orateur maintient, contrairement à son contradicteur, que scientifiquement la limite où commence la viabilité peut être descendue au-dessous du cent quatre-vingtième jour, et il cite à l'appui cette phrase de Capuron : « Si l'enfant naît avant le cent quatre-vingtième jour du mariage, la viabilité est, sinon une preuve, du moins une très forte présomption contre sa légitimité ; car il n'est pas vraisemblable qu'il se développe et acquière assez de force pour être viable avant le sixième mois révolu. »

M. de Kergaradec trouve que ces termes expriment un doute plutôt qu'une dénégation formelle. Or, ajoute-t-il, dans le doute il faut agir ; c'est la base essentielle et le résumé de toute une doctrine.

Tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Depaul relativement à la circulation utéro-placentaire, M. de Kergaradec pense que peut-être, dans dix ans, dans vingt ans, les physiologistes, se fondant sur des expériences également concluantes, pourraient bien ne pas être du même avis. Il aurait donc désiré sur ce point, ainsi que sur plusieurs autres, plus de réserve de la part de M. Depaul.

Quant au laps de temps qui peut s'écouler entre la mort de la femme et celle du fœtus, M. de Kergaradec ne saurait accepter les limites trop étroites posées par M. Depaul. Il rappelle des observations de Riolan et de Gardien ; puis il donne quelques détails sur le fait qui lui est personnel. En 1807, dit-il, étant interne à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de Prat, on descendit un matin, entre neuf et dix heures, à la salle des morts, pour faire l'autopsie d'une femme enceinte décédée la veille. L'enfant, retiré de l'utérus, présentait une teinte fortement prononcée d'un rouge livide. Son développement était assez avancé, et pouvait correspondre au terme d'environ huit mois ; il ne cria point ; il ne parut point respirer ; mais de faibles mouvements des membres et des contractions plus prononcées des muscles de la face nous convainquirent tous qu'il conservait encore un dernier reste de vie. Pas un des assistants n'éleva le moindre doute à cet égard. C'est dans ces circonstances que je m'empressai de lui verser de l'eau sur la tête en prononçant les paroles sacramentelles. Il ne tarda pas à succomber.

M. Depaul s'étonne du silence que j'ai gardé sur l'application à l'espèce des importantes données que peut fournir l'auscultation. J'aurais bien quelque chose à dire sur la part un peu restreinte que me fait mon honorable adversaire dans la découverte du double battement fœtal. Mon amour-propre d'auteur, peut-être même, à un certain point de vue, ma propre considération, pourraient me faire désirer d'entrer dans quelques explications à cet égard ; mais je ne veux pas abuser des moments de l'Académie.

Je n'ai pas parlé de l'auscultation, parce que je n'ai pas dans ce moyen la même confiance que mon confrère.

Sans aucun doute, là où le signe se présente, la certitude de l'existence du fœtus est acquise, mais son absence est loin d'avoir la même valeur sémiologique.

M. de Kergaradec, se sentant fatigué, demande à l'Académie la permission de borner là ce qu'il avait à dire aujourd'hui. Il se réserve de reprendre la parole dans le cours de la discussion.

M. *Depaul*, répondant à un passage du discours de M. de Kergaradec, se plaît à reconnaître toute l'importance du travail publié par son honorable confrère, en 1821, sur l'auscultation obstétricale ; mais il ne saurait s'empêcher de dire que deux ans auparavant, M. Mayor (de Genève) avait découvert les bruits du cœur fœtal sur sa propre femme, qu'il auscultait dans le but de se rendre compte du bruit produit par les mouvements de l'enfant. M. Mayor a publié, à cette époque, le résultat imprévu de ses recherches.

M. *de Kergaradec* répond et affirme qu'il ignorait complétement cette particularité, quand il publia son mémoire sur l'auscultation obstétricale.

M. *Bouillaud*. L'observation de M. Mayor n'avait eu aucun retentissement ; elle n'était connue de personne en France, quand M. de Kergaradec publia son mémoire sur l'auscultation obstétricale. C'est à lui, à un Français, à un membre de cette Académie, que revient, sans conteste, l'honneur de cette précieuse découverte.

L'attribuer à M. Mayor, c'est comme si l'on refusait à Laennec le mérite d'avoir découvert l'auscultation du cœur, parce que Harvey avait signalé avant lui la perception de l'ouïe, des battements de ce viscère.

M. *Moreau* exprime une opinion conforme à celle de M. Bouillaud.

A la fin de la séance, M. Larrey met sous les yeux de l'Académie la figure en plâtre et en photographie, du monstre double autositaire observée à Versailles.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. BRIQUET.

FIÈVRE PUERPÉRALE.

M. *Briquet.* J'observe de nouveau à la Charité, une funeste constitution épidémique sévissant sur les femmes en couches. Vingt lits leur sont réservés dans mon service depuis quelques années. On voulait éviter la concentration de nombreuses femmes dans un même hôpital. L'essai parut d'abord réussir ; mais, au bout d'un an, la maladie commença à sévir.

La première femme atteinte le fut d'une façon en apparence légère, cependant elle succomba. La seconde résista moins que la première, et mourut aussi. Tel fut le sort de toutes les malades, successivement, sans exception.

On ferma la salle pendant un mois, et on blanchit les murs à la chaux. Mais aujourd'hui la maladie recommence à sévir ; la première malade a résisté longtemps, mais elle est morte après avoir langui.

Une seconde fut emportée en vingt-quatre heures. Depuis, toutes les malades ont succombé, après avoir présenté des caractères communs.

Enfin, aujourd'hui même, j'ai fait l'autopsie d'une femme morte en vingt-quatre heures, au troisième jour de son accouchement. Il existait une péritonite générale, du pus dans le bassin, dans les vaissseaux ovariens ; il n'existait, au contraire, rien d'appréciable à la surface intérieure de l'utérus. Ces faits malheureux et mes observations antérieures me font croire à une contagion s'exerçant dans ma salle seule et à l'exclusion de toutes les autres de l'hôpital.

M. *Sales-Girons* demande si l'on ne pourrait pas employer le coaltar si utile dans tout état putride de la surface cutanée.

M. *Briquet.* La surface intérieure de l'utérus ne présente souvent que des traces légères d'inflammation, quelquefois même aucune. C'est à peine si, chez une des femmes dont j'ai fait l'autopsie, elle offrait une teinte rosée au niveau des ouvertures des trompes utérines.

En quoi, par conséquent, le coaltar pourrait-il être avantageux? Il ne s'agit pas d'infection putride, mais de maladies dans lesquelles les liquides se changent en pus, sans aucune manifestation locale antécédente.

Pensant à l'infection putride, j'avais eu l'idée d'appliquer un appareil à irrigation continue, mais j'y renonçai à cause de la difficulté d'empêcher les linges d'être mouillés.

M. *Guibout.* Pendant mon internat à l'hôpital de Loursine, j'ai observé une épidémie chez les femmes en couches, pendant un tiers de l'année. La mortalité était considérable, malgré les soins les mieux donnés, et des accouchements bien faits. M. Huguier, mon chef de service, employa les antiphlogistiques de toute nature. Dans aucun cas, ils n'ont réussi, ainsi que l'ipécacuanha et les vésicatoires; de sorte que je ne crois pas qu'il faille concentrer son attention sur l'état d'un organe en particulier; la maladie était pour moi de nature infectieuse. M. Briquet n'a jamais trouvé, aux autopsies, de débris de placenta dans l'utérus. La cause morbide ne réside donc pas dans cet organe, mais me semble due à quelque chose qui nous échappe, et qui me fait leur donner le nom de fièvres essentielles.

Que faire ? Tout, hormis concentrer son attention sur l'état de l'utérus seul. Ne pourrait-on pas appliquer le traitement de certaines fièvres putrides, et, dans ce cas, le perchlorure de fer, administré à l'intérieur, ne réussirait-il pas?

J'ai traité, par ce médicament pris à la dose d'un gramme tous les jours, une femme âgée, atteinte de diarrhée, de muguet et d'accidents généraux. Le pouls reprit de l'ampleur, la diarrhée s'atténua. En somme, le perchlorure m'a paru donner un bon résultat.

M. *Duparcque.* J'ai bien vu réussir le traitement antiphlogistique dans la péritonite aiguë inflammatoire ; mais il a toujours échoué entre mes mains quand il s'est agi de péritonite puerpérale épidémique. L'huile essentielle de térébenthine me fut au contraire utile.

M. *Deville.* Je regrette d'entendre si souvent prononcer le mot inflammatoire ; en effet, je le déclare, jamais, depuis un an, les maladies ne m'ont paru revêtir la forme inflammatoire. Au contraire, il y a trente ans, les hommes de mon âge se le rappellent, toutes les affections présentaient ce type au plus haut point. On ne pouvait guérir une pneumonie que par les saignées coup sur coup; aujourd'hui, la saignée tue les malades.

M. *Guibout.* Je crois bien, en effet, que la constitution actuelle n'est pas inflammatoire ; mais, quant à la jugulation des maladies inflammatoires, je n'y crois pas. Jamais une pneumonie n'a pu être jugulée par les saignées, et je suis sorti de l'école de M. Bouillaud sans croire à leur action décisive.

M. *Deville.* Un médecin de quarante ans peut ne pas avoir vu ce qu'a constaté un médecin de soixante ans. Ainsi, quand on avait pratiqué jusqu'à trois saignées à un malade atteint de pneumonie inflammatoire, l'état s'améliorait, et, le septième jour, il était complétement guéri.

J'ai aussi suivi le service de M. Bouillaud, et, tandis qu'ailleurs je voyais durer jusqu'à six mois les rhumatismes articulaires aigus traités par les cataplasmes émollients et d'autres moyens palliatifs, chez ce professeur, un rhumatisme articulaire aigu, traité par les saignées répétées, résistait rarement au delà du vingt et unième jour.

Moi-même, j'ai employé avec succès le traitement par les saignées coup sur coup ; mais il est arrivé une époque où les succès diminuant, j'ai eu moins de confiance. Il y a quelques années même, j'avais employé sans succès les saignées chez un M. L..., atteint de rhumatisme articulaire aigu; et M. Bouillaud, que j'appelai en consultation, fut le premier à conseiller l'abstention de toute saignée.

M. *Géry.* A propos des péritonites puerpérales, j'ai entendu parler de débris du placenta, et je demande si leur rétention dans la cavité utérine est toujours aussi dangereuse qu'on le pense. Quant à moi, le pronostic varie beaucoup, suivant l'époque de la grossesse ; ainsi, dans le cas d'avortement aux troisième et quatrième mois, je n'ai jamais vu d'accidents graves suivre la rétention du placenta.

M. *Aug. Voisin.* Le fait d'observation que vient de nous signaler M. Géry, me semble pouvoir s'expliquer par l'état physiologique de l'utérus aux diverses époques de la grossesse. Dans les premiers mois, la surface intérieure de l'organe étant moins grande que dans les derniers, cela constitue une prédisposition moindre à l'absorption d'éléments putrides.

Quant aux maladies sévissant en ce moment sur les femmes en couches, j'ai eu, ces jours derniers, connaissance d'un fait assez rare : une jeune femme primipare, dans une position aisée, jusqu'alors d'une santé robuste, accouche sans accidents d'un enfant bien portant. La fièvre de lait avorte à peu près; les seins ne se gonflent pas, et, deux jours après, sans frisson initial, sans phénomènes graves indicateurs, elle tombe dans la prostration. Après trois jours passés dans cet état, le voile du palais, le pharynx, les voies aériennes, se couvrent de fausses membranes, ainsi que les parties génitales, et, sans aucune réaction, la jeune femme s'est éteinte dans l'adynamie la plus profonde.

M. *Bois de Loury.* Puisque la discussion dévie de son point de départ, voici un fait assez rare observé chez une jeune femme, dans une heureuse condition de fortune, huit jours après une couche normale. La santé paraissait si bien rétablie, à ce moment, à son accoucheur, qu'il promet sa prochaine visite pour un jour indéterminé. Elle répond qu'elle ne se sent pourtant pas bien ; le praticien l'examine de nouveau, sans rien trouver de particulier.

et il sort de l'appartement. Il n'avait pas encore descendu l'escalier de la maison, qu'il est rappelé en toute hâte. — Il accourt, la jeune femme était morte.

L'autopsie n'a pas été faite. Je connais d'autres observations de ce genre, et je me demande si ce ne sont pas là des cas de rupture lente du cœur.

M. *Worms*. Un mémoire récent a traité de ce genre de mort; mais, dans les autopsies qui ont été faites, on n'observe pas de ruptures du cœur.

M. *Chausit*. La duchesse de Nemours a succombé, on le sait, subitement au douzième jour de son accouchement. La mort fut attribuée, d'après l'autopsie, à la présence d'un caillot dans l'artère pulmonaire. Telle est peut-être la cause de ces morts subites chez les femmes nouvellement accouchées.

M. *Briquet*. J'ajoute peu de foi à l'altération de l'artère pulmonaire, et cela à propos du mémoire que nous a lu ici même M. Richelot. A ce sujet, en effet, j'ai cherché à m'assurer si la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire ne se fait pas chez tous les cadavres aussitôt après la mort. J'ai pu l'expérimenter sans inconvénient pendant une épidémie de choléra. Un peu après la mort, j'ouvrais les corps que j'avais eu soin de faire placer dans le décubitus dorsal horizontal. Chez tous les sujets, la fibrine surnageait au-dessus de la sérosité, bouchait l'artère pulmonaire et occupait une partie de l'oreillette droite.

J'en ai conclu que la présence de caillots dans l'artère pulmonaire était tout simplement due au niveau d'eau, et que ces oblitérations étaient du ressort de l'hydrostatique.

Les recherches m'ont encore donné la clef d'états anatomopathologiques que j'ai observés chez des fœtus ayant séjourné dans le ventre de leur mère un certain temps après leur mort.

La peau présente, en certains points, des ecchymoses énormes; les cavités séreuses renferment des collections sanguines qui pourraient faire croire à des violences exercées par la mère.

Il n'en est rien cependant; en effet, du moment qu'un fœtus mort reste dans l'utérus de sa mère, à une température de 38 degrés, le sang reste liquide et se porte vers les parties déclives, où il s'amasse et se collectionne.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 19 AVRIL 1861.

1° Discussion réglementaire;

2° De l'influence des appareils pulvérisateurs sur la sulfuration des eaux minérales;

3° M. de Pietra-Santa, des chemins de fer, question d'hygiène publique.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

FRACTURE INCOMPLÈTE DE L'AVANT-BRAS CHEZ UNE FEMME DE SOIXANTE ANS. — ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX DU PLI DU COUDE. — CANCROÏDE DE LA PEAU.

M. Boinet lit un rapport sur un travail relatif à un cas de *fracture incomplète de l'avant-bras avec courbure des os, observée chez une femme de soixante ans*, par M. Boniface (d'Anduze).

Cette femme travaillait au mois de décembre 1858 dans une papeterie, lorsque sa robe fut saisie par une mécanique; en voulant dégager sa robe, son bras fut entraîné par une courroie qui s'enroulait autour d'un arbre cylindrique d'un diamètre assez considérable. L'avant-bras et le bras furent ainsi entraînés, lorsque heureusement la courroie se dérangea. M. Boniface, appelé alors, trouva le membre extrêmement tuméfié : il existait une première fracture à 2 centimètres au-dessous du col chirurgical de l'humérus. A 4 centimètres au-dessous du coude, on trouve une autre fracture, mais incomplète, n'intéressant que les trois quarts postérieurs des os, tandis que les fibres osseuses du quatrième quart s'étaient pliées de manière à permettre une incurvation à angle. Entre cette seconde fracture et l'articulation radio-carpienne, on en trouve une troisième qui présente les mêmes caractères, mais sans déformation.

M. Boniface procéda à la réduction, et, en redressant le membre, il sentit un craquement osseux se produire. Comme le gonflement était considérable, il attendit huit jours avant d'appliquer un appareil dextriné. La guérison eut lieu, et il persista un peu de roideur pendant un certain temps.

M. Boinet, en discutant cette observation, a présenté quelques réserves qui sont parfaitement justifiées par les détails du fait, tels que les présente M. Boniface. Ainsi, selon le rapporteur, il serait fort difficile de constater sur un membre très tuméfié de pouvoir arriver à une telle précision; de pouvoir dire que les trois quarts postérieurs de l'os sont fracturés, tandis que le quart antérieur persiste avec ses fibres simplement incurvées. M. Boinet pense donc que l'on ne peut admettre ce fait comme démontrant la possibilité de la lésion qu'il indique chez un sujet âgé.

— M. *Richet* présente une pièce anatomique recueillie sur un malade qui était atteint d'*anévrysme artérioso-veineux du pli du coude*, consécutif à une saignée pratiquée par une sage-femme. On fit la compression digitale pendant vingt-six heures sur l'humérale, en même temps qu'on avait établi une compression directe sur la tumeur; mais on ne gagna que peu de chose ainsi : les battements cessèrent, mais la communication veineuse persistait. Du 9 février au 11 mars, on essaya divers appareils qui ne purent être supportés. Le 11 mars, M. Richet lia l'humérale, puis ouvrit le sac, le vida; mais une hémorrhagie très abondante avait lieu. On lia l'humérale d'abord; mais cela continua par le bout inférieur, malgré la compression des artères radiale et cubitale. Le 25 mars, hémorrhagie abondante. Le 27 mars, ligature de l'axillaire; mort le 31, d'une infection purulente, dont les premiers symptômes dataient du 22 mars.

A l'autopsie, on trouva une disposition assez curieuse des artères et de la tumeur : immédiatement au-dessous du point où les artères cubitale et radiale partaient de la tumeur anévrysmale, naissaient les artères récurrentes radiale et cubitale, de telle sorte que la ligature au bout inférieur devait être faite immédiatement à l'abouchement dans la tumeur, sinon le sang aurait été ramené immédiatement dans celle-ci. En outre, ce point d'abouchement correspondait exactement au point de bifurcation de l'humérale pour fournir les deux artères de l'avant-bras. Enfin l'artère humérale, à son origine au-dessous du point de l'axillaire, se divisait en deux branches, l'une formant le tronc principal, et l'autre venant s'anastomoser avec les artères récurrentes radiales.

Une discussion doit s'engager dans la prochaine séance sur la présentation de M. Richet.

— M. *Follin* présente un cancroïde développé dans les papilles muqueuses du derme.

---

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Des indications thérapeutiques dans certaines ophthalmies**, par M. le docteur DECONDÉ.

Nous empruntons à ce travail quelques préceptes que M. Decondé recommande vivement à l'attention des praticiens, comme étant le résultat d'une longue série d'expérimentations.

Relativement aux pommades, l'auteur fait remarquer que, plus le corps gras employé sera fluide, et pénétrera avec facilité dans l'œil, plus l'action sera générale et complète. Pour que l'intromission du corps gras produise tous ses effets, il faut encore une condition : c'est qu'après son dépôt sur l'œil ou entre les paupières, une friction soit faite sur le pourtour de l'œil, afin que le collyre pénètre partout, et soit mis en contact avec toutes les surfaces malades.

Les corps gras doivent toujours être préférés, comme collyres, aux solutions aqueuses. L'action en est plus durable, et ils sont moins rapidement entraînés par les larmes.

Les agents dont M. Decondé se sert de préférence, dans les cas de taies de la cornée, sont les suivants :

1° L'iodure de potassium, sous la forme suivante :

Pr. Iodure de potassium. . . . . . . 30 centigrammes.
Axonge.
Huile de foie de morue de chaque 4 grammes.

Mêlez. Gros comme un pois dans l'œil soir et matin : le soir, immédiatement avant de se coucher ; le matin, après s'être lavé les yeux.

2° L'huile de foie de morue avec un neuvième de laudanum liquide de Sydenham ou avec quelques centigrammes d'iodure de potassium, à instiller dans l'œil, soir et matin, à la dose de 6 à 7 gouttes, le patient étant couché. Le séjour du liquide dans l'œil doit être prolongé pendant cinq à dix minutes, et suivi d'une friction des paupières sur l'œil.

Dans les ophthalmies superficielles chroniques, lorsqu'elles ne sont pas dues à la cachexie scrofuleuse ou au lymphatisme exagéré, les ablutions de l'œil faites à l'eau froide, pendant un court instant seulement, et répétées trois ou quatre fois le jour, sont très efficaces. Chaque lotion froide ou chaque bain de l'œil est suivi d'une légère réaction, accusée par l'augmentation de la chaleur de l'œil, réaction qui avive la circulation et l'innervation, et amène la résolution.

Dans les inflammations aiguës, M. Decondé emploie rarement la saignée générale. Il ne prescrit jamais de sangsues derrière les oreilles, et il ne les fait appliquer aux tempes que lorsqu'il y est obligé par l'impossibilité de les appliquer aux narines. C'est ce mode d'application qui donne les résultats les plus avantageux. Une ou deux sangsues apposées à l'intérieur de la narine du côté malade, et placées successivement, produisent plus d'effet et un effet plus certain que dix appliquées à la tempe. Elles affaiblissent peu le patient, mais agissent directement sur l'œil affecté, qu'on voit pâlir et se détendre pendant toute la durée de l'écoulement sanguin, et comme cet écoulement se fait d'une manière lente, continue, et se prolonge souvent pendant longtemps goutte à goutte, l'effet en est profond et énergique. On peut y revenir itérativement, et répéter les applications sans risquer d'affaiblir autant que par des saignées locales faites ailleurs.

Jamais M. Decondé n'a vu un fait évident qui démontrât l'efficacité des révulsifs appliqués à la nuque. Il les considère comme nuisibles dans presque toutes les ophthalmies entachées de lymphatisme ou de scrofule; d'autre part, il faut, dit-il, être très prudent dans leur emploi contre les choroïdites chroniques, car j'ai vu, dans deux cas, le peu de vision qui restait encore s'effacer d'une manière soudaine sous l'influence de l'application d'un séton.

M. Decondé insiste beaucoup sur le mouvement du corps à l'air libre dans les ophthalmies chroniques. Cet exercice active le mouvement des paupières et de l'œil. En général, toute ophthalmie chronique qui n'est pas entretenue par une cause physique ou mécanique, l'est par un état de cachexie du patient. Le grand air, le mouvement soutenu, sans fatigue, combattent cet état corporel. Dans les inflammations chroniques profondes, l'exposition de l'œil au jour, dans un lieu ombragé, est presque toujours utile. Dans les affections chroniques et superficielles, elle n'est pas seulement utile, elle est indispensable; et ici ce n'est pas seulement une lumière obscure et sombre qu'il faut, mais une lumière vive et dans tout son éclat.

« Plusieurs de nos collègues, dit M. Decondé, ont pu constater les remarquables effets que nous obtenons, dans le traitement des ophthalmies lymphatiques et scrofuleuses à tous les degrés inflammatoires, de l'exercice en plein air et même en plein soleil. Plus la photophobie est intense, plus nous insistons sur l'exposition au grand air et au soleil. Si le patient craint de s'y exposer, nous l'y amenons par gradation ; nous choisissons un lieu à l'ombre, près d'un endroit vivement éclairé; nous l'engageons à y tenir les yeux ouverts; ceux-ci s'habituent bientôt à cette lumière, et se trouvent ainsi déjà renforcés. De l'ombre le patient passe bien vite à l'endroit éclairé ; il éprouve d'abord une gêne très prononcée, qu'il finit par surmonter; et dès lors sa maladie est enrayée, et elle ne cesse de s'améliorer sous la continuation de cette pratique hygiénique. » (*Archives belges de médecine militaire*, janvier 1861.)

## VI

## VARIÉTÉS.

M. le docteur de Pietra-Santa nous a adressé une lettre dans laquelle il exprime le regret que, dans un travail récent de M. Briau sur la pulvérisation des eaux minérales (*Gazette hebdomadaire*, n° 14 et 15), il n'ait pas été fait allusion à des expériences qu'il aurait entreprises en septembre 1860, et qui font la base d'un mémoire présenté le 26 mars dernier à l'Académie de médecine (*Gazette hebdomadaire*, n° 14 et 15). M. Briau, à qui nous avons communiqué cette lettre, se rappelle avoir entendu M. Pietra-Santa parler d'un projet d'expériences et non d'expériences réalisées. Il fait remarquer, d'ailleurs, que le travail de son confrère et le sien diffèrent entièrement de but et de résultats. A. D.

— M. Claude Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre de son cours de médecine au Collége de France, vendredi prochain 19, à midi, et le continuera le mercredi et le vendredi, à la même heure.

— M. Noël Gueneau de Mussy commencera un cours de clinique et de thérapeutique appliquée, le mercredi 17 avril, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre n° 3 de la Pitié, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

La visite des malades aura lieu à huit heures et demie.

— Dans sa séance du 8 avril, la Société d'hydrologie médicale de Paris a reçu cinq démissions : celles de M. Mélier, président; de M. Gerdy, vice-président; de M. Le Bret, secrétaire des séances; de M. Désormeaux, membre titulaire, et de M. Fauconneau-Dufresne, membre associé libre.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, avait mis au concours la question : *Des effets de la culture sur les plantes médicinales*. Elle a accordé, à titre d'encouragement, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à M. Millet (de Tours), et une autre, de même valeur, à M. Léon Marchand (de Paris).

— L'Assemblée générale annuelle de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, a eu lieu le 27 mars, dans la salle de l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Labélonye.

Les lauréats ont été proclamés par le président dans l'ordre suivant :

Première divisioin. — Premier prix (*ex æquo*) : M. Finance, élève chez M. Millot; M. Blondeau, chez M. Saint-Genez. — Mention honorable, avec livres, M. André, chez M. Fourret. — Mentions honorables : M. Caron, chez M. Coquil; M. Van Ballemberghe, chez M. Faucher.

Deuxième division. — Premier prix : M. Peschier, élève chez M. Schaeuffèle. — Deuxième prix (*ex æquo*) : M. Noizet, chez M. Bouhaire; M. Duportail, chez M. Marcotte; M. Ingrand, chez M. Bourrières.

Troisième division. — Premier prix (*ex æquo*) : M. Grousseau, élève chez M. Duroy; M. Tireau, chez M. Taborel. — Deuxiéme prix (*ex æquo*): M. Grehan, chez M. Vervaest-Béranger; M. Luquet, chez M. Sinval. — Troisiéme prix : M. Boisredon, chez M. Moulin. — Mentions honorables : M. Queruel, chez M. Coquil; M. Langlet, chez M. Dubrac.

— Un décret royal du 13 janvier organise une commission chargée d'étudier les conditions hydrauliques et physiques des maremmes de Toscane et de Sardaigne, et de faire un préavis sur les travaux utiles à l'amélioration de ces provinces.

— On a créé à Asti, un hôpital ophthalmique succursal de l'armée, à la tête duquel est le docteur Francesco Mariano, médecin divisionnaire de 2e classe, avec un médecin de régiment de 1re classe, quatre de bataillon (un de 1re et trois de 2e classe), et deux pharmaciens, l'un de 1re et l'autre de 3e classe.

— M. le docteur Giniez vient de succomber à une courte maladie, à l'âge de cinquante-neuf ans. M. Giniez, ancien chef de clinique et secrétaire du professeur Delpech (de Montpellier), avait pris part à plusieurs concours pour l'agrégation à l'École de Paris.

— Le docteur Pucelle vient de mourir à Lille.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 26 AVRIL 1861. N° 17.


### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.


I. **Paris.** Académie de médecine : Discussion de l'opération césarienne *post mortem*. — Douches sulfureuses contre l'hypertrophie des amygdales. — Société de biologie : A quel temps des mouvements du cœur a lieu la diastole ventriculaire. — De la rhinoscopie ou examen direct de la cavité naso-pharyngienne à l'aide du miroir. — II. **Travaux originaux.** Exploration de l'espace naso-pharyngien. — Considérations historiques et pratiques sur l'éléphantiasis de la vulve, à propos d'un cas observé à Saint-Lazare dans le service de M. Clerc. — III. **Histoire et critique.** Des cysticerques de ténias chez l'homme. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents. — Sur les affections syphilitiques du système nerveux. — Quelques considérations pratiques sur les pneumonies asthéniques. — De l'anasarque albuminurique scarlatineuse. — VI. **Bibliographie.** Half-Yearly Abstracts of the Medical Science. — Bulletin bibliographique des sciences physiques, naturelles et médicales. — VII. **Variétés.** Sénat.


## I

Paris, le 25 avril 1861.

*Académie de médecine :* DISCUSSION SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem*. — DOUCHES SULFUREUSES CONTRE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES. — *Société de biologie :* A QUEL TEMPS DES MOUVEMENTS DU CŒUR A LIEU LA DIASTOLE VENTRICULAIRE ? — DE LA RHINOSCOPIE OU EXAMEN DIRECT DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE A L'AIDE DU MIROIR.

Dans le comité secret qui a eu lieu mardi à l'Académie de médecine, la section de médecine vétérinaire a présenté son rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section. Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : *En première ligne*, M. Raynal ; *en seconde ligne*, M. Sanson ; *en troisième ligne*, M. Charlier. La nomination de M. Raynal paraît assurée, et M. Sanson lui-même, en faisant acte de candidature, a laissé suffisamment entendre qu'il n'avait d'autre ambition que de prendre rang pour l'avenir. A une élection prochaine, nous aurons probablement à dire de lui ce que nous disons aujourd'hui de M. Raynal.

Sur la question de l'hystérotomie, un seul orateur a été entendu. C'est un membre associé, l'honorable M. Trébuchet. Etranger à la science médicale, M. Trébuchet est, en revanche, très versé dans toutes les questions de législation et de police médicales. On l'a bien vu mardi. Son discours est un chapitre de jurisprudence. Un médecin, mis dans le cas de pratiquer une opération césarienne *post mortem*, trouverait là de quoi apprécier la situation que l'opération va lui faire devant la loi et l'autorité ; mais, en même temps, il faut le reconnaître, il ne serait peut-être pas parfaitement rassuré. M. Trébuchet, en effet, apporte en cette matière l'esprit qui est particulier à la plupart des commentateurs de textes, cette finesse aiguë et subtile qui sait trouver dans un mot, dans une date, dans un rapprochement d'articles, toutes sortes de sujets de doute ou d'inquiétude. Si l'instinct lui suggère de repousser, avec M. Devergie et M. Tardieu, toute modification aux dispositions de l'article 77 du Code civil et des règlements de police, le raisonnement lui montre ces mêmes dispositions, ces mêmes règlements, comme autant d'engins suspects, capables de susciter au médecin les plus graves tribulations. L'orateur se trompe évidemment en un sens. La loi ne suffit-elle pas à couvrir le médecin, il faut la modifier ; suffit-elle au contraire, quelle raison de la craindre ?

A nos yeux, c'est l'instinct de M. Trébuchet qui l'inspire le mieux. Non, une opération qui a sa place en chirurgie, qui a ses règles, qu'on pratique plus ou moins souvent sur la femme vivante, qui est exécutée par le médecin lui-même, qui a enfin pour objet de sauver la vie à un enfant, ne peut être assimilée au moulage de la face ou à l'ensevelissement, et ne peut être dès lors soumise aux mêmes restrictions. S'il en était ainsi, l'arrêté du préfet, qui fait une obligation de l'opération césarienne, serait une illégalité flagrante. En vain l'orateur fait-il remarquer que l'autorité a le droit de retarder ou d'avancer, pour cause d'urgence, l'inhumation. Les dispositions qui interviennent alors sont temporaires comme les circonstances qui les ont rendues nécessaires, tandis que l'arrêté du préfet consacre un droit et prescrit un devoir permanents. S'ensuit-il que l'opération césarienne *post mortem* ne doive jamais donner lieu à des poursuites ? Non, assurément, et M. Trébuchet a supposé aisément un cas où l'autorité devrait intervenir ; mais ce cas n'est pas d'une nature spéciale ; il est analogue à une foule d'autres qu'on peut rencontrer dans la pratique médicale ; et, s'il entraînait la condamnation, ce ne serait pas en vertu des lois et règlements relatifs aux inhumations, mais en vertu de dispositions générales qui atteignent les délits communs.

Ce discours de M. Trébuchet, remarquable par la clarté de l'exposition et l'enchaînement des idées, a pour nous un côté excellent. Il ne conclut pas de tous points au *statu quo ;* il veut que l'Académie vienne en aide au médecin, et lui prête le secours de son autorité et de ses lumières ; il veut aussi que l'arrêté du préfet de la Seine soit étendu à tout

l'empire. Ce sont des vœux auxquels nous nous associons de toutes nos forces.

Nous avions dit, au sujet du baptême, qu'il suffisait, sans doute, dans les cas urgents, d'injecter l'eau sur les membranes de l'œuf à travers le col utérin. M. Huzard a raconté qu'un curé de Fourqueux, ayant administré le baptême sur les parois abdominales de la mère, fut approuvé par l'évêque de Versailles.

La séance s'est terminée par un excellent rapport de M. Blache sur un travail de M. Lambron relatif à l'hypertrophie des amygdales, et à leur traitement par les douches d'eaux thermales sulfureuses. Ce moyen thérapeutique avait été proposé à M. Lambron par M. Blache lui-même, et les résultats paraissent avoir été conformes, dans une certaine mesure, aux prévisions de l'honorable rapporteur.

On trouvera au compte rendu de la séance quelques remarques de M. Fontan, qui revendique la priorité pour l'emploi des douches thermales sur la gorge, *intus et extra*, contre l'hypertrophie tonsillaire. A. Dechambre.

—Dans la dernière séance de la Société de biologie, M. Beau, médecin de l'hôpital de la Charité, a fait une communication intéressante sur un point particulier de la physiologie des mouvements du cœur. Après avoir exposé l'état de la science sur le sujet en question, M. Beau a cherché à établir que la diastole ventriculaire n'a pas lieu au second temps du cœur, comme on l'a admis, mais bien au premier temps. Lorsque les ventricules, en se contractant, se sont vidés du sang qu'ils contenaient, ils resteraient vides jusqu'au moment où ils recevraient l'ondée sanguine lancée par la contraction des oreillettes. Alors, et alors seulement, aurait lieu leur diastole, suivie immédiatement de leur systole. La succession de ces deux actes est si rapide, et ils sont tellement enchaînés l'un à l'autre, que M. Beau propose de les indiquer par une seule dénomination, celle de diastosystole. A l'appui de sa manière d'envisager la diastole ventriculaire, M. Beau a montré à la Société les mouvements du cœur sur des grenouilles, sur une tortue et sur une anguille.

On a discuté longtemps la question de savoir si la diastole ventriculaire est active ou passive. Il est évident que si, comme l'admet M. Beau, la diastole ventriculaire n'a lieu que sous l'influence de la contraction de l'oreillette, cette dilatation est nécessairement passive. De plus, les oreillettes aux parois desquelles bien des auteurs n'ont accordé que de faibles contractions, se contracteraient au contraire avec une grande énergie pour produire l'ampliation des ventricules.

La communication de M. Beau a été suivie d'une courte discussion. M. Marey a déclaré que, si l'on pouvait admettre que les choses se passent chez les animaux présentés à la Société comme M. Beau l'admet, cela n'impliquait pas qu'il en fût de même chez les mammifères. Chez les mammifères, en effet, les ventricules commencent à se remplir pendant l'intervalle de temps séparant la contraction ventriculaire de la contraction auriculaire qui recommence une nouvelle révolution du cœur, et l'ondée auriculaire ne fait que compléter la diastole ventriculaire. Faisant allusion ensuite à un point de la communication de M. Beau, M. Marey dit que, pour lui comme pour la plupart des auteurs, le choc de la pointe du cœur coïncide bien avec la systole ventriculaire. M. Gubler combat aussi les affirmations trop absolues de M. Beau, relativement à l'époque où se fait la diastole ventriculaire, et il insiste sur le moment du choc qui, pour lui, coïncide avec la systole des ventricules. M. Beau répond que la question du moment du choc cardiaque est tout à fait secondaire dans sa communication, et qu'il a voulu s'en tenir à un seul fait, celui du temps auquel il faut placer la diastole ventriculaire. Il nie avec énergie qu'il y ait une diastole ventriculaire au second temps, et répète que c'est exclusivement au premier temps qu'elle a lieu. Lorsqu'on coupe la pointe du cœur chez une grenouille, c'est uniquement au moment où la contraction de l'oreillette lance une ondée de sang dans les ventricules que l'on voit le sang sortir par l'ouverture.

M. Martin-Magron pense que la question du synchronisme du choc, quoique laissée sur un second plan dans la communication qui vient d'être faite, est cependant liée très étroitement au point traité tout spécialement par M. Beau; aussi, et en raison de l'importance de cette question, il demande avec lequel des deux actes concourant à former la diasto-systole M. Beau fait coïncider le choc de la pointe du cœur. M. Beau, tout en reconnaissant qu'il y a là une difficulté assez grande pour l'observateur, n'hésite pas à dire que, dans son opinion, c'est avec la diastole ventriculaire que coïncide le choc.

La question traitée par M. Beau devant la Société de biologie a une grande importance au point de vue de la physiologie; elle n'offre pas moins d'intérêt au point de vue du diagnostic des affections valvulaires du cœur. Aussi nous pensons que la discussion n'en restera pas là, ou pour mieux dire, que de nouveaux faits seront produits de part et d'autre, car il s'en faut bien encore que la lumière soit complétement faite sur ce sujet des mouvements du cœur, malgré le nombre et la valeur des travaux qu'il a fait naître. Nous aurons donc l'occasion de revenir sur les expériences de M. Beau. Nous nous bornerons aujourd'hui à quelques remarques. Chez les grenouilles, lorsque les mouvements ont leur degré normal d'énergie, il n'y a diastole ventriculaire qu'au moment de la contraction des oreillettes; mais il faut bien observer que, chez ces animaux, dans ces conditions, les mouvements de chaque cavité du cœur ont une certaine lenteur et que la systole ventriculaire est à peine terminée que les oreillettes se contractent, de telle sorte qu'il n'y a pas de repos du ventricule, repos pendant lequel pourrait avoir lieu un afflux de sang par *vis a tergo*, avant la contraction des oreillettes. Or, en est-il de même lorsqu'on ralentit les mouvements du cœur chez la grenouille? Et surtout, en est-il de même chez les mammifères, chez lesquels les mouvements sont plus brusques. Chez les grenouilles soumises à l'influence de la digitaline? Il est facile de se convaincre que l'afflux du sang dans le ventricule peut précéder la systole auriculaire, laquelle achève la diastole ventriculaire. Quant aux mammifères, pour peu qu'il y ait un moment de relâchement des parois ventriculaires, pendant le grand silence, il doit aussi y avoir afflux de sang dans les ventricules; car, comme l'ont dit bien des auteurs et comme le rappelait M. Gubler, quelles sont les conditions qui s'opposeraient à ce qu'il y eût afflux de sang dans ce cas? M. Beau a comparé les mouvements du cœur des mammifères à ceux des grenouilles; mais s'il y avait une ressemblance complète entre ce qui a lieu chez les mammifères et ce que l'on voit sur les grenouilles, dans les conditions où les mouvements de leur cœur ont été montrés à la Société de biologie, comment M. Beau pourrait-il expliquer la possibilité de la seule diastole ventriculaire qu'il admet au second temps, celle qui coïnciderait avec une insuffisance des valvules sigmoïdes ou semi-lunaires? Les ventricules se trouvant contractés, et leurs cavités étant effacées

jusqu'au moment de la contraction ventriculaire, comment le sang y pénétrerait-il par l'hiatus de l'insuffisance?

Ainsi, il est prouvé que, chez les grenouilles, la diastole ventriculaire peut se faire, au moins en partie, sans le concours de la contraction auriculaire. Au fait que nous avons cité, nous pourrions ajouter un autre fait rapporté par M. A. Moreau (*Soc. de biol.*, 1856, p. 207). Cet expérimentateur, en insufflant de l'air par une veine dans la cavité des oreillettes, a pu les immobiliser pendant plusieurs heures, et voir persister malgré cela les mouvements alternatifs de dilatation et de contraction du ventricule. Il est probable que chez les mammifères, la diastole ventriculaire peut se faire aussi, en partie du moins, indépendamment de la contraction des oreillettes. C'est ainsi seulement que l'on peut s'expliquer les faits cliniques analogues à ceux qu'a rapportés M. Hérard, et dans lesquels un bruit de souffle au second temps était produit par un rétrécissement de l'orifice mitral. (Voir le mémoire de M. Hérard, *Arch. gén. de méd.*, 1853, et la discussion de la Soc. des hôpitaux, *Union méd.*, novembre 1853.)

Quant à la question du choc de la pointe du cœur, comme M. Beau n'y a pas insisté, nous nous réservons d'en parler lorsqu'elle sera de nouveau abordée au sein de la Société de biologie. V.

— Grâce à l'activité scientifique qui caractérise notre époque, les travaux sur l'exploration du larynx se multiplient singulièrement. L'importante monographie du docteur Czermak avait déjà chez nous vulgarisé le sujet; M. le docteur Türck (de Vienne) vient, à son tour, de publier un mémoire étendu sur la laryngoscopie (1): ces deux œuvres, traduites en français, sont désormais à la portée de tout le monde. Mais, *indépendamment de ces deux traités dogmatiques*, il existe beaucoup d'autres documents moins étendus, mais qui méritent d'être connus. Les médecins ne sont pas les seuls qui aient mis la main à l'œuvre; les artistes, qu'intéresse particulièrement la fonction d'un organe qui fait leur renommée et leur fortune, interviennent à leur tour. Témoin M. Garcia et notre célèbre chanteur M. Battaille, transfuge de l'art d'Esculape, et qui, à ce titre, jouit d'une double compétence.

Quant aux praticiens qui appliquent au diagnostic et au traitement le nouveau mode d'exploration, ils sont déjà si nombreux qu'on s'exposerait à en omettre si l'on essayait d'en faire l'énumération. Depuis plus d'un an, la Société des médecins de Vienne a reçu des communications réitérées sur cette question, et certaines feuilles allemandes renferment un grand nombre d'articles relatifs aux diverses applications du laryngoscope. En France, nous suivons le courant, et plusieurs médecins, parmi lesquels je citerai MM. Mandl, Tavernier, Moura-Bourouillou, ont introduit dans la pratique la nouvelle conquête.

Il serait utile de résumer bientôt tous ces matériaux, et nous espérons que quelqu'un voudra bien se charger de la tâche.

En prenant, pour notre propre instruction, connaissance de ces divers essais, nous avons particulièrement remarqué une application spéciale à la chirurgie, et qui nous a d'autant plus intéressé que nous avons étudié avec prédilection les affections du pharynx et surtout ces terribles polypes fibreux, dits naso-pharyngiens, qui s'insèrent à la voûte du pharynx et des fosses nasales. Les opérations nombreuses qu'on oppose à cette redoutable maladie ne sont efficaces qu'à la condition de détruire le mal jusqu'à sa racine et d'atteindre le sol même où germent ces furieux parasites. Mais il est toujours difficile au fond d'une cavité anfractueuse, d'explorer directement le lieu d'implantation; c'est pourquoi il est très malaisé de reconnaître un polype naissant ou une récidive au début. On n'a pas moins de peine à savoir si l'éradication qu'on a tentée a été réellement *radicale*. Aussi tout le monde comprendra sans peine quels avantages on tirerait d'un procédé susceptible de faire voir *avec les yeux* la région qui donne insertion au pédicule.

En soulevant le voile du palais et en retournant le miroir laryngien de façon à diriger en haut sa surface de réflexion, on peut examiner la partie supérieure du pharynx, l'ouverture postérieure des fosses nasales, le bord libre de la cloison, les orifices évasés des trompes d'Eustache, etc. C'est cette exploration imaginée, et mise en pratique par M. Czermak le premier, qui porte le nom de *rhinoscopie*.

Il suffit d'avoir énuméré les diverses parties que montre le miroir renversé pour indiquer que les applications ne sont pas bornées à une seule affection, c'est-à-dire aux polypes naso-pharyngiens. Le diagnostic étiologique si obscur de certaines épistaxis rebelles, de l'ozène, de quelques coryzas chroniques pourrait en être singulièrement éclairé. La chirurgie auriste elle-même en tirera certainement de grands profits, et déjà les essais de MM. Wilde et Dauscher ont fait sortir cette prévision du champ de l'hypothèse. En un mot il y a là un vrai filon à suivre.

La rhinoscopie a déjà été étudiée par plusieurs chirurgiens, d'abord par M. Czermak, puis par MM. Stœrk, Wilde, Dauscher, Türck, Semeleder et d'autres. Des occupations diverses ne nous laissent pas le loisir de colliger tous les renseignements et d'en faire une compilation. Cependant nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur offrant un spécimen que nous avons choisi parmi les autres comme le plus capable peut-être d'éveiller leur curiosité et de susciter leurs recherches.

Nous donnons donc plus loin la traduction littérale d'un petit mémoire, fort intéressant de M. Semeleder. A ceux qui nous reprocheraient d'être incomplet, nous répondrons que nous avons voulu seulement faire un article de journal et non une monographie, pas même un inventaire de l'état actuel de la science.

Ar. Verneuil.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

Exploration de l'espace naso-pharyngien. — (*Untersuchung des Nasenrachenraumes*), par M. Semeleder, médecin en second de la troisième division chirurgicale de l'Hôpital général de Vienne. — (*Zeitschrift der Kaiserl. Königl. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 19, p. 289.)

Il y a à peu près deux ans que j'eus l'occasion de communiquer au monde médical les premiers résultats pratiques du laryngos-

(1) *Méthode pratique de laryngoscopie*, par le docteur Türck, médecin en chef de l'Hôpital général de Vienne, édition française publiée avec le concours de l'auteur, Paris, J.-B. Baillière, 1861, in-8 de 120 pages, avec planches. — Nous signalons à nos lecteurs cette monographie recommandable, qui contient, avec des documents historiques, des indications précieuses sur le mode d'emploi du spéculum laryngo-pharyngien et un appendice sur la rhinoscopie. L'auteur nous annonce prochainement le complément de cette instruction technique, c'est-à-dire une traduction française de ses *Recherches cliniques sur les maladies du larynx*. C'est une bonne nouvelle que nous transmettons immédiatement à nos confrères.

cope (1). Je puis aujourd'hui rapporter une application plus neuve et, jusqu'à un certain point, plus intéressante encore du même instrument, je veux parler de l'examen de l'espace naso-guttural.

Dans le premier mémoire du professeur Czermak (2), on trouve déjà le passage suivant : « Je note, en passant, qu'à l'aide du petit » miroir à long manche de Garcia, on pourra explorer la surface » postérieure du voile du palais, si on tourne en haut au lieu de la » tourner en bas sa surface de réflexion, et que si même on porte » cette dernière plus en haut et en avant, on pourra examiner » les narines postérieures ou arrière-narines (*Choanen*) (3), l'ori- » fice des trompes et la voûte du pharynx. » Cette assertion fut mise en doute et attaquée à l'aide de raisons anatomiques; cependant elle fut maintenue avec la fermeté d'une conviction inébranlable par M. Czermak, dans son excellent ouvrage (4), puis appuyée par la démonstration.

Il faut ajouter que M. le docteur Voltolini, de Falkenberg (Haute-Silésie), a confirmé, par sa propre observation, la donnée de M. Czermak, sur l'exploration de l'espace naso-guttural avec le laryngoscope, et que, d'après une communication de M. Gruber (5), déjà W. R. Wilde employait le miroir pour l'examen du pavillon de la trompe.

Je ne connais rien de plus sur la valeur pratique de ce mode de recherche, à l'exception d'une communication orale de mon très honoré ami le professeur Czermak.

Bientôt après fut transporté, dans la section chirurgicale de l'Hôpital général, un malade qui disait avoir subi à la campagne, pendant le mois de décembre précédent, la ligature d'un polype de la gorge. Sans anticiper sur la publication ultérieure de ce fait, je me permettrai quelques remarques (6).

Lors de la réception du sujet, on voit saillir, en dehors de la narine gauche, une tumeur d'un rouge livide, emplissant presque complétement la fosse nasale. La narine droite paraît normale; la respiration est très difficile par les deux fosses nasales.

Le doigt introduit dans l'espace naso-pharyngien reconnaît une production arrondie lobulée du volume d'une noix de Turquie. Le bord postérieur de la lame horizontale des os palatins et la partie inférieure de la cloison étaient libres, mais cette dernière était repoussée vers le côté droit, de sorte que l'arrière-narine gauche était beaucoup plus large que la droite.

On ne put décider jusqu'à quel point le polype était pédiculé, et si le pédicule partait de la cavité nasale ou de la base du crâne.

Ce fait me donna l'occasion d'examiner la proposition de M. Czermak et de mettre le laryngoscope en usage. Avec un instrument improvisé que M. Czermak décrit comme spatule palatine, je pénétrai derrière le voile du palais qui pendait mollement. Je le renversai en avant en le repoussant aussi en haut.

J'introduisis alors le laryngoscope préalablement chauffé, et la surface réfléchissante tournée en haut et en avant; aussitôt je reconnus la forme et la couleur du polype dont l'existence m'était déjà démontrée (7). Je répétai bientôt l'examen sur le cadavre, sur un autre malade du service et sur moi-même, et pus faire provisoirement les remarques suivantes :

L'emploi de la spatule palatine est en moyenne facilement supporté, l'application du miroir à la paroi postérieure du pharynx, se comporte comme celle du laryngoscope. Les mouvements de la langue, qui sont rarement un obstacle, sont en tous cas les mêmes que dans l'examen du larynx. En outre, le manche du miroir sert moins souvent à déprimer la langue.

En somme, cette exploration est plus tolérable que celle du larynx, d'après ce que j'ai observé sur moi-même et sur les malades.

Les bornes de l'espace que l'on peut reconnaître par ce moyen sont les suivantes :

En haut, le corps du sphénoïde; en arrière, la partie basilaire de l'occipital et la première vertèbre cervicale; latéralement, les apophyses ptérygoïdes et les orifices des trompes d'Eustache avec leur renflement; en avant, les narines postérieures limitées par les os palatins, les ailes internes des apophyses ptérygoïdes et le vomer; dans les arrière-narines, les cornets et les méats. La paroi inférieure manque; elle est formée passagèrement par le voile du palais, lorsque celui-ci se porte en arrière dans les mouvements de déglutition.

En ce qui touche l'efficacité de ce procédé, je dirai que les narines postérieures, la cloison et la partie moyenne de la face supérieure du voile du palais sont faciles à voir. La partie inférieure des narines postérieures, le plancher des fosses nasales, le méat inférieur, par conséquent dans notre cas le contour déclive du polype, sont au contraire masqués par le voile du palais replié sur lui-même et soulevé en haut. Les parties supérieures de l'espace naso-pharyngien sont toujours faciles à reconnaître. On voit moins bien les parties latérales, par conséquent les orifices des trompes, et très incomplétement la paroi postérieure.

Si l'on peut employer un grand miroir, l'examen est *naturellement* facilité, car on s'oriente mieux quand on voit plus de parties à la fois. Du reste, la figure reproduite dans l'ouvrage de M. Czermak (p. 32) est assez facile à saisir pour que je me contente d'y renvoyer.

A l'état normal, la cloison des fosses nasales, à sa partie inférieure, paraît d'un blanc jaunâtre; en haut, où elle s'élargit, elle est rouge comme la muqueuse pharyngienne; les parois latérales et postérieure de la cavité naso-pharyngienne ainsi que les cornets sont d'un jaune rougeâtre, les méats figurent une ombre dans l'image.

Pour l'éclairage du miroir, je me sers de la lumière artificielle ou de la lumière naturelle, ou enfin de la lunette à éclairer qui, comme cela a été indiqué ailleurs, peut être utilisée à l'éclairage et à l'examen du larynx, du conduit aérien (à travers la canule, après la laryngotomie), des fosses nasales, du conduit auditif externe, etc.

En ce qui concerne la position du miroir, il découle de soi-même que, plus le miroir est perpendiculaire, plus l'image des parties antérieures est évidente, que lorsqu'il se rapproche au contraire de l'horizontale il éclaire et montre mieux les régions supérieure et postérieure. Dans cette dernière situation, il donne aussi l'image des narines postérieures, mais en raccourci, et non naturelle par conséquent.

Plus le miroir peut être porté en haut et verticalement, mieux il montre les parties antérieures, mais on ne pourrait apercevoir la

(1) *Zeitschrift der Kaiserl. Königl. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1858, n° 28.

(2) *Ueber Garcia's Kehlkopfspiegel* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1856, n° 16, Beilage).

(3) Le terme d'*arrière-narines* est employé en français dans deux sens différents. Il signifie à la fois l'orifice postérieur des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx, c'est-à-dire la cavité naso-pharyngienne. De là une certaine confusion dans le langage. Les Allemands ont un mot particulier pour désigner l'orifice infundibuliforme postérieur des fosses nasales : c'est toute la portion de la cavité qui répond à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et à l'os palatin. Le terme de *Choane*, qui signifie *infundibulum-entonnoir*, est très bien choisi, car il rappelle la forme de cette région. Le terme de *narines postérieures*, qui pourrait servir à le traduire, est moins heureux. Il est pourtant préférable à celui d'*arrière-narines*, pour le motif que nous donnons plus haut. (*Note du traducteur.*)

(4) *Der Kehlkopfspiegel*, Leipzig, 1860, 31-35.

(5) *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1858, n° 16, Beilage.

(6) Le fait ici mentionné se trouve dans le *Wiener mediz. Wochenschrift*, 28 août 1860.

(7) Le texte renferme ici une figure qui donne l'image du polype telle qu'elle est fournie par le miroir, c'est-à-dire renversée de droite à gauche. On y voit la tumeur du volume d'une petite pomme d'api se terminant en haut par un pédicule qui, je crois, a été représenté un peu idéalement : il est cylindrique, long de 5 à 6 millimètres, large d'un centimètre, vertical, à peu près médian, incliné légèrement vers la gauche.

Le corps du polype masque la cloison, l'orifice de la fosse nasale gauche complétement et incomplétement celui de la fosse nasale droite. De ce côté on voit encore une fente verticale étroite qui conduit dans la cavité nasale, enfin en dehors l'extrémité postérieure des cornets.

Je n'ai pas cru nécessaire de reproduire cette figure, qui, d'après l'auteur lui-même, n'est pas d'une ressemblance rigoureuse, et qui, d'ailleurs, représentant un cas particulier, ne se représenterait plus la même dans un autre cas. A propos de l'image prise sur le miroir, M. Semeleder nous avertit qu'elle est plus grosse que nature, et qu'en général elle ne donne pas les dimensions véritables. L'image réfléchie ne pourrait être rigoureusement égale à celle de l'objet que si les axes homologues de celui-ci et du miroir étaient parallèles. Un peu plus loin se rencontre une seconde figure destinée à montrer de face et de profil l'instrument destiné à soulever le voile du palais (*Gaumen-spatel*) : c'est une spatule mince de 5 à 6 pouces de long, coudée à la fois sur le plat et latéralement; elle est élargie à ses deux extrémités, dont l'une sert de manche.

La représentation de cet instrument m'a paru superflue, parce que chacun pourra se le figurer et même le construire dès qu'il comprendra son usage. (*Note du traducteur.*)

région antérieure et inférieure, c'est-à-dire le bord déclive des narines postérieures, que si le voile du palais était complétement retourné en avant, ce qui n'est pas praticable, avec la spatule palatine, telle qu'elle est actuellement conformée.

D'après mon expérience, encore limitée, je conseillerais de procéder à cet examen de la manière suivante :

Le sujet est assis en face du médecin, le dos tourné vers la source de la lumière, et à une hauteur telle que l'œil de l'observateur se trouve au même niveau que la luette du patient; il ouvre la bouche aussi largement que possible, respire lentement et avec calme, mais pas trop profondément, déprime de son mieux la langue sortie de la bouche; pour cela il saisit, avec un mouchoir entre le pouce et l'index, la pointe de l'organe qui dépasse les lèvres, et, de cette façon il aplatit la langue et la fixe solidement.

L'observateur, qui pendant ce temps a réglé l'éclairage (1), prend d'une main la spatule palatine, et la porte en haut et en arrière du voile du palais, de manière à ce que la luette et la partie moyenne du voile repose sur la partie élargie de l'instrument, puis il élève et attire légèrement la main pour entraîner le plus possible le voile en avant et le refouler en haut.

Ensuite un laryngoscope de moyenne grandeur (le rond est le meilleur), préalablement chauffé, et la surface réfléchissante tournée en haut, est glissé sur la langue jusqu'à la paroi pharyngienne postérieure, de manière à rencontrer l'extrémité profonde de la spatule, ce qui s'effectue facilement en abaissant le manche de l'instrument. Ajoutons ici qu'il est utile que l'angle formé par le miroir et son manche soit un peu plus obtus que celui qui a été recommandé par M. le docteur Türck pour l'examen du larynx.

Tout le monde sera surpris de la profondeur à laquelle il faut enfoncer l'instrument pour qu'il soit arrêté en arrière. Lorsque la luette descend très bas et touche un peu la langue, nous recommandons, avant d'introduire la spatule, de faire émettre un J étouffé ou un son aigu; car alors le voile du palais s'élève, et la spatule est aisément introduite.

*Si la langue se soulevait trop fortement*, un aide pourrait l'abaisser avec un abaisseur ordinaire, ou on la déprimerait avec le manche du miroir, ou bien encore on engagerait le patient à la tirer davantage au dehors, à l'étaler et à l'aplatir le plus possible,

Peut-être on pourrait combiner la spatule et le miroir. Déjà M. Voltolini a fait fabriquer de longues spatules noires munies d'un miroir à leur extrémité profonde.

Lorsqu'en procédant de la manière indiquée on a aperçu l'image de l'extrémité profonde de la spatule, il suffit de retirer légèrement celle-ci vers soi, d'élever peu à peu et autant que possible le miroir, et d'abaisser son manche pour avoir une bonne image de la cloison, en supposant que le miroir n'ait pas dévié de la ligne médiane.

On obtient l'image des narines postérieures et de l'extrémité des cornets en poussant le miroir vers les parties latérales, ou en imprimant à son manche des mouvements de rotation sur son grand axe.

Pour voir l'orifice de la trompe, on porte le miroir sur le côté opposé de la cavité naso-pharyngienne, en tournant sa surface brillante vers la paroi qu'on veut explorer. Par conséquent, pour examiner le pavillon de la trompe droite, on porte le miroir en bas et à gauche, sa surface regardant en haut, à droite et en avant, la direction en haut prédominant. Mais on peut aussi obtenir l'image de la trompe lorsque le miroir étant placé dans la ligne médiane, comme pour l'examen de la cloison, on le tourne sur son axe longitudinal du côté que l'on veut reconnaître.

Pendant que l'image marche vers les limites extérieures des narines postérieures, le miroir montre la paroi externe de l'espace naso-guttural, et si l'on élève seulement un peu le manche de l'instrument, on voit aussitôt la région de la trompe qui s'ouvre, comme on le sait, presque au milieu de cette paroi externe.

La position de la trompe, par rapport aux arrière-narines, diffère légèrement dans le dessin donné par M. Czermak; mais cela s'explique par la différence qui existe entre l'examen fait sur soi-même ou sur les autres.

(1) Voy. *Wiener allgemeine medizinische Zeitung*, 1859, n° 40, p. 305.

Malgré des connaissances anatomiques très convenables, la majorité des médecins praticiens ne sera pas assez instruite des particularités que présente l'espace naso-guttural pour se dispenser d'exercices préparatoires sur le cadavre. On s'orientera plus facilement en portant auparavant des instruments dans l'arrière-gorge par les fosses nasales. S'agit-il seulement d'avoir l'image de la paroi postérieure du voile du palais et des piliers, on doit naturellement renverser le voile du palais en avant, mais plus ou moins, suivant sa longueur et l'étendue de l'espace que donne déjà l'application du miroir; quelquefois il suffit de soulever seulement la luette.

Confiance du malade, dextérité du médecin, calme et patience de part et d'autre, telles sont les exigences indispensables pour cet examen. L'intolérance particulière de la langue, la sensibilité du voile du palais ou de la paroi postérieure du pharynx rendent l'examen momentanément difficile, mais rarement tout à fait impossible. En général, comme je l'ai déjà dit, il moleste moins les malades que l'exploration du larynx.

Beaucoup de personnes, aussitôt qu'on approche les instruments de leur bouche, élèvent involontairement le voile du palais, qui se porte ainsi en haut et en arrière contre la paroi postérieure du pharynx, et ne respirent plus que par la bouche. Cela n'a point d'inconvénients pour la laryngoscopie, mais, au contraire, gêne beaucoup la préhension et le renversement du voile du palais. C'est le plus grand obstacle que j'aie rencontré, car en même temps les piliers du voile se rapprochent l'un de l'autre, et rétrécissent encore l'espace dans le sens latéral. Le meilleur moyen d'y remédier est d'exhorter le malade ou de détourner son attention en lui parlant de tout autre chose.

Je ne puis rien conseiller pour aplanir d'autres difficultés qui ne se sont point encore présentées à mon observation.

Je ne dois pas terminer ces lignes sans mentionner l'instrument du professeur Czermak, qu'on peut appeler *rhinoscope*, si l'on veut un nom grec (1), comme son auteur l'exprime lui-même clairement. Cet instrument me paraît avoir besoin, mais aussi être susceptible de nombreux perfectionnements; par ci, par là il s'emploie très bien, mais lors même qu'il est bien supporté, il ne m'a pas facilité d'une façon particulière l'examen.

Quelques malades qui avaient bien toléré la spatule palatine et le miroir ordinaire étaient incommodés par le rhinoscope, ce qui ne me fut jamais plus facilement démontré que sur moi-même. Si l'on parvient à le perfectionner, on devra l'employer, et, à ce propos, nous faisons les remarques suivantes : quand la cavité gutturale n'est pas très large, et qu'on trouve de la difficulté à glisser sous le voile du palais le crochet adapté à l'instrument, il est utile de soulever d'abord le voile avec la spatule, et d'introduire l'instrument fermé après avoir chauffé le miroir. Lorsque celui-ci se trouve en son lieu et place, et que le voile du palais repose sur la tige du rhinoscope, on fait glisser lentement la branche mâle, après avoir attendu quelques instants que la respiration du patient soit redevenue normale.

L'instrument doit être toujours appliqué contre la voûte palatine, sans quoi il n'est pas rare de voir le voile du palais se dégager du crochet pendant une contraction et se placer dans l'échancrure comprise entre lui et le miroir. En tous cas l'emploi du rhinoscope laisserait une main de libre. L'éclairage s'en fait également avec la lumière réflechie, en retirant l'instrument on doit prendre beaucoup de précautions pour ne pas blesser le voile du palais, surtout si le patient fait un mouvement de déglutition ou de nausée.

Quoique je sois très prévenu contre l'enrichissement de l'instrumentation, peut-être cependant faudra-t-il imaginer quelque chose qui permette de renverser complétement le voile du palais

(1) Je ne connais pas l'instrument de M. Czermak; mais j'en comprends le principe d'après ce qu'en dit M. Semeleder. Si l'on en croit ce dernier, on peut, jusqu'à plus parfaite construction, se consoler de n'avoir pas vu le rhinoscope primitif. (*Note du traducteur.*)

et de conserver une main libre sans tomber dans les inconvénients indiqués.

Bien que le champ de ces nouvelles recherches soit limité, nous devons incontestablement de bon gré ou non en rapporter le mérite à la persévérance et au génie du professeur Czermak; qu'il accepte donc cet essai comme un témoignage de ma reconnaissance respectueuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Ar. Verneuil.

---

Considérations historiques et pratiques sur l'éléphantiasis de la vulve, a propos d'un cas observé a Saint-Lazare, dans le service de M. Clerc, par C.-A. Martin, interne du service.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service auquel nous sommes attaché, un cas très remarquable d'éléphantiasis de la vulve. L'absence de tout renseignement clinique, et le peu de détails que renferment, au sujet de cette affection si rare en nos climats, les livres élémentaires, et même les monographies spéciales, nous ont donné l'idée de rechercher, dans les annales de la science, les relations de faits analogues, de les coordonner, et de tâcher de tirer de leur comparaison quelques conclusions pratiques. Les faits ne sont pas nombreux; pour ne pas remonter jusqu'à *Rhazès;* le plus ancien, après ceux que cita *Dionis*, et le plus complet, sans nul doute, de ceux qui ont été publiés, c'est celui de *Saucerotte* qui date de près d'un siècle; il a été passé sous silence par tous les auteurs qui ont, depuis, traité cette question. Ce silence est d'autant plus inexplicable, que la tumeur enlevée par le chirurgien de Lunéville, est la seule pièce de ce genre que possédât, jusqu'à ce jour, le musée d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine. *Larrey*, pendant l'expédition d'Égypte et de Syrie, put étudier l'éléphantiasis des Arabes à sa source, aux lieux mêmes où il est endémique. Parmi les faits nombreux et intéressants qu'il rapporte dans le livre qui parut à son retour, nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'éléphantiasis de la vulve, accompagné d'un dessin de *Redouté*, membre de l'Institut d'Égypte; encore ce dessin est-il fort imparfait, et ne donne-t-il qu'une idée bien vague de l'aspect extérieur de ces sortes de tumeurs si bien décrites par l'auteur du livre. Depuis cette époque, en Angleterre *Hendy*, en Allemagne *Kiswich* et *Scanzoni*, en Espagne *Cazal*, en Belgique *Talrich*, et en France *Gilibert*, *Rayer*, *Vidal* (de Cassis), *Rigal de Gaillac* et *Chassaignac*, ont publié successivement quelques faits de ce genre. *Alard*, auteur d'un assez volumineux traité qui a eu les honneurs de deux éditions, et qui est consacré exclusivement à l'éléphantiasis, ne cite pas une seule observation originale de tumeur des organes génitaux chez la femme.

Tel est le bilan assez restreint de ce point important de pathologie : sauf les deux cas de *Saucerotte* et de *Larrey*, que nous citerons *in extenso*, les autres faits sont, pour la plupart, de simples mentions dont il est difficile de tirer d'utiles enseignements.

Voici d'abord notre observation :

Obs. I. — Auduc (Louise), âgée de quinze ans et demi, entre à Saint-Lazare, dans le service de M. Clerc, salle 8, lit 15, le 20 février 1861. Elle a un tempérament lymphatique, et elle a été, dans son enfance, très sujette aux conjonctivites pustuleuses et aux engorgements ganglionnaires; elle est réglée depuis un an. Sa mère, âgée de quarante ans, sa sœur, âgée de treize ans et demi, jouissent toutes deux d'une santé parfaite. Elle n'a jamais eu d'accidents vénériens d'aucune espèce.

Cette jeune fille présente une tumeur considérable, dure et bosselée, suspendue au pénil, et paraissant, au premier abord, produite par une hypertrophie du clitoris. Cette tumeur est pyriforme; elle mesure 17 centimètres du pédicule au centre de la base, et 22 centimètres dans sa plus grande circonférence. En la soulevant et en la déviant un peu à gauche, on se rend parfaitement compte de ses insertions qui occupent la petite lèvre gauche tout entière et le prépuce du clitoris. Quant au clitoris lui-même, il est sain. Cette tumeur est bilobée; le lobe supérieur est formé par le prépuce du clitoris, l'inférieur par la petite lèvre gauche; le sillon qui les sépare a 1 centimètre 1/2 environ de profondeur. La peau du pédicule et des deux tiers du lobe supérieur est saine; elle n'a subi aucune altération. Quant à celle du lobe inférieur, elle est bosselée et présente l'aspect caractéristique des circonvolutions cérébrales; sa couleur est brun foncé. La tumeur est très lourde, dure, peu élastique; elle est peu sensible au toucher, surtout à sa base qu'on peut pincer fortement sans que la malade en ait conscience; elle a augmenté presque du double depuis la puberté. — Au dire de la mère, qui n'a pu nous donner que des renseignements fort incomplets, cette tumeur a commencé à se développer il y a sept ou huit ans; elle s'est accrue depuis progressivement sans que la santé générale ait paru jamais altérée.

En examinant avec soin les parties génitales externes, on constate quatre rudiments de tumeurs semblables à celle qui vient d'être décrite, un de chaque côté de la fourchette, ayant chacun le volume d'une amande; deux autres beaucoup plus petits au bord libre de la petite lèvre droite. La grande lèvre droite est le siége d'une espèce d'œdème dur, sans altération appréciable de la structure de la peau; cette lésion existe à un degré moindre pour la grande lèvre gauche. Les caroncules ont aussi un développement et une dureté anormaux. Le vagin, l'urèthre et le col de l'utérus sont parfaitement sains. La tumeur n'est le siége d'aucune espèce d'élancements ni de douleurs autres que celles que produisent le poids et l'incommodité.

Le samedi 9 *mars*, M. Clerc procède à l'opération, après avoir soumis la malade à l'influence du chloroforme. Il fait d'abord une incision elliptique circonscrivant le pédicule en commençant par la face interne; il dissèque et enlève la masse de la tumeur en laissant de chaque côté des lambeaux de peau saine suffisants pour refaire une petite lèvre gauche; puis rapprochant les lambeaux, il les affronte au moyen de cinq épingles qu'il réunit par une suture entortillée. Quoique immédiatement après l'excision de la tumeur, il y ait eu une effusion de sang considérable qui avait fait croire à la présence de gros vaisseaux, l'artère principale, la seule qu'on ait été obligé de lier, avait un très petit diamètre, peu en rapport avec le volume de la tumeur qu'elle nourrissait. — Dans la même séance, l'opérateur enlève, avec des ciseaux courbes, les rudiments de tumeur qui se trouvent de chaque côté de la fourchette et au bord libre de la petite lèvre droite.

Pendant toute la journée du samedi, on maintient sur la plaie de la charpie imbibée d'eau fraîche; à partir du dimanche matin, on cesse tout pansement; la malade a bon appétit; on lui donne, dès le jour de l'opération, deux potages maigres; elle dort quelques heures, et n'a pas de fièvre.

Le lundi 11, la plaie a très bon aspect; il n'y a pas eu d'hémorrhagie, et la malade n'éprouve à la vulve que quelques fourmillements et une chaleur très supportables.

Le mardi 12, on enlève les épingles; la réunion immédiate n'a eu lieu que pour le tiers supérieur; la plaie est recouverte d'une exsudation pseudo-membraneuse d'une mauvaise apparence. On donne le vin et la demi-portion à la malade qui a bien dormi, et n'a pas eu de fièvre depuis l'opération.

Le mercredi 13, l'aspect de la plaie est toujours le même; on fait deux fois par jour des lotions avec l'eau chlorurée, et l'on maintient sur la plaie un plumasseau de charpie imbibée de cette solution.

Le samedi 16, on continue le pansement; on donne à la malade la portion entière.

Le lundi 18, la plaie est cicatrisée en partie; son étendue a diminué de moitié; on passe le crayon de nitrate d'argent sur les bourgeons charnus; l'œdème des grandes lèvres a un peu diminué.

Le lundi suivant 25, seize jours après l'opération, la cicatrisation est complète. On badigeonne avec la teinture d'iode les grandes lèvres dont l'œdème a persisté. Il est inutile d'ajouter que dès son entrée à Saint-Lazare, la malade avait été soumise à l'usage interne des préparations iodées et des toniques. Les petites plaies produites par l'excision des quatre tumeurs rudimentaires ont été cicatrisées quelques jours avant la plaie principale.

La tumeur avait diminué de moitié après son excision, par l'écoulement d'une quantité considérable de sérosité; elle a été déposée au musée Dupuytren, elle figure au catalogue sous le n° 398, A.

M. le docteur Charles Robin, notre savant maître, a bien voulu se charger de l'examen micrographique; il nous a remis, à ce sujet, la note suivante :

« L'examen du tissu a montré qu'il était constitué exclusivement par
» des faisceaux de fibres de tissu lamineux n'offrant dans leur structure
» propre et leur arrangement réciproque aucune différence avec celles du
» tissu sain. Il existait entre ces faisceaux de fibres, une grande quan-
» tité de sérosité assez épaisse, quoique s'écoulant avec facilité; cette
» sérosité tenait écartés les uns des autres les faisceaux du tissu; elle
» différait de celle que j'ai pu observer dans d'autres cas d'éléphantiasis
» par ce fait qu'elle n'était pas demi-solide et finement granuleuse. A

» part cela, du reste, ce tissu était semblable à celui d'autres éléphantiasis du scrotum, de la grande lèvre (*tumeur provenant de la clinique de M. Nélaton; ce cas n'a pas été publié*) et de la jambe, que j'ai eu l'occasion d'observer. Cette altération consiste donc uniquement en une hypertrophie proprement dite du tissu lamineux sous-cutané. Il importe de noter encore que cette hypertrophie porte également sur le tissu lamineux qui entre dans la composition de la trame du derme. Cette hypertrophie s'accompagne toujours d'un épaississement du derme; en même temps la distinction entre le derme et le tissu sous-jacent devient beaucoup moins nette. »

Obs. II. — Observation de Saucerotte. (*Mélanges de chirurgie*, Paris, 1801, t. II, p. 394.) — *Extirpation d'une tumeur volumineuse aux parties naturelles d'une femme, produite par l'augmentation du clitoris et des nymphes.* — Ayant été appelé, le 15 novembre 1776, pour voir une femme de Lunéville, âgée de trente ans, qui était dans les maux de son premier enfant, je fus fort surpris de trouver, aux parties génitales, une tumeur considérable, de la grosseur au moins d'un pain rond d'une livre, qui ne laissait apercevoir aucune ouverture par où l'enfant pût sortir. L'ayant relevée, je vis, à sa partie supérieure et postérieure, un trou inégal dans sa circonférence, qui pouvait admettre le pouce. La tête du fœtus se présentait naturellement, et, par le moyen de fortes douleurs, elle dilata peu à peu cet orifice, franchit le détroit, et le déchira dans sa partie postérieure, vers le périnée.

Cette tumeur ayant paru, au chirurgien Castara et à moi, être causée par l'augmentation du clitoris et des nymphes, d'autant mieux que les grandes lèvres la cernaient dans ses parties latérales, nous demandâmes à la malade depuis quand elle portait cette excrescence, et quelle avait été son origine? Elle répondit que, vers l'âge de dix-sept ans, elle avait eu un dépôt sur cette partie, qui avait peu à peu augmenté de volume; de sorte que, lors de son mariage, à vingt-neuf ans, elle était de la grosseur du poing; qu'enfin la grossesse l'avait fait parvenir au degré où nous la voyions.

Quelques jours après la cessation de l'écoulement des lochies, nous purgeâmes cette femme, et lui fîmes, le lendemain, l'excision de la tumeur, en commençant par une de ses parties latérales, au point le plus déclive, et alternativement; laissant son pédicule pour le dernier, de peur qu'il ne s'y rencontrât des vaisseaux sanguins assez considérables pour nous troubler dans l'opération, et ayant la précaution de tirer dans *toute la circonférence la peau en arrière, lors de la section*, afin que, l'excrescence enlevée, les téguments recouvrissent la plaie en majeure partie, ce qui est véritablement arrivé; de manière que l'opération faite, la vulve avait, à peu de choses près, sa configuration.

Il survint, trois heures après, une hémorrhagie considérable que nous arrêtâmes en remplissant la vulve et le vagin de petits lambeaux de linge, recouverts de compresses graduées, qui étaient assujetties par un bandage en T triple, dont les branches droite et gauche, comprimaient latéralement, tandis que le chef du milieu faisait pression sur le centre.

Cettte femme fut parfaitement guérie le 30 décembre. La plaie ne fournit pas, pendant le traitement, d'hypersarcoses considérables, comme la nature de la tumeur et le tissu lâche de la partie auraient pu le faire soupçonner. Nous fûmes seulement obligés de réprimer quelques légers fongus avec de l'alun calciné; la charpie sèche que nous employions, nous ayant paru insuffisante à cet égard, l'alun calciné au contraire étant un léger caustique absorbant, nous parut préférable.

L'affaissement des bords de l'ulcère empêchait de voir le méat urinaire, ni aucune trace du clitoris. Les menstrues reparurent le vingt-cinquième jour de l'opération, et n'en durèrent que trois, cette femme ayant été très peu réglée dans tous les temps.

J'ai retrouvé en l'an V, dans le conservatoire des écoles de santé de Paris, cette tumeur conservée dans de l'esprit de vin, telle que nous l'envoyâmes dans le temps à l'Académie de chirurgie, le chirurgien Castara et moi; mais son volume n'est environ que de moitié de celui qu'elle avait lors de l'excision; car, de ce moment jusqu'à vingt-quatre heures après, qu'elle fut mise dans l'esprit de vin, il en suinta bien trois à quatre onces d'un fluide lymphatique, ce qui rend en partie raison de son affaissement.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

## III

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

Des cysticerques de ténias chez l'homme, par E. Koeberlé, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chef des travaux anatomiques.

(Suite. — Voir les numéros 12 et 13.)

Dans la moitié latérale d'un cerveau conservé dans l'alcool, au Musée d'anatomie de Strasbourg (n° 2,305), noté comme ayant à sa surface des vers vésiculaires, mentionné par Lobstein (1), et dont l'origine est inconnue, j'ai rencontré plus de soixante cysticerques (*C. turbinatus*, K.), tantôt logés dans la pie-mère, dans l'interstice des circonvolutions, tantôt dans l'épaisseur même des circonvolutions. D'autres très nombreux se trouvent dans les ventricules, dans la substance cérébrale et dans les plexus choroïdes. Un grand nombre d'entre eux sont aussi logés dans l'épaisseur ou à la surface du cervelet. Ceux qui sont épars dans la substance cérébrale se révèlent au dehors par des saillies simples ou demi-transparentes. Il est regrettable que je n'aie pu me procurer aucun renseignement sur la provenance de ce cerveau, et, partant, sur les symptômes observés pendant la vie et les autres lésions cadavériques. Ces parasites, d'ailleurs, n'ont pas dû provoquer une irritation profonde du cerveau, car on n'y observe pas de taches laiteuses ou d'autres traces d'une inflammation. Leur développement paraît avoir été très lent, car un grand nombre d'entre eux sont incrustés de sels calcaires. Les cysticerques, dont les détails sont représentés dans la pl. I, étaient renfermés chacun dans une coque fibreuse, mince, transparente, lisse à l'intérieur, unie par des prolongements fibreux aux parties voisines ou contiguës : cette coque fibreuse reproduit exactement les contours du parasite. Ceux qui s'étaient développés dans l'intérieur du tissu cérébral ont, en général, une forme arrondie. Ceux qui sont placés entre les circonvolutions sont légèrement aplatis, et lorsqu'ils ont été bridés dans leur développement par le voisinage d'un vaisseau qui passait en travers d'eux, ils ont pris parfois une forme bilobée, trilobée, ou plus ou moins irrégulière, suivant les obstacles qu'ils ont rencontrés (voy. fig. 1). Ces déformations, du reste, ne portent que sur la vésicule caudale, et nullement sur la partie recoquillée des parasites. Leur volume est variable, et le développement de la vésicule caudale est proportionnel à celui de l'extrémité céphalique. Le diamètre transverse des vésicules varie de $0^{m},004$ à $0^{m},007$; quelques-unes ont $0^{m},013$. Elles sont blanchâtres, transparentes et sont distendues par un liquide clair contenant en suspension quelques grumeaux opaques formés par des granulations jaunâtres amorphes. En un point de leur surface, on remarque un petit hile ou ombilic (orifice d'invagination) très difficile à distinguer, à cause de sa forme élargie et de son obliquité, de $0^{mm},2$ à $0^{mm},6$ de diamètre, qui se continue avec un canal oblique qui plonge au milieu d'une petite masse opaque, d'un jaune grisâtre. Celle-ci fait saillie dans l'intérieur de la vésicule, sous forme d'un noyau dur, ovoïde, aplati latéralemont à l'instar d'une lentille (fig. 6 et 12), de $2^{mm},3$ à 5 millimètres dans son grand diamètre. Ce noyau est constitué par l'extrémité céphalique du parasite invaginé et recoquillé sur lui-même, en décrivant une spire à la manière de la coquille d'un limaçon. Il présente à sa partie supérieure une ouverture semi-lunaire (fig. 10, *b*), orifice de recoquillement, qui a été représenté progressivement dans les figures 9 et 10, difficile à apercevoir, mais que l'on constate aisément, en opérant une coupe du parasite dans le sens de l'aplatissement du noyau : l'une des moitiés de l'orifice de recoquillement se voit en *b* de la coupe schématique, fig. 11. La tête et le commencement du cou sont libres et non retournés, cachés à l'extrémité de la partie invaginée, ainsi que l'indiquent progressivement les figures 7-11. La figure 8 représente une coupe du parasite dans le sens de son enroulement. La partie du corps invaginée offre des plissements transversaux dont le nombre varie de 50 à 200 ou 300. Elle est

(1) Lobstein, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 530.

tapissée à sa surface interne par de nombreux corpuscules ovalaires. La cavité spiroïde, qui se prolonge dans l'intérieur de la vésicule (fig. 10, *a*) depuis l'ombilic extérieur, est obstruée plus ou moins chez la plupart des individus par un dépôt crétacé solide formé par du carbonate et un peu de phosphate de chaux. La matière calcaire emprisonne complétement la tête de quelques individus et en rend la sortie tout à fait impossible. Les parasites, étalés simplement (fig. 2), ont une longueur de $0^{m},025$ à $0^{m},03$. La tête est arrondie, d'une largeur de $0^{mm},6$ ; elle est munie de quatre ventouses ovalaires de $0^{mm},28$ à $0^{mm},32$ de long ; le rostellum est hémisphérique ; il est garni, chez tous les individus examinés, de 32 crochets disposés sur deux rangées. Les grands crochets (fig. 4) sont longs de $0^{mm},18$ à $0^{mm},20$ ; leur apophyse moyenne est située à égale distance des deux extrémités chez les grands crochets, et rapprochée de l'extrémité du manche chez les petits crochets. Les petits crochets (fig. 5) ont $0^{mm},10$ à $0^{mm},14$ de longueur totale, et leur griffe $0^{mm},6$ à $0^{mm},8$. Les crochets ont des formes grêles, élancées, qui se rapprochent beaucoup de celles du *Tænia laticollis* et du *Tænia serrata* (1).

*Bouchut* (2) a observé deux cas de cysticerques dont la description n'est pas suffisamment explicite pour permettre de les classer. Chez une enfant de six ans, morte à la suite d'entérite, de pneumonie et de méningite, antérieurement bien portante, Bouchut a trouvé sur la convexité du cerveau, près de la grande scissure, dans le sillon de deux circonvolutions cérébrales, une vésicule transparente, de $0^{m},01$ de diamètre, dans laquelle nageait un petit flocon blanchâtre. Cette vésicule, qui soulevait l'arachnoïde, renfermait un corps opaque formé par un cysticerque (*C. cellulosæ* Rud.) replié sur lui-même. A côté de lui, il y en avait un second, dont la poche était aplatie, et qui paraissait en voie de décomposition.

Chez une fille, âgée de dix ans, le côté droit du corps, la face, les bras et les membres, présentaient, depuis trois mois, des mouvements désordonnés, caractérisés par des contractions musculaires involontaires ; elle ne pouvait se servir du bras droit ; la parole était difficile. En même temps qu'il existait une hémi-chorée du côté droit, tout le long du côté gauche il y avait une anesthésie de douleur complète. La petite fille sentait qu'on la touchait et qu'on la pinçait, mais elle ne souffrait pas. Elle contracta la scarlatine, devint albuminurique, et mourut subitement vingt jours après l'éruption. A l'autopsie, on trouva à la partie postérieure de l'hémisphère droit, dans l'épaisseur même de la substance cérébrale, un petit kyste, de la grosseur d'une petite noisette, contenant des cysticerques. L'un d'eux, très âgé, était en voie de décomposition, et réduit à l'état de putrilage dans une enveloppe altérée. L'autre était blanc, résistant, intact. La tête était rentrée dans le corps. Les ventouses étaient bien évidentes, et au centre se voyait, à l'œil nu, un point noir formé par la bouche de l'animal et la couronne de ses crochets. Déjà cette couronne de crochets s'était altérée par un dépôt de matière noire, mais elle paraissait bien conservée, et les crochets résistants ne tombèrent pas dans la préparation. Ils étaient au nombre de vingt-neuf ou trente. Le col articulé, rétréci, allongé, communiquait avec le corps transparent, à la surface duquel on pouvait voir une foule de granulations et de plaques calcaires. Ce cysticerque a paru à Bouchut être le type de la variété *C. cellulosæ*.

J'ai observé, dans le cerveau d'une femme, âgée de trente-deux ans, morte de péritonite puerpérale, un cysticerque auquel j'ai donné l'épithète de mélanocéphale, logé dans la pie-mère, entre les deux hémisphères, au-dessus de la partie antérieure du corps calleux. La présence du parasite n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie. Il n'a pas été possible de trouver de traces d'un autre cysticerque dans les viscères, dans le péritoine, dans les muscles, etc.

Le cysticerque (*C. melanocephalus* K.) figuré pl. II, fig. 1, extrait de son kyste trente-huit heures après la mort de son hôte, était encore vivant. Son corps était d'une transparence parfaite ; mais il ne tarda pas à devenir opalin, lorsqu'il fut placé pendant quelque temps dans un peu d'eau tiède. On voyait l'extrémité invaginée se contracter, s'allonger et se balancer latéralement dans la vésicule caudale. Le corps se contractait en se fronçant dans les endroits que l'on irritait avec une épingle. La transparence du corps permettait de voir distinctement, au milieu de la partie invaginée, un petit point noir, et à son extrémité, un petit orifice infundibuliforme (voy. fig. 1.) Le kyste, qui renfermait le parasite, était fibreux, mince. Dans son voisinage existait une vascularisation un peu plus prononcée. La vésicule caudale, dans laquelle la tête du cysticerque était invaginée, avait un diamètre de $0^{m},013$, elle contenait en suspension, dans un liquide transparent, une matière granuleuse (fig. 5), blanche, glutineuse, qui était formée par des globules de $0^{m},006$ de diamètre, et, au-dessous, mêlée à des filaments grêles (1). L'extrémité céphalique est invaginée ; dans la vésicule caudale, d'une manière toute différente du *C. turbinatus*. Elle forme une saillie cylindroïde, striée transversalement, suspendue par un pédicule étroit à l'ombilic de la vésicule. A l'intérieur de cette partie invaginée existe une portion du parasite, à l'extrémité externe de laquelle se trouve de nouveau invaginée la tête, signalée au dehors par une petite tache noire (voy. fig. 1 et fig. 7). Étalé hors de la vésicule, le cysticerque a offert une longueur de $0^{m},03$ (fig. 4). La tête était très élargie latéralement : examinée et mesurée sans compression, elle offrait une largeur de 1 millimètre, et était supportée par un cou large de $0^{mm},2$. Elle est munie de quatre ventouses de $0^{mm},36$ de long sur $0^{mm},25$ de large. Il n'apparaissait ni rostellum ni crochets au dehors, même par transparence, avec une compression modérée. Seulement, au centre de la tête, au milieu des ventouses, on remarquait une auréole noirâtre. Ayant voulu me rendre compte de la nature de cette coloration, j'ai détaché la tête du parasite, que j'ai ensuite comprimée très fortement entre deux plaques jusqu'à l'écraser. Il m'apparut alors une couronne de crochets, au nombre de vingt-quatre, disposés sur deux rangées, et dont les petits étaient alternativement placés entre les grands. Ces crochets étaient relevés parallèlement dans l'intérieur de la tête, leur concavité tournée en dehors. Au fur et à mesure que la compression devint plus forte, ils sortirent peu à peu de la tête, en se portant en avant et en dehors jusqu'à ce qu'ils furent étalés à la manière des rayons d'un

(1) Les observations de Werner, de Frédault, de Günsburg, etc., doivent être rapprochées du cas précédent, malgré les dissidences apparentes.

Günsburg ne fait pas mention d'un orifice en forme d'ombilic à la surface de la vésicule caudale. Frédault, dont la description a paru à Gunsburg conforme à ce que lui-même a observé, affirme n'avoir pu en découvrir aucune trace, et a cru que la tête était libre et naturellement placée à l'intérieur de la vésicule. Günsburg, d'après ses figures, paraît avoir fait la même supposition. Comme l'observation de ces cysticerques est très délicate, on est aisément induit en erreur : l'orifice d'invagination est très oblique et ne peut être aperçu convenablement que dans le sens de son obliquité, sous un petit repli en forme de croissant et dont le bord libre est masqué, en quelque sorte, par les plis parallèles de l'extrémité invaginée. Ce n'est que par une dissection très attentive que l'on parvient à démontrer que la tête et une portion du cou sont libres au fond de la partie du corps qui est invaginée, et puis contournée sur elle-même en forme de spire dans la vésicule caudale. Aussi, dans plusieurs autres observations, très imparfaites, d'ailleurs, et nulles au point de vue de l'histoire naturelle des cysticerques, n'a-t-on pu même parvenir à découvrir l'extrémité céphalique.

Werner décrit très bien l'orifice d'invagination (*incisio vel foveola*) et la partie céphalique invaginée en forme de lentille, qui sont très caractéristiques du *Cysticercus turbinatus*. Werner paraît, d'après les figures de Fischer, avoir observé 32 crochets, ainsi que dans mon observation, tandis que Günsburg en a figuré 25 et que Frédault n'en a compté que 24. Ces différences ne sont pas importantes. Le nombre des crochets varie avec l'âge du parasite, soit qu'il reste à l'état du cysticerque, soit qu'il se segmente en proglottides munis d'un appareil générateur. La grandeur des crochets n'est pas non plus caractéristique d'une manière absolue : leur taille et leur volume augmentent avec l'âge, et il est naturel que les crochets observés par Frédault, au nombre de 24 seulement, aient eu une longueur deux fois moindre que ceux observés par moi-même, et que ces derniers aient présenté des variations de longueur de $0^{mm},02$ à $0^{mm},04$, ce qui équivaut pour les petits crochets à près d'un tiers de leur longueur.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1852, nos 20 et 21.

(1) Ces globules paraissent avoir été formés par les débris des corps cactiformes (fig. 5, *a*) que l'on rencontre dans la vésicule caudale de certains helminthes cestoïdes. Les corps cactiformes se développent au centre de la vésicule caudale : ils consistent en un amas de globules de $0^{mm},002$ à $0^{mm},006$, disposés en masses pyriformes implantées les unes sur les autres à la manière des ramifications de certains cactus. Ils paraissent représenter les glandes spermatogènes des strobiles proglottifères. L'eau les altère et les décompose très rapidement ; les globules deviennent alors libres, et l'on y remarque des mouvements moléculaires qui semblent témoigner en faveur de leur vitalité, selon Wagener. (*Nov. Act. N. C.* Breslau, 1854, t. XXIV, supplément *Die Entwicklung der Cestoden*, p. 12.)

cercle ou des pétales d'une fleur (fig. 6), les pointes dirigées en dehors et la concavité des griffes dirigée en arrière. Au centre de la couronne des crochets fait saillie un rostellum hémisphérique. Le bourrelet circulaire, sur lequel sont implantés les crochets, est coloré par des granulations pigmentaires arrondies, polyédriques, noires et grisâtres, de 0mm,04 de diamètre et au-dessous (fig. 8). Les crochets ont une forme très massive : les grands ont 0mm,17, les petits 0mm,12 de longueur totale : celle-ci est égale à trois fois et demie leur largeur au niveau de l'apophyse moyenne qui est située à égale distance des deux extrémités. Dans la paroi du corps du parasite, et principalement à sa surface interne, à partir de 2 à 3 millimètres de la tête, existent des corpuscules ovalaires nombreux dont les plus gros mesurent 0mm,016 et les plus petits 0mm,004 dans leur grand axe. Ils sont rares dans la vésicule caudale, et l'on n'en trouve pas dans le cou près de la tête.

Eschricht (1) aurait constaté, chez l'homme, la présence du *C. tenuicollis*.

*Difficultés de la classification.*

On éprouve souvent de la difficulté pour classer et distinguer certaines espèces et variétés de cysticerques et de ténias, parce qu'aucune des parties caractéristiques de ces parasites n'est absolument constante. Dans la même espèce, le nombre, la forme et la grandeur des crochets, le volume des ventouses, la forme et le diamètre du rostellum, le diamètre de la tête, les colorations, sont sujets à des variations assez considérables, suivant leur provenance, le lieu où ils se sont développés, leur âge, suivant l'hôte qu'ils habitent, etc.

Ainsi, par exemple, Follin et Davaine (2) ont considéré le *C. cellulosæ* de l'homme comme formant une espèce distincte, à cause du nombre de ses crochets (32), différent de celui du *C. cellulosæ* du porc (26 à 28), ainsi que par des formes un peu différentes de la tête et du cou. Cette distinction ne peut être conservée, puisque dans l'une de mes observations je n'ai trouvé que vingt-quatre crochets. Le *Tænia solium*, qui provient du *C. cellulosæ*, offre, d'autre part, 24 à 32 crochets, dont la longueur est 0mm,167 pour les grands crochets, et de 0mm,11 pour les petits, d'après Leuckart, tandis que les mesures de Kuchenmeister (3) accusent 0mm,18 et 0mm,126. Dans les deux observations de C. Soliam, que j'ai relatées, les crochets avaient 0mm,18 et 0mm,13 dans l'une; 0mm,16 et 0mm,13 dans l'autre. Il est vraisemblable que ces dissidences proviennent des variétés individuelles, de l'âge respectif des cysticerques et des ténias observés, et non pas de la différence des espèces.

Dans les observations de *C. turbinatus*, qui évidemment, se rapportent à la même espèce de cysticerque de ténia, les diverses parties des parasites présentent des différences assez notables pour tendre à faire établir, au premier abord, autant de variétés qu'il existe d'observateurs, ainsi que le fait voir le tableau suivant:

| | Werner. | Frédault. | Günsburg. | E. Kœberlé. |
|---|---|---|---|---|
| Volume des vésicules caudales. | 7 à 20mm. | 6 à 15mm. | 15mm. | 4 à 13mm. |
| Longueur des crochets . . . | ? | 0mm,07 à 0mm,10 | ? | α 0mm,18 à 0mm,20. β 0mm,10 à 0mm,14. |
| Nombre des crochets . . . . | 32? | 24 | 25? | 32 |

J'ai fait remarquer plus haut que ces différences doivent être attribuées à l'âge respectif des cysticerques, à des erreurs d'observation, etc.

Quant à la forme de la vésicule caudale, elle n'a rien de caractéristique ; elle reproduit les accidents de terrain des endroits où les parasites ont été logés ; lorsque leur développement a lieu sans obstacle, elle tend à devenir sphéroïde ; au milieu des fibres musculaires, elle tend à devenir elliptique, et l'orifice d'invagination est alors placé entre les deux extrémités de l'ellipsoïde.

La pigmentation du pourtour du rostellum ne peut non plus être regardée comme caractéristique d'une espèce.

(1) Cité par Leuckart, *Die Blasenbandwürmer*, Giessen, 1856, p. 4.
(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, t. IV, p. 20.
(3) Kuchenmeister, *Die in und an dem Körper des lebenden Menschen vorkommenden Parasiten*, Leipzig, 1855, p. 178.

La forme des crochets est de tous les caractères le plus spécifique ; encore est-elle sujette à varier dans une certaine limite.

Ce n'est que par la comparaison de l'ensemble de tous les caractères que l'on peut déterminer, non sans embarras parfois, l'espèce de quelques cysticerques.

Un certain nombre de ténias, et la plupart de leurs cysticerques, sont décrits d'une manière très incomplète ; plusieurs variétés ont été considérées comme formant des espèces distinctes. De nouvelles recherches, et des observations plus complètes, sont nécessaires pour permettre d'établir une classification satisfaisante. Jusqu'ici toute tentative de ce genre, avec les éléments que l'on possède actuellement, ne pourrait être fondée sur des bases assez solides.

(*La suite prochainement.*)

---

# IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1861.— PRÉSIDENCE DE M. MILNE-EDWARDS.

CHIRURGIE. — *Nécrose : extraction du séquestre*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — Après avoir rappelé le travail qu'il a publié en 1836, dans le JOURNAL HEBDOMADAIRE, sur la nécrose, M. Jobert ajoute : Le procédé opératoire que j'ai employé dans les cas de nécrose invaginée consiste dans une incision qui comprend tous les trajets fistuleux, et qui se termine par deux incisions secondaires faites à ses deux extrémités. Il est possible alors de disséquer deux larges lambeaux, d'agir sur le périoste, de trépaner l'os nouveau, et d'extraire l'os primitif auquel le premier forme constamment un étui.

Je n'ai jamais vu d'accident à la suite de cette opération. Les malades ont pu marcher sans claudication après la guérison, comme s'ils n'avaient pas subi d'opération.

J'ai pu faire quelques remarques pendant l'opération relativement à l'os nouveau ; les voici : 1° l'os nouveau offrait plus d'épaisseur que l'os ancien ; 2° il était plus dur, moins régulier, et les parties constituantes étaient plus rapprochées et plus serrées. La tige osseuse nouvelle était donc plus forte que la tige primitive.

Depuis 1836 j'ai eu fréquemment l'occasion de pratiquer des opérations pareilles, et je me suis assuré qu'on pouvait par elles éviter l'amputation.

*Note de* M. Guyon *accompagnant la présentation de sa notice sur le haschisch.*—Cette notice a surtout pour but d'établir que le *Cannabis sativa*, dont on retire le haschisch, est le *Népenthès* d'Homère. De plus, que c'est de la même plante que les femmes de Thèbes, en Égypte, retiraient la liqueur dont parle Diodore, et qui jouissait des mêmes propriétés que le *népenthès* du poëte grec.

L'auteur établit encore que les propriétés de la plante n'existent pas seulement dans les feuilles, qu'elles se retrouvent et dans ses fleurs et dans ses semences. Il signale les effets fâcheux attachés à l'usage continu des feuilles dont se compose le haschisch, et il termine en rappelant des accidents d'empoisonnement produits par les semences.

M. *Guyon*, avant de faire cette présentation, a lu une note sur un calcul biliaire qui s'est fait jour à travers les parois abdominales.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur la phonation*, par M. *Ch. Battaille*. — Suivant l'auteur, l'ensemble des phénomènes de la phonation se groupe autour de trois d'entre eux, qui constituent ce qu'on pourrait appeler le *trépied vocal*, ce sont : la tension des ligaments vocaux, l'occlusion de la glotte en arrière, et le courant d'air phonateur. Ils sont essentiels et corrélatifs à ce point que, l'un d'eux venant à faire défaut, la phonation est impossible.

M. Battaille résume dans les conclusions suivantes le mécanisme qui engendre les phénomènes et les résultats issus de ce mécanisme :

1° Les ligaments vocaux sont tendus en longueur et en largeur.

2° La tension en longueur et la tension latérale externe ou ventriculaire ont toujours lieu; la tension latérale ou sous-glottique peut disparaître et disparaît, en effet, dans le registre de fausset.

3° La tension totale ou partielle met les ligaments en état de vibrer.

4° Comme elle peut être augmentée ou diminuée par gradations insensibles, elle permet aux ligaments d'engendrer tous les sons de la voix humaine du grave à l'aigu, et réciproquement.

5° Elle peut, en augmentant et en diminuant, compenser, pour sa part, les effets de l'intensité ou de la faiblesse du courant d'air, et permettre l'accroissement ou la diminution de la force du son sur chaque degré de l'échelle vocale.

6° La glotte peut se fermer en arrière dans toute sa portion intercartilagineuse et dans une certaine étendue de sa portion interligamenteuse.

7° Cette occlusion peut augmenter ou diminuer graduellement.

8° Elle augmente ou diminue en arrière l'étendue de la surface vibrante, et concourt ainsi à la production des sons graves ou aigus.

9° Elle peut, en augmentant ou en diminuant, compenser, pour sa part, les effets de l'intensité ou de la faiblesse du courant d'air, et permettre l'accroissement ou la diminution de la force du son sur chaque degré de l'échelle vocale.

10° L'affrontement progressif des aryténoïdes peut s'opérer tantôt par le tiers inférieur des faces aryténoïdiennes internes, ce qui a lieu dans le registre de poitrine, tantôt par les deux tiers supérieurs de ces faces, ce qui a lieu dans le registre de fausset.

11° Le passage d'un courant d'air, ayant une énergie voulue, à travers les ligaments vocaux affrontés et tendus, les détermine à entrer en vibration.

12° L'accroissement d'intensité du courant d'air peut concourir à l'élévation du son en augmentant la tension des ligaments.

13° Pour un même son, l'accroissement d'intensité du courant d'air détermine une tension moins forte des ligaments et une plus grande ouverture de la glotte en arrière.

14° Tendus en tous sens, les ligaments vocaux vibrent à la manière des membranes tendues en tous sens.

15° L'intensité du son et l'amplitude des vibrations sont en raison directe de l'intensité du courant d'air.

Il termine par des considérations diverses relatives à la fasciculation des muscles laryngiens, à leur double emploi, et à l'application des faits observés aux principaux phénomènes du chant. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Bernard, Longet.)

M. *Geoffroy Saint-Hilaire* présente, de la part de MM. le docteur *G. Meynier* et *Louis d'Eichthal*, une série de photographies faites à Pétersbourg, et représentant plusieurs Samoïèdes. Des hommes et des femmes de cette race viennent chaque hiver à Pétersbourg avec leurs traîneaux et leurs rennes; MM. Meynier et d'Eichthal ont mis à profit cette circonstance pour faire connaître un type anthropologique encore peu étudié, et remplir ainsi une des lacunes signalées dans les instructions remises à ces voyageurs par plusieurs membres de la commission nommée, à cet effet, par l'Académie. (*Comm.* : MM. Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

Physiologie. — *Sur la production du sucre chez les animaux à foie gras*, par M. *Colin*. (*Comm.* : MM. Chevreul, Bernard, Fremy.)

Thérapeutique. — *Heureux effets de l'action des alcooliques portée jusqu'à l'ivresse dans le cas de morsure par certains serpents*, observation de M. *de la Gironnière*, communiquée par M. *Jules Cloquet*. — Il s'agit d'un Indien qui fut mordu par un serpent de l'espèce la plus dangereuse, et chez lequel les accidents formidables de l'empoisonnement furent promptement conjurés par l'ingestion successive de trois bouteilles de vin de coco (alcool de 14 à 16 degrés).

Physiologie. — *De l'influence du nerf pneumogastrique et du nerf laryngé supérieur sur les mouvements du diaphragme*, par M. *J. Rosenthal*. — L'auteur résume cette note dans les conclusions suivantes :

1° Il y a dans le nerf pneumogastrique, au-dessous du départ du nerf laryngé supérieur, des fibres nerveuses dont l'excitation, réfléchie par la moelle allongée, produit un arrêt du diaphragme correspondant à la contraction de ce muscle ou à l'inspiration.

2° Il existe, dans le nerf laryngé supérieur, des fibres nerveuses dont l'excitation suspend l'action du centre nerveux découvert par M. Flourens, et présidant aux mouvements rhythmiques du diaphragme, et c'est ainsi que l'excitation de ces fibres produit un arrêt du diaphragme correspondant au relâchement. Il me paraît bien probable que ce sont les mêmes fibres qui maintiennent la sensibilité de la muqueuse laryngienne, et par lesquelles la toux est causée; car, pendant la toux, le diaphragme est toujours relâché.

3° Si l'on observe un relâchement du diaphragme par l'irritation du nerf pneumogastrique, appliquée au-dessous de l'origine du nerf laryngé supérieur, on peut en conclure, avec certitude complète, que ce n'est que l'effet des courants dérivés, parcourant les fibres du nerf laryngé supérieur.

---

## Académie de Médecine.

**SÉANCE DU 23 AVRIL 1861. — PRÉSID. DE M. ROBINET.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet : Un mémoire intitulé : *Recherches médicales sur la propriété absorbante des cornées, et ses applications à la thérapeutique des maladies des yeux*, par M. *Lépine*, pharmacien, chimiste de première classe, ophthalmologiste, médaillé de Sainte-Hélène, etc. (*Comm.* : M. Gosselin.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un travail intitulé : *Thèses sur les altérations du système musculaire dans la fièvre typhoïde*, par M. le docteur *Zenker*, professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde. (*Comm.* : M. Robin ) — *b*. Une observation relative aux effets curatifs de la terreur, par M. le docteur *Charles Rouhier* (de Grancey-le-Château). — *c*. Le modèle et la description d'une nouvelle canule destinée à la dilatation de la trachée, fabriquée par M. *Mathieu*, sur les indications de MM. Trousseau et Demarquay. (*Comm.* : M. Trousseau.) — *d*. Deux observations d'opération césarienne *post mortem*, communiquées par M. le docteur *Boucher* de la Ville-Jossy. (*Comm.* : M. Devergie.) — *e*. Un pli cacheté contenant une modification apportée au dermatoscope, par M. *Achille Brachet*. (*Accepté*.)

M. *Robin* présente, au nom de M *Hiffelsheim*, un ouvrage *sur les applications médicales de la pile de Volta*.

M. *Ricord* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Melchior Robert*, un *Traité des maladies vénériennes*.

M. *Durand-Fardel* dépose sur le bureau un *Essai sur la topographie médicale de la ville de Narbonne*, par M. le docteur *de Martin*.

M. *Robert* présente un mémoire de M. le docteur *Duparcque* sur l'*accouchement forcé par la dilatation forcée du col de l'utérus, même après la mort de la femme*.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Depaul* revient sur l'incident qui a terminé la dernière séance. Il combat l'opinion exprimée par MM. Bouillaud et Moreau, qui ont attribué à M. de Kergaradec la découverte de l'auscultation obstétricale. M. Mayor (de Genève) a publié son mémoire sur ce sujet dès 1818 dans la *Bibliothèque universelle de Genève*. Le mémoire de M. de Kergaradec n'a été lu qu'en 1821.

M. *de Kergaradec* maintient qu'il n'avait aucune connaissance de l'observation de Mayor quand il a publié son mémoire sur l'auscultation appliquée au diagnostic de la grossesse. Il ne croit pas exagérer en affirmant que l'observation de Mayor n'était connue d'aucun des membres de l'Académie à cette époque, et qu'elle était ignorée de Laennec lui-même.

M. de Kergaradec déclare qu'il ne voudrait pas attacher trop d'importance à une découverte qu'il n'a due qu'au hasard; mais il croit avoir eu au moins le mérite d'étendre les applications de cette découverte et d'avoir posé sur ce point des règles qui n'ont pas encore été modifiées. Il termine en rendant hommage aux services rendus par M. Depaul à ce mode d'exploration obstétricale.

M. *Depaul* rappelle le passage de son dernier discours relatif à

ce sujet, et il soutient que, dans cette citation, toute justice est rendue à M. de Kergaradec.

*Lecture.*

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *O. Henry* lit un rapport tendant à confirmer l'autorisation, déjà donnée en 1855, d'exploiter la source de Saint-Yorre-lès-Vichy (Allier).

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées.

L'Académie se forme en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de M. *H. Bouley* sur les titres des candidats à la place vacante dans la *section de médecine vétérinaire*.

A quatre heures un quart, la séance publique est reprise.

*Discussion sur l'opération césarienne après la mort.*

M. *Trébuchet* donne lecture d'un discours dont voici les conclusions :

« Il n'y a pas de motifs suffisants de modifier les dispositions de l'article 77 du Code civil et des règlements de police concernant les inhumations et les opérations qui peuvent leur être assimilées.

» Il est à désirer que des règlements analogues à ceux qui existent dans le département de la Seine soient publiés dans les départements; que notamment le soin de constater les décès soit confié à un médecin vérificateur. Nul autre, en effet, qu'une personne possédant des connaissances médicales n'est apte à vérifier un décès sans s'exposer à des erreurs funestes. L'article 77 du Code civil n'offre donc que des garanties imparfaites contre le danger des inhumations précipitées. Cependant je pense que l'intervention du maire est toujours utile en pareille circonstance. Il est ici le représentant de la société, et ce n'est pas sans raison que la loi a exigé que le décès fût constaté par ce magistrat. Les décès peuvent soulever, en effet, en dehors de la constatation médicale, des questions d'ordre public dont le maire seul peut connaître et qui ne souffrent souvent aucun délai. »

*M. Huzard. Je demande la permission de citer sommairement* un fait qui a quelque intérêt au point de vue du côté religieux de la question qui se débat en ce moment.

En 1814, le curé de Fourqueux (près de Saint-Germain-en-Laye), mandé auprès d'une femme qui venait de mourir dans un état de grossesse avancée, crut sage, à défaut de médecin pour pratiquer l'opération césarienne, de s'abstenir de tout acte chirurgical. Il se contenta de baptiser l'enfant sur le ventre de la mère, et, en ayant référé à son supérieur, l'évêque de Versailles, il obtint l'approbation de ce prélat.

*Lecture.*

MÉDECINE. — M. *Blache*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Patissier* et *Tardieu*, lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De l'hypertrophie des amygdales; de ses fâcheuses conséquences; de ses complications, et de son traitement par les eaux thermales sulfurées, spécialement appliquées en douches sur les tonsilles mêmes et autour de la gorge*, par M. le docteur *Lambron*, inspecteur adjoint aux eaux de Bagnères-de-Luchon.

« Il est question surtout dans ce travail de l'hypertrophie tonsillaire des enfants, qui a pour résultats fâcheux de gêner la déglutition, d'altérer la voix, d'affaiblir l'ouïe, d'entraver l'évolution intellectuelle par la difficulté de la phonation et l'imperfection des sensations auditives, de gêner la libre circulation de l'air dans l'arrière-gorge, ce qui place peu à peu les malades dans les conditions d'une lente asphyxie et ce qui entraîne à la longue la difformité des parois thoraciques.

» M. Lambron expose en ces termes le diagnostic différentiel de la déformation rachitique du thorax et de celle qui est consécutive à l'hypertrophie tonsillaire : Le principal caractère de l'altération rachitique est de présenter une saillie des cartilages costo-sternaux et deux gouttières verticales comprenant presque toute la hauteur de la poitrine. Tout au contraire, la déformation thoracique due à l'hypertrophie tonsillaire est caractérisée par une dépression transversale au niveau de la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, et paraissant avoir été produite comme par la compression d'un anneau.

» Chez les malades atteints d'hypertrophie des amygdales, on observe, comme complications morbides, des affections catarrhales de la muqueuse laryngo-bronchique et des cavités de l'oreille, et une toux opiniâtre qui, jointe au catarrhe bronchique et aux phénomènes de débilité générale, peut facilement en imposer pour la phthisie pulmonaire.

» M. Lambron considère avec raison l'hypertrophie tonsillaire comme la manifestation plus ou moins éloignée d'une diathèse, telle que le rachitisme, le scrofulisme et l'herpétisme.

» C'est en me fondant sur ces considérations pathogéniques, ajoute M. Blache, que je conseillai autrefois à M. Lambron de faire suivre aux enfants atteints d'hypertrophie tonsillaire un traitement par les eaux minérales sulfureuses. Les heureux résultats obtenus par M. Lambron ont de beaucoup dépassé mes espérances. Cela vient de ce qu'il a eu l'idée de combattre directement la lésion par des douches dirigées sur les organes eux-mêmes, à l'intérieur et à l'extérieur, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Sous l'influence de ces douches, l'engorgement des amygdales diminue assez rapidement, et l'opération chirurgicale devient très souvent inutile. Celle-ci, d'ailleurs, malgré le perfectionnement des procédés, offre quelquefois des dangers dont le plus sérieux est l'hémorrhagie, très difficile à arrêter, quelquefois même foudroyante. En outre, couper, ce n'est pas guérir. Le bistouri est un pis-aller quand il s'agit d'affections survenues spontanément, sous l'influence de causes générales. Restreignons donc, autant que possible, son usage, même à l'égard d'organes dont les fonctions nous sont inconnues. »

M. Blache conclut en proposant : 1° de remercier M. Lambron et de l'encourager à poursuivre ses recherches hydrologiques; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Après de courtes explications échangées entre MM. *Fontan*, *Larrey* et *Blache*, l'Académie adopte les conclusions du rapport.

La séance est levée à cinq heures.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 24 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

FRACTURE DE LA TROCHLÉE; ANKYLOSE. — FRACTURES MULTIPLES.

M. *Marjolin* présente un enfant atteint d'une lésion du coude; il y a trois mois environ, cet enfant fit une chute sur le coude gauche; il y eut une fracture de la trochlée, fracture pénétrante de l'articulation. Le membre fut placé dans un appareil avec une attelle postérieure et une attelle antérieure qui maintenaient le membre dans l'extension. Maintenant on sent les traces de la fracture; il existe une tuméfaction osseuse qui se confond avec la partie supérieure du cubitus. Par suite de la position prolongée, l'articulation est presque immobile; les mouvements de flexion, de pronation et de supination sont presque nuls.

M. Marjolin désirerait avoir l'avis de la Société sur ce qu'il y aurait à faire pour remédier à cet état.

M. Boinet pense qu'il y a eu luxation du cubitus en arrière, lésion qui aurait été prise pour une fracture. Cette opinion est combattue par MM. Huguier et Verneuil; ce dernier pense, en outre, d'après plusieurs faits qu'il a été à même d'observer depuis quelque temps, qu'il y aurait avantage à chloroformer ce jeune homme, rompre de force les adhérences qui existent, placer le membre dans un appareil, chercher à faire exécuter des mouvements ensuite, ou au moins, dans le cas où les mouvements ne pourraient pas être rétablis en partie, substituer une ankylose angulaire à l'ankylose rectiligne qui existe maintenant et rend le membre presque entièrement inutile.

M. *Fontan*, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques recueillies sur un homme qui s'est suicidé en se jetant par une fenêtre; on trouve des fractures du crâne, de la mâchoire

supérieure, de la mâchoire inférieure; de l'extrémité interne des deux clavicules, des côtes et des cartilages costaux; de l'apophyse coraçoïde; des fractures comminutives de la tête de l'humérus, des deux extrémités inférieures des radius, des apophyses styloïdes des cubitus; des fractures multiples du bassin, de l'extrémité inférieure des fémurs, etc. En outre, il y a une rupture transversale de l'aorte, une autre de la veine cave; enfin une rupture du foie et de la rate.

Jules Rouyer.

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents**, par M. le docteur Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'étendue considérable de ce travail, qui ne comprend pas moins de sept articles successifs, ne nous permet pas d'en donner une analyse détaillée. Nous devons nous contenter d'en reproduire les conclusions que voici :

Des paralysies locales ou généralisées peuvent accompagner ou suivre toutes les pyrexies, les phlegmasies, en un mot, tous les états morbides de l'économie caractérisés par une exaltation fonctionnelle même de courte durée. Ordinairement plus intenses et plus fréquentes quand elles sont liées à des affections graves par leur nature ou par leur violence, on les a vues néanmoins se montrer dans le cours et à la suite de chaque maladie aiguë vraiment digne de ce nom.

A l'occasion d'une espèce nosologique quelconque, il importe de distinguer plusieurs sortes de paralysies dont la réalité est démontrée par l'observation. Les unes sont une expression de la maladie en évolution ; les autres lui succèdent, et n'ont avec elle qu'un rapport éloigné. De là, deux groupes nettement séparés, et renfermant chacun plusieurs variétés.

La première catégorie comprend d'abord des paralysies précoces, se montrant, par exemple, dans la période prodromique des fièvres éruptives, et comparables aux convulsions qui en marquent le début. Ces *paralysies initiales* sont vraisemblablement exemptes d'altérations de tissus.

Viennent ensuite les *paralysies de la période d'état* en rapport avec les lésions de l'appareil sensitivo-moteur, portant soit sur les muscles, soit sur les ramifications et les troncs nerveux, soit, enfin, sur un point quelconque de l'axe cérébro-spinal. Ces lésions anatomiques sont des manifestations locales de la maladie, ayant la même signification que les autres procès inflammatoires qui servent à les caractériser. Nous avons ainsi des *paralysies symptomatiques* de myosite, de névrite, de myélite et d'encéphalite.

Je propose d'appeler *successives*, les paralysies qui, apparaissant un peu plus tard, s'expliquent par la propagation du travail morbide à des régions primitivement respectées.

Les phlegmasies protopathiques excitent à leur tour des symptômes susceptibles d'amener des accidents paralytiques dans des organes plus ou moins éloignés, et par des mécanismes divers, dont l'étude mérite d'être approfondie : ce sont les *paralysies symptomatiques* ou de voisinage.

Après la cessation des phénomènes actifs de la maladie aiguë apparaissent les *paralysies consécutives*, qui ne se rattachent à l'affection primordiale que d'une façon détournée. Il y en a de deux sortes : les unes dépendant d'une lésion de l'appareil nerveux, engendrée par l'affection aiguë, entretenue par une prédisposition individuelle, et poussée jusqu'à ses dernières conséquences par des causes adjuvantes et occasionnelles : telles sont les paralysies générales proprement dites, décrites, par M. Baillarger, à la suite de l'érysipèle, et, par M. Beau, après la fièvre typhoïde.

Les autres, beaucoup plus fréquentes, ont été trouvées sans altération anatomique, et se rangent dans la classe des névroses. Ces paralysies, plus particulièrement étudiées à propos de la diphthérie, sont loin d'appartenir exclusivement à cette affection; on les retrouve, avec les mêmes caractères essentiels, après toutes les maladies aiguës. Les paralysies diphthériques ne sont qu'un cas particulier d'une règle très générale.

Les circonstances étiologiques dans lesquelles ces paralysies dynamiques prennent naissance, les font assimiler à celles qui dépendent de la chlorose, de l'anémie, des épuisements nerveux, et indirectement des causes nombreuses capables d'amener ces états morbides; elles se rattachent directement à la débilité de l'économie, et méritent, par là, l'épithète d'*asthéniques*.

Mais, si loin que soit poussée la faiblesse, elle ne constitue jamais, par elle-même, une véritable paralysie. On peut voir s'abaisser graduellement le niveau de toutes les forces organiques jusqu'à l'obtusion des sens et de l'intelligence, l'immobilité impotente, et un ralentissement énorme des fonctions de nutrition, sans qu'il y ait paralysie. C'est alors la vitalité qui s'amoindrit, ou du moins ce sont les manifestations de la vie qui s'éteignent toutes à la fois. La paralysie proprement dite suppose un défaut de proportion entre les forces générales et celles du système moteur nervo-musculaire, entre l'irritabilité générale et celle des nerfs sensitifs; par conséquent elle implique un trouble fonctionnel avec ou sans altération organique, soit des muscles, soit du système nerveux, centres, cordons et expansions périphériques.

Aussi ces paralysies asthéniques, consécutives aux maladies aiguës, sont-elles contingentes, aléatoires, et non nécessairement associées à la débilitation extrême de l'économie, qui paraît ne constituer à leur égard qu'une prédisposition, ou tout au plus l'imminence morbide. Elles ne se montrent ordinairement qu'au moment de la convalescence confirmée, et l'on peut saisir quelquefois une circonstance jouant le rôle de cause déterminante.

Les paralysies de la convalescence paraissent entièrement indépendantes de toute lésion, même fonctionnelle, des centres et des cordons nerveux ; elles ont leur raison dernière dans l'état même des parties qui en sont affectées, et méritent la dénomination de *périphériques*, par opposition à celles qui se rattachent à une lésion des foyers ou des conducteurs du sentiment et du mouvement.

Quelquefois circonscrites à un petit nombre d'organes, elles sont plus souvent réparties sur des régions étendues; mais en tout cas, chaque point est affecté pour son propre compte, et lorsque la perturbation fonctionnelle gagne les parties centrales du système nerveux, on ne peut pas dire que les lésions de ces derniers tiennent les autres sous leur dépendance. Pour exprimer ce caractère, qui distingue si profondément les paralysies asthéniques généralisées des paralysies générales proprement dites, je les ai nommées *diffuses*.

Les *paralysies asthéniques diffuses* des convalescents tendent à gagner en surface comme en intensité; elles sont donc extenso-progressives. On peut les dire *ascendantes*, puisqu'elles débutent souvent par les extrémités inférieures, pour, de là, remonter aux membres thoraciques. Mais leur marche est souvent irrégulière et comme capricieuse : tantôt elles sont légères et fugaces, distribuées d'une manière bizarre ; tantôt elles sont généralisées, complètes, permanentes; elles peuvent même entraîner la mort, lorsque des organes essentiels finissent par être compromis.

Pour conjurer ces accidents paralytiques consécutifs, le médecin usera avec modération de tous les débilitants; il prescrira, autant que faire se peut, une alimentation légère, même pendant l'activité du mal. Une fois la paralysie survenue, le traitement curatif rationnel consistera dans l'usage d'une nourriture réparatrice, de toniques de toutes sortes, et dans l'emploi des stimulants, tels que frictions, douches froides et bains sulfureux. L'électricité est surtout appelée à rendre de grands services. (*Archives générales de médecine*, nos de mars à juin, août et décembre 1860, et mars 1861.)

**Sur les affections syphilitiques du système nerveux.** — Communication à la Société de médecine de Berlin, par MM. les docteurs Leubuscher et Henoch.

M. Leubuscher a fait connaître dans cette communication une série assez importante de faits empruntés à sa pratique. Ces docu-

ments, relatifs à un sujet encore incomplétement étudié, nous paraissent assez importants pour que nous en donnions au moins un résumé succinct.

D'une manière générale, M. Leubuscher pose en principe que le diagnostic de la nature syphilitique d'une affection nerveuse ne peut guère être basé que sur l'étude génétique du fait, les symptômes nerveux eux-mêmes n'étant pas empreints d'un cachet spécifique bien caractérisé. Ces affections se montrent à peu près exclusivement dans les phases avancées de la vérole, accompagnées de lésions de la nutrition générale, et notamment dans la période tertiaire. Les cas de névroses syphilitiques, que quelques auteurs ont cru observer avant la période secondaire, ne sont pas suffisamment démonstratifs pour entraîner la conviction. Les névroses syphilitiques peuvent, d'ailleurs, revêtir toutes les formes possibles; cependant, les formes paralytiques paraissent être plus fréquentes que les autres.

M. Leubuscher a observé les formes suivantes :

I. *Hyperesthésies et névralgies.* — 1° Un cas de sciatique chez un homme âgé de quarante ans, qui avait eu deux ans auparavant un exanthème spécifique. Guérison par le bichlorure de mercure. — 2° Un cas de névralgie brachiale chez un sujet qui avait eu un chancre trois ans auparavant, et plus tard une angine spécifique. Guérison par la décoction de Zittmann. — 3° Un cas de névralgie multiple, débutant par le trijumeau, passant ensuite au nerf sciatique et finalement au plexus brachial. Quatre ans auparavant, le malade avait eu des chancres, suivis d'un exanthème syphilitique, puis des ulcérations de l'arrière-gorge. Après une phase d'arrêt, des gommes apparurent au bras et au sternum ; ces tumeurs suppurèrent, et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva toute une série de gommes dans d'autres régions, et notamment dans les muscles de la cuisse.

II. *Troubles de la motilité.* — 1° Un cas d'épilepsie chez un homme de trente ans, affecté un an auparavant de chancre et d'ulcérations de l'arrière-gorge. L'épilepsie persista pendant plusieurs années. Le malade, observé pendant trois ans, ne présenta pas pendant ce laps de temps d'autres accidents syphilitiques. — 2° Trois fois *M. Leubuscher a rencontré l'impuissance.* — Le premier malade était affecté d'accidents tertiaires et d'une cachexie très accusée. L'impuissance s'était produite dans ce cas avant les autres accidents constitutionnels. — Le second malade avait eu, six mois avant de se marier, un exanthème syphilitique. L'impuissance n'était pas accompagnée d'autres accidents syphilitiques; le malade était affecté d'incontinence d'urine, et de douleurs dans le dos et dans les extrémités. — Dans le troisième cas, l'accident primitif avait précédé de plusieurs années le mariage, après lequel le malade eut un exanthème spécifique.

III. *Paralysies.* — M. Leubuscher rappelle que M. de Graefe a observé un assez grand nombre de paralysies syphilitiques des nerfs oculo-moteurs et qu'on a vu assez souvent des accidents de paraplégie ou apoplectiformes dus à la même cause. Il rapporte les faits suivants de paralysies, pour lesquels cette étiologie lui paraît incontestable : 1° une femme infectée probablement par son mari. Au bout de trois mois, attaque apoplectiforme et hémiplégie. A l'époque où elle entra à l'hôpital, les extrémités paralysées étaient contracturées; il y avait des nodosités au tibia. La malade était, en outre, sujette à des hallucinations de l'ouïe; 2° un homme, qui avait eu des chancres, un exanthème syphilitique et des ulcérations dans l'arrière-gorge, présentait les symptômes suivants : hémiplégie, paralysie de la vessie, surdité de l'oreille gauche; 3° un cas de paralysie faciale double chez une femme affectée d'un exanthème, qui donna naissance à un enfant couvert de bulles de pemphigus. L'usage de la décoction de Zittmann fit disparaître la paralysie faciale d'un côté seulement; 4° des cas dans lesquels les troubles cérébraux se rattachent à une carie des os du crâne. Les cas les plus fréquents dans cette catégorie sont : la carie du frontal et du temporal, la méningite suppurée et les abcès dans les lobes moyens du cerveau.

A part les cas de manie syphilitique, M. Leubuscher cite deux cas d'affections mentales qu'il regarde comme étant d'origine syphilitique. Ces cas, de même que trois cas d'apoplexie et quelques-uns des faits qui précèdent, ne sont rien moins que démonstratifs. M. Leubuscher convient, d'ailleurs, lui-même qu'on se laisse entraîner trop facilement à attribuer à la syphilis et à traiter par le mercure des névroses tout à fait étrangères à la vérole.

Relativement aux lésions anatomiques, M. Leubuscher n'admet comme spécifiques que le névrome syphilitique de Dixon et une méningite spéciale décrite récemment par Griesinger. Il ne reconnaît même pas de caractères anatomiques spécifiques aux gommes, suivant en cela l'exemple du professeur Virchow. Quant à la pathogénie des affections nerveuses d'origine syphilitique, l'auteur admet trois modes différents : 1° cas dans lesquels une affection périphérique envahit les organes nerveux secondairement : méningite déterminée par une carie des os du crâne; névralgies symptomatiques de la compression d'un nerf par une exostose, etc.; 2° cas dans lesquels la cachexie syphilitique constitue une prédisposition à des affections nerveuses qui se produisent sous l'influence d'une cause déterminante extérieure; 3° cas dans lesquels le système nerveux est le siége de productions analogues à celles qui se forment dans d'autres organes, tels que la peau, le testicule, etc. M. Leubuscher n'admet cette catégorie qu'avec quelques réserves.

— Les faits communiqués par M. Henoch sont relatifs à la paralysie syphilitique des nouveau-nés, affection que Bednar paraît avoir observée dans un assez grand nombre de faits. Dans le premier cas de M. Henoch, il s'agit d'un enfant âgé de deux mois, décrépit, qui fut mis en traitement le 4 avril 1860. Les extrémités supérieures étaient presque complétement paralysées; les fléchisseurs des doigts avaient seuls conservé un léger vestige de contractilité. En outre, coryza, gonflement des ganglions axillaires, inguinaux, cervicaux, sus-épitrochléens, et des condyles de l'humérus droit. On administra d'abord, pour relever les forces de l'enfant, du vin de Tokay, des bains, etc., puis le précipité noir à la dose de 1 centigramme plusieurs fois par jour. Le 16 avril, les extrémités supérieures avaient recouvré leurs mouvements, et le coryza avait disparu. Le 28 avril, M. Henoch remarqua encore un symptôme également mentionné par Bednar, à savoir le renversement de la tête en arrière quand on mettait l'enfant sur son séant. Il explique ce phénomène par une contraction prédominante de l'angulaire de l'omoplate.

Dans le deuxième cas, la paralysie des extrémités supérieures coexistait avec une roséole, du coryza et des rhagades. Un traitement mercuriel fit disparaître tous ces accidents. Dans les deux cas, la température et la sensibilité des extrémités paralysées étaient à l'état normal.

M. Henoch ne pense pas que la paralysie soit, dans ces cas, de nature idio-musculaire. Dans le premier cas, les muscles des extrémités paralysées étaient, à la vérité, dans un état notable d'atrophie; mais les autres muscles de l'économie étaient tout aussi atrophiés. L'action rapide du mercure est, d'ailleurs, difficile à comprendre dans l'hypothèse d'une affection primitive des muscles. M. Henoch est plus disposé à admettre que les parties intéressées directement sont les branches antérieures du plexus brachial; il explique ainsi la prédominance de l'angulaire de l'omoplate, qui est innervé par le nerf spinal. (*Deutsche Klinik*, n° 6, 1861.)

**Quelques considérations pratiques sur les pneumonies asthéniques**, par M. A. Girbal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nous empruntons à ce travail le résumé du mode de traitement que M. Girbal conseille dans les pneumonies asthéniques.

L'abstention de la saignée, dans les cas où l'adynamie domine, est de rigueur. Plus elle est intense et prédominante, plus la contre-indication est formelle.

Quand elle existe sans constituer le phénomène principal; quand on a plutôt à la redouter pour l'avenir qu'à la combattre actuellement, la phlébotomie et les évacuations sanguines locales ne sont pas absolument interdites; mais leur emploi exige la plus sage réserve. Elles peuvent convenir pour dégorger le poumon, modérer la dyspnée, calmer la douleur, à titre de traitement palliatif ou

symptomatique, mais voilà tout. Au delà d'une certaine limite, facile à dépasser, leur efficacité serait contestable, et elles jetteraient le malade dans une débilité dangereuse.

L'adynamie joue-t-elle un rôle prépondérant, il faut recourir d'emblée au quinquina sous forme d'extrait aqueux, par exemple, et à la dose de 4 à 6 ou 8 grammes, dans les vingt-quatre heures, chez l'adulte et le vieillard. L'ipécacuanha à dose réfractée est aussi fort utile par son action expectorante, diaphorétique, et par la révulsion qu'il produit sur le tube digestif. Les bouillons concentrés, le vin vieux coupé, la cannelle, le camphre, l'esprit de Mindererus, etc., conviennent aussi au plus haut degré. La médication contro-stimulante par le tartre stibié à haute dose serait ici dangereuse.

En l'absence ou après la cessation des phénomènes d'irritation locale qui accompagnent souvent la première période des pneumonies, qui offrent, même à un haut degré, le caractère asthénique, le vésicatoire appliqué sur la région thoracique est un puissant moyen très propre à faciliter et à activer la résolution.

L'association des phénomènes ataxiques aux phénomènes adynamiques exige l'emploi du musc et des autres antispasmodiques.

La suppression de l'expectoration nécessite l'emploi du kermès à petite dose, de l'ipécacuanha, de l'oxymel scillitique, et souvent aussi l'inhalation de vapeurs légèrement excitantes. Dans un cas de ce genre, M. Girbal s'est fort bien trouvé d'inspirations d'éther acétique, réitérées plusieurs fois par jour. (*Montpellier médical*, mars 1861.)

**De l'anasarque albuminurique scarlatineuse**, par M. le docteur Hamburger.

La caractéristique que l'auteur donne de l'anasarque albuminurique qui succède à la scarlatine, s'écarte, à plusieurs égards, des descriptions qui ont été données jusque-là de cette affection. Quelques mots d'abord à cet égard. Nous aurons à parler ensuite d'une méthode de traitement qui paraît avoir rendu de grands services à M. Hamburger.

L'auteur admet, dans l'évolution de l'anasarque scarlatineuse, trois périodes :

1° Période fébrile, caractérisée par une fièvre à type rémittent, et par la formation rapide d'épanchements et d'infiltrations séreuses. Cette période, qui est peu accusée chez les adultes et chez les enfants à constitution torpide ne dure qu'un petit nombre de jours ; il est très rare qu'elle se prolonge au delà d'une semaine.

2° Période chronique, dans laquelle l'affection suit une marche lentement progressive ; les exsudations augmentent et il survient presque toujours une ou plusieurs complications. Pendant cette période, dont la durée est de plusieurs semaines, l'albuminurie reste dans le *statu quo ;* les épanchements restent tout au plus stationnaires à la fin, mais ils ne diminuent jamais.

3° Période de résolution. Celle-ci est caractérisée par la résorption rapide des épanchements, et sa durée n'est souvent que de quelques jours. L'albuminurie se prolonge souvent, sans diminution, pendant la convalescence qui n'a pas été entravée.

Les caractères qui permettent, d'après M. Hamburger, de distinguer l'anasarque albuminurique scarlatineuse des autres formes d'anasarques albuminuriques, alors même que l'éruption scarlatineuse a été méconnue ou n'existait pas, sont les suivants :

1° L'anasarque albuminurique scarlatineuse ne s'observe guère que chez des jeunes gens et des enfants n'ayant pas eu la scarlatine antérieurement ; elle survient brusquement, en pleine santé, et alors qu'il n'existait antérieurement aucune lésion des organes ou des fonctions. La maladie de Bright chronique, au contraire, affecte principalement des sujets affaiblis, plongés dans le marasme, ou vieillis avant l'âge ; ceux dont la constitution est ruinée par l'arthritis chronique, la tuberculose, l'alcoolisme, la vérole ou l'abus du mercure, etc. ; ceux chez lesquels la circulation est entravée par une affection organique du cœur, l'emphysème pulmonaire, ou une maladie du foie, toutes causes qui apportent un obstacle au retour du sang veineux ; ou enfin des individus chez lesquels l'innervation est troublée par des lésions des centres nerveux. Lorsque cette forme se produit chez des personnes d'une bonne santé antérieure, c'est toujours dans des conditions où les occupations habituelles sont l'occasion de refroidissements intenses et répétés.

2° La marche régulière, propre, cyclique, de l'anasarque albuminurique scarlatineuse n'appartient pas à la maladie de Bright chronique, dans laquelle l'anasarque, aussi bien que l'albuminurie, présente des variations nombreuses et irrégulières, et dans laquelle le malade est sans cesse menacé d'une récidive pendant des mois et des années.

3° Les caractères suivants, énumérés par ordre de constance, sont tout à fait propres à l'anasarque scarlatineuse ; *a.* le ralentissement du pouls, qui ne manque jamais, persiste pendant toute la durée de la deuxième période et disparaît dès le début de la troisième ; *b.* le ralentissement de la respiration, qui est moins constant ; *c.* le début habituel de l'œdème par la face ; *d.* l'absence constante de douleurs de reins.

4° Enfin les complications elles-mêmes ne sont pas les mêmes que dans la maladie de Bright ordinaire. Les plus remarquables sont : les adénites, les catarrhes (de l'oreille moyenne et du tube digestif surtout), le rhumatisme articulaire aigu et la périostite.

M. Hamburger a employé des traitements assez variés contre l'anasarque scarlatineuse. La digitale et les agents hydragogues ne lui ont jamais donné que des résultats insignifiants ou tout à fait défavorables. Le vinaigre, qu'il a trouvé très utile dans la maladie de Bright ordinaire, lui a paru d'une action très infidèle dans l'anasarque scarlatineuse. Les bains tièdes, les acides minéraux, l'iodure de potassium, les ammoniacaux sont également presque sans utilité.

Par contre, l'auteur a obtenu de la médication quinique des résultats très favorables. « Sous son *influence, dit-il, l'excitation* fébrile de la période subaiguë ne tarde pas à se dissiper, la sécrétion urinaire devient plus abondante, l'urine sécrétée contient moins de sang, et prend une couleur moins foncée, les exsudats et même des abcès se résorbent rapidement ; l'appétit renaît et le retour des forces se fait rapidement. L'albuminurie seule reste, sans modification notable, pendant la plus grande partie de la convalescence, mais jamais je n'ai vu la persistance de ce phénomène donner lieu à une récidive ni entraver la convalescence en aucune manière. »

Le sulfate de quinine a été employé dans 47 cas, tous très graves : 44 fois son administration a été suivie, immédiatement ou au bout de quelques jours, d'une amélioration notable. Dans 3 cas seulement la marche de la maladie ne parut être modifiée ni en bien ni en mal ; après avoir pris inutilement le sulfate de quinine, pendant quatre ou cinq jours, ces malades furent laissés à l'expectation et guérirent.

L'efficacité du sulface de quinine est surtout frappante lorsqu'on l'emploie dans la seconde période, et, après l'avoir donné quelquefois dès la première période, M. Hamburger a pris pour règle d'attendre toujours la disparition des phénomènes aigus des premiers jours, à moins que des accidents graves ne rendent une intervention immédiate indispensable. La médication doit d'ailleurs être continuée au moins pendant quatre ou cinq jours. La dose employée par M. Hamburger est de 8 à 10 centigrammes, deux fois par jour pour les enfants, et du double environ pour les adultes.

Le régime des malades demande à être dirigé en même temps avec beaucoup de soin. M. Hamburger veut que la diète soit presque absolue ; il ne permet que l'ingestion d'une très petite quantité d'aliments liquides, vu l'état d'irritation des organes digestifs, qu'un régime substantiel ne pourrait manquer d'aggraver. (*Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*, 1861, p. 1.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Half-Yearly Abstracts of the Medical Science**, Edited by Ranking and Radcliffe; vol. XXVIII, XXIX, XXX, and XXXI, 1858-59-60. London, John Churchill, New Burlington street.

MM. Ranking et Radcliffe poursuivent toujours leur publication semestrielle destinée à rendre compte des principaux travaux récents sur les diverses branches de la science médicale. Les volumes sur lesquels nous appelons l'attention de nos lecteurs et qui se rapportent aux deux dernières années, se recommandent par les qualités que nous leur avons précédemment reconnues; ils présentent cependant encore quelques-unes des imperfections que nous leur avons déjà signalées et que nous signalerons encore, tant nous désirons voir se perfectionner de plus en plus une œuvre si utile. Ce sont les travaux anglais et américains qui y occupent la plus large place; cette préférence paraîtra toute naturelle à bien des gens; pour nous cependant qui pensons qu'on a mille moyens de savoir ce qu'on fait chez soi, tandis qu'on a la plus grande peine du monde à se tenir au courant de ce qu'on fait ailleurs, nous ne serons pas étonné que les lecteurs anglais trouvent à redire à cette distribution de l'ouvrage. Mais ce n'est pas à ce genre de lecteurs que notre analyse s'adresse, et en tant que Français, nous nous féliciterons de la part faite aux travaux d'origine anglaise. C'est ce qui fait à nos yeux le mérite de ce recueil, et c'est parce qu'il peut nous résumer en quelques centaines de pages le mouvement de la science en Angleterre ou dans les pays britanniques qu'il nous sera d'une véritable utilité. Du reste, la littérature médicale française y est assez bien représentée. L'Allemagne aurait peut-être bien quelque droit de se plaindre. Quant aux autres nations (il est vrai que ce ne sont pas les plus riches en science et les plus fertiles en découvertes), elles pourraient demander raison de leur exclusion d'un ouvrage qui est censé cependant rendre compte de tout ce qui se fait en dedans et en dehors de la Grande-Bretagne. Sous ce rapport-là ce recueil est *distancé par les ouvrages analogues dont la patience germanique* a depuis longtemps fourni le modèle; mais nous autres Français nous n'avons pas trop le droit de lui reprocher ces défauts, surtout quand nous voyons avec quelle peine et au prix de quels efforts on parvient à acclimater chez nous de pareilles entreprises. La *Gazette* rendait dernièrement compte de l'Annuaire que M. Cavasse poursuit depuis trois ans avec une si louable persévérance. C'est une œuvre à laquelle nous aimons à donner en passant un gage de la plus vive sympathie. Elle se perfectionne et se complète de jour en jour et mérite à tous égards la faveur du public. Nous avons été si longtemps inférieurs aux autres nations sous ce rapport (bien que notre ignorance des langues nous rendît la chose plus indispensable), que nous devons nous féliciter de cette utile et patriotique entreprise qui rend déjà les plus grands services à ceux qui veulent faire des recherches sur les questions actuelles, et qui en rendra bien plus encore à mesure que le temps dispersera ou rendra plus rares les sources auxquelles les matériaux pourront être puisées.

Le *Half-Yearly Abstract* est toujours divisé en deux parties. Une première destinée à l'analyse de ce qui est véritablement nouveau, articles de journaux, livres, etc.; une seconde qui sous le titre de *Reports on the Progress of the Medical Sciences*, rend compte des travaux importants qui ont paru sur divers sujets, sans leur demander comme condition expresse, le mérite de la nouveauté. Les principales branches de la médecine y sont représentées comme dans la première partie. Mais soit dans l'une, soit dans l'autre, nous ne trouvons pas toujours que la proportion soit établie entre les diverses branches en raison de leur importance. Constatons cependant que l'anatomie et la physiologie qui dans les premiers volumes, n'étaient pas l'objet d'une division spéciale, sont mieux représentées dans les derniers.

La fidélité des traductions et la justesse des analyses sont les qualités que tout recueil de ce genre doit essentiellement posséder. S'il peut être très utile pour aider à la vulgarisation et propagation des faits vrais et des vérités utiles, il est aussi exposé à répandre des erreurs qui, répétées ensuite, se propagent souvent en dépit des rectifications les mieux fondées. Cela est d'autant plus dangereux que beaucoup de personnes n'auront pas d'autre source pour y puiser leur érudition. Les articles que nous avons eu l'occasion de vérifier dans les volumes dont nous parlons nous paraissent à l'abri de ce danger, et le seul reproche que nous leur adresserions serait de rendre quelquefois incomplétement l'opinion des auteurs. Quoi qu'il en soit, ce recueil se recommande par des qualités qui justifient la vogue qu'il obtient de plus en plus en Angleterre, et il sera particulièrement utile à ceux de nos compatriotes qui voudront suivre de six en six mois le mouvement de la littérature anglaise. O.

---

**Bulletin bibliographique des sciences physiques, naturelles et médicales**, publié par J.-B. Baillière et fils. 1re année, 1860. 1 vol. in-8 de 218 pages.

Ce Bulletin se divise en deux parties. La dernière, qui n'est qu'un catalogue de livres *anciens et modernes* relatifs à l'histoire, à la biographie, à la philosophie, à l'enseignement, n'a rien qui doive spécialement fixer l'attention; mais la première constitue une innovation que nous croyons très utile. Elle réalise dans le domaine de la librairie ce que réalisent dans le domaine purement scientifique l'ouvrage analysé ci-dessus et quelques autres publications analogues. Le *Bulletin* de MM. Baillière, paraissant au commencement de l'année, renferme l'indication de tous les livres ou brochures mis au jour dans le cours de l'année précédente. Et comme cette énumération est divisée par ordre de matières (sciences physiques, sciences naturelles, sciences médicales), le travailleur peut connaître immédiatement tout ce qui a paru sur le genre d'études qui l'intéresse. On lui présente aussi, pour compléter ses moyens d'investigation, une liste de tous les journaux et annuaires scientifiques publiés à Paris, et qui atteignent, pour le dire en passant, le nombre assez respectable de 104.

Il ne s'agit pas, dans ce catalogue de la première partie, d'une simple reproduction de titre. D'abord. si l'ouvrage n'est pas entièrement original, s'il est l'abrégé d'un travail plus étendu, s'il est extrait d'une publication périodique, cette circonstance est mentionnée. Puis des renseignements divers sont le plus souvent ajoutés à la pure indication bibliographique. Tantôt l'ouvrage édité récemment se relie à d'autres travaux de la même main ou rappelle ceux d'un autre auteur; le *Bulletin* mentionne alors en petit texte les travaux antérieurs. Tantôt le titre, par son énoncé général, ne donnerait pas une idée suffisante de l'œuvre; une table des matières vient combler cette lacune. Bref, tout ce qu'un libraire est souvent en mesure d'apprendre au médecin, au naturaliste le plus érudit, MM. Baillière l'enseignent dans le *Bulletin*.

Quand nous aurons dit, enfin, que le *Bulletin* se termine par une table alphabétique des auteurs et une table analytique des matières, nous aurons fait comprendre combien peut rendre de services une telle publication. A. D.

---

## VII

## VARIÉTÉS.

### Sénat.

**SÉANCE DU 20 AVRIL 1861.**

*Discussion sur la médecine vétérinaire.*

Les Sociétés des vétérinaires des départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure, de la Charente, du Calvados, de la Manche, etc., présentent des considérations sur l'exercice de la médecine-vétérinaire, demandant une législation complète sur la matière.

M. le rapporteur, *marquis de Grouchy*, rappelle que des pétitions analogues ont été renvoyées, en 1854, en 1857 et en 1858, au ministre de l'agriculture et du commerce. Le ministre d'État, dans son rapport sur les pétitions, après avoir répondu, en 1854, qu'un projet de loi était à l'étude, a annoncé, en 1858, que les dernières pétitions dont le Sénat a prononcé le renvoi avaient été réunies aux documents déjà annexés au

projet de loi. Les questions à régler sont difficiles, et c'est ce qui explique sans doute le retard apporté à la présentation de ce projet.

Les pétitions actuelles sont identiques avec les précédentes, dans leurs observations et dans leur projet, et M. le rapporteur ne présentera à leur sujet que de très courtes observations. Elles demandent spécialement la création de nouvelles écoles, et, en effet, il est certain que le nombre des vetérinaires civils est insuffisant. En 1858, on comptait 2,544 vétérinaires civils ainsi répartis : Dans les chefs-lieux de départements, 319; dans les chefs-lieux d'arrondissement, 451; dans les cantons ruraux, 1,012; et, dans diverses localités, 762. Il y a là insuffisance manifeste; et quand des épizooties se déclarent, on se voit obligé d'envoyer à grands frais des vétérinaires sur les lieux.

M. le rapporteur donne quelques explications sur l'organisation des écoles de vétérinaires en Belgique, et après avoir signalé les difficultés qui s'opposent à l'établissement de vétérinaires expérimentés dans les campagnes, et parmi lesquels il indique spécialement la concurrence que leur font des empiriques installés depuis longtemps, il exprime l'espoir que les diverses mesures prises depuis 1853 sont le commencement et comme le préliminaire d'une législation d'ensemble sur la matière.

La commission propose le renvoi au ministre de l'agriculture et du commerce.

M. le *comte de Beaumont* ne combat pas le renvoi proposé, au contraire; mais il s'opposerait à la création d'une nouvelle école de vétérinaire.

Il y a aujourd'hui trois écoles qui donnent un enseignement scientifique excellent, depuis que des étables y ont été installées, où on transporte les animaux malades, qui deviennent ainsi pour les élèves l'objet d'études sérieuses. Mais, quand ces jeunes gens, à leur sortie de l'école, arrivent dans les campagnes, ils y rencontrent des empiriques, des ignorants qui vendent des sortiléges, et qu'on leur préfère.

Depuis les premières réclamations qui se sont élevées sur l'agriculture, elle a fait beaucoup de progrès; l'élève du bétail s'est amélioré, et si les campagnes avaient de bons vétérinaires, la perte de bestiaux résultant de maladies serait fort diminuée; mais pourquoi les vétérinaires manquent-ils? Ce n'est pas faute de sujets; c'est parce que les élèves sortis des écoles sont obligés, en face de la concurrence regrettable qu'on a signalée, d'abandonner leur carrière, qui ne leur donne pas assez pour vivre. Ce qu'il faut donc avant tout, selon l'honorable orateur, c'est que les empiriques disparaissent.

Sous le bénéfice de ces observations, il appuie le renvoi proposé; il désire que les pétitions qui font l'objet du rapport soient prises en très grande considération, et que les études entreprises à ce sujet soient conduites à prompte et bonne fin.

M. *De Ladoucette* appuie le renvoi. Le nombre des vétérinaires est insuffisant, et les conditions qui leur sont faites ne sont pas assez encourageantes. Il croit que les départements et les communes devraient venir en aide aux efforts faits par l'État; c'est ainsi qu'on arrivera à une solution sérieuse.

A l'appui de son opinion, l'honorable sénateur cite ce qui se passe dans le département de la Moselle. On y a senti qu'il était nécessaire que le département et les communes s'imposassent des sacrifices, et non-seulement on y a des médecins cantonaux, mais aussi des vétérinaires cantonaux. Les communes se sont groupées dans ce but, et si le nombre n'est pas encore suffisant, il s'est accru du moins.

Son Éminence le *cardinal Donnet* ne vient pas combattre le renvoi; non-seulement il demande le renvoi au ministre de l'agriculture et du commerce, mais il désirerait davantage encore.

Rien n'est désolant comme nos campagnes, lorsqu'une épizootie éclate; et si le nombre des vétérinaires était plus considérable, on pourrait recourir à eux dans ces tristes circonstances. On a parlé de l'Est et du Nord; Son Éminence peut parler de l'Ouest et du Midi : les vétérinaires y manquent; on y trouve trop souvent des empiriques ou des hommes qui abusent de la crédulité de l'habitant des campagnes, à l'aide de prétendus sortiléges. Sans doute le clergé s'efforce de combattre ces superstitions; mais elles sont tellement ancrées dans quelques esprits ignorants, qu'il est bien difficile de les faire disparaître, et Son Éminence se demande si l'on ne devrait pas réclamer le concours du ministre de la justice par les juges de paix, celui du ministre de l'intérieur par les préfets et les maires, pour combattre le mal par une action plus directe.

Pourquoi ne sévirait-on pas contre l'empirique et le sorcier, véritables fléaux de quelques-unes de nos campagnes, comme on le fait contre l'homme qui exerce la médecine sans être pourvu des diplômes nécessaires?

En terminant, Son Éminence demande qu'outre le renvoi au ministre de l'agriculture et du commerce, le Sénat prononce le renvoi aux ministres de la justice et de l'intérieur, ou au moins à ce dernier.

Le renvoi au ministre de l'agriculture et du commerce est prononcé.

M. le *président* : Je mets maintenant aux voix le renvoi au ministre de l'intérieur proposé par Son Éminence le cardinal Donnet.

Le renvoi au ministre de l'intérieur est également prononcé.

---

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 avril, un concours public sera ouvert le 19 août 1861, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques.

Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 19 juillet 1861.

Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

— M. Henri-Honoré Quotard, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, vient de mourir en cette ville, à l'âge de soixante-quatre ans. Ancien chirurgien militaire, il appartenait à l'enseignement depuis 1842. M. Quotard a publié un traité estimé sur la non-existence des fièvres essentielles, il était officier d'Académie.

— *Clinique de l'hôpital des Enfants.* — Le docteur G. Sée, médecin de l'hôpital des Enfants, fera, à partir du 30 avril, tous les mardis, à huit heures, des conférences cliniques, et, à neuf heures, des leçons théoriques sur les maladies aiguës des enfants. — La visite aura lieu à huit heures, salle Saint-Jean, service de MM. Bouvier et Sée.

— *Conférences cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.* — M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera ses conférences cliniques le jeudi 2 mai, et les continuera tous les jeudis, à neuf heures, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

— Une des conditions d'admission à l'Académie Joséphine de Vienne (Autriche) consiste dans la présentation d'un certificat de baptême. Cette condition, comme on le voit, exclut les juifs de la médecine militaire.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 29 avril, à l'issue de la séance ordinaire, *dans les salons des Trois Frères provençaux.*

Ceux de MM. les membres correspondants, nationaux ou étrangers, présents à Paris, qui désireraient prendre part à cette fête, sont priés de vouloir bien en informer à l'avance MM. les docteurs Brierre de Boismont ou Legrand du Saulle, commissaires.

— M. Robert, chirurgien de 2ᵉ classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société impériale et centrale de médecine vétérinaire tiendra sa séance publique de distribution des prix, dimanche prochain, 28 avril, à deux heures, dans la salle de la Société impériale zoologique d'acclimatation, 19, rue de Lille.

Dans cette séance, les lectures suivantes seront faites :

1° Discours d'ouverture, par M. Patté, président; 2° rapport général sur les prix et récompenses, par M. H. Bouley, secrétaire général; 3° sur les services que les vétérinaires peuvent rendre au progrès agricole, par M. A. Sanson, secrétaire adjoint.

— M. le docteur M. Csauss, professeur émérite, mort à Pesth le 14 septembre dernier, a, par son testament, fait des legs considérables à la Faculté de médecine, à l'hôpital des Enfants pauvres de cette ville et à l'Académie hongroise.

— M. le préfet de la Seine a visité, lundi dernier, les cinq services d'aliénés de la Salpêtrière.

— Une commission, réunie au Magasin central des hôpitaux militaires à Paris, s'occupe activement de ramener à des types uniformes et invariables tous les objets affectés à l'exploitation du service intérieur des hôpitaux militaires.

— Par décret, en date du 30 mars 1861, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, S. M. l'Empereur a nommé présidents :

De la Société de prévoyance de Saintes (Charente-Inférieure), M. Briault;
De la Société de Grenoble (Isère), M. Buissard;
De la Société de Metz (Moselle), M. le docteur Dieu.

— *Concours d'agrégation au Val-de-Grâce*, terminé le 20 avril 1861.

Section d'anatomie : M. J. Paulet, répétiteur à l'École de Strasbourg.
Section de chirurgie : M. Lecomte, médecin-major au 2ᵉ d'artillerie.
Section d'hygiène : M. Arnould, médecin aide major des hôpitaux d'Algérie.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

**On s'abonne** Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII. — PARIS, 3 MAI 1861. — N° 18.**

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

I. **Paris.** Consultation sur un cas de gastro-entéralgie avec glycosurie passagère. — II. **Travaux originaux.** Exploration de l'espace naso-pharyngien. — Note sur l'hypertrophie relative des hémisphères cérébraux dans l'épilepsie. — III. **Correspondance.** Sur la respiration des eaux minérales pulvérisées. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Bibliographie.** Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme : recherches expérimentales. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Note sur la médecine arabe dans l'Inde.

**I**

Paris, le 2 mai 1861.

### CONSULTATION SUR UN CAS DE GASTRO-ENTÉRALGIE AVEC GLYCOSURIE PASSAGÈRE.

Un honorable confrère des départements veut bien nous demander s'il nous conviendrait de donner notre avis, par la voie de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, sur des cas plus ou moins embarrassants, ou plus ou moins curieux, de pratique médicale, et nous envoie, à cette fin, la relation d'un cas remarquable de gastro-entéralgie. En le remerciant de sa proposition, et en y répondant aujourd'hui, nous nous faisons un plaisir de dire que nous serions au service de tous les confrères qui croiraient devoir nous faire pareil honneur.

**Exposé du fait.**

M. X..., aujourd'hui percepteur des contributions directes, est âgé de soixante-deux ans. C'est un petit homme, sec et nerveux, à peau fine et teint mat, doué d'une grande énergie morale. Son grand-père paternel, mort à un âge avancé, a été sujet toute sa vie à des crampes d'estomac et d'intestin. Son père jouissait d'une bonne santé. Point de renseignements sur sa mère morte jeune. Marié de bonne heure, il n'a jamais eu, dit-il (et on a lieu de le croire), le moindre accident vénérien. Sa vie a toujours été sobre, réglée et confortable. Quoique bureaucrate, il a su toute sa vie demander à un exercice modéré ce qu'il fallait pour équilibrer la contention d'esprit à laquelle il était astreint.

De vingt à trente-deux ans, il fut employé comme comptable et surveillant à la manufacture de porcelaines de Fours (Nièvre), pays marécageux où il contracta des accès de fièvre qui furent traités par de fréquents purgatifs, et des doses considérables de quinine. C'est à cette époque que survinrent des dérangements d'estomac et d'intestin, considérés alors comme inflammatoires, et qui furent traités par de fréquentes applications de sangsues à l'épigastre et à l'anus, mais sans succès. Les douleurs n'en persistèrent pas moins, et aux évacuations sanguines succéda la *médecine Leroy*, qui fut elle-même remplacée par le régime lacté. Celui-ci, n'aggrava pas l'état du malade, mais ne l'améliora pas sensiblement. Depuis ce moment, les douleurs gastro-intestinales n'ont

---

## FEUILLETON.

**Note sur la médecine arabe dans l'Inde** (1) ; réponse à quelques questions relatives à ce sujet, par M. HUKEEM MAHOMET MIRZA, médecin à Calcutta.

*Première question.* — A quelle époque remonte l'immigration des premiers médecins arabes dans l'Inde?

Les médecins et chirurgiens arabes firent leur première apparition dans l'Inde lors de l'invasion des conquérants arabes. Le premier de ces rois est Subukteegeen, de la dynastie samanienne et les médecins qui suivaient son camp, furent les premiers représentants de la médecine arabe dans l'Inde.

A Subukteegeen succédèrent les Ghuzneoides, parmi lesquels on remarque Mahmood Ghuznuwee, grand protecteur des sciences et des belles-lettres. Vint ensuite la dynastie ghorienne, à laquelle succédèrent les conquérants Affghan et Mongoles Chaque roi ou prince de ces diverses races était accompagné de ses médecins et chirurgiens, et les plus éminents d'entre eux sont mentionnés dans les ouvrages où est consignée l'histoire des règnes des souverains d'origine arabe.

*Deuxième question.* — Les médecins arabes ont-ils fondé des écoles dans l'Inde ? ou bien chacun d'eux a-t-il formé des élèves?

Le défaut de documents authentiques ne me permet pas de dire s'il existait des écoles de médecine dans l'Inde pendant le règne des dynasties ghuzneoide, ghorienne et khulajenne. Il est seulement avéré que les hukeems (médecins) les plus illustres avaient des élèves auxquels ils transmettaient les secrets de leur art.

L'empereur Akber, petit-fils de Baber-Shah, et fils d'Hoomayoon, fit venir de Perse deux médecins renommés, Abul Fatteh Sheeraza et Futtehoollah Geelanee, quoique l'Inde ne manquât pas, à cette époque, de médecins éminents.

Le même souverain favorisa en outre l'établissement, à Agra, d'un *Dar'-ool'-Shufa* et d'un *Dar'ool'-Buka*.

(1) Extrait des *Indian Annals of Medical Science*, n° 13, novembre 1860.

jamais disparu. Le malade ne s'est soumis à aucun traitement; il a mené une vie sobre, qui lui a permis de remplir sans interruption les fonctions qu'il occupe depuis près de trente ans.

M. X... n'a eu aucune maladie aiguë. Il a éprouvé quelques douleurs rhumatismales aux épaules et aux membres supérieurs. Quant aux accès de fièvre, ils n'ont laissé aucune trace. L'état pathologique du sujet est constitué uniquement par des symptômes gastro-intestinaux, dont voici le tableau exact :

D'une manière générale, M. X... souffre continuellement, plus ou moins. Les douleurs ont leur point central à l'épigastre et sur tout le trajet des intestins; légères, elles ne s'étendent pas au delà; mais si elles deviennent plus intenses, elles s'irradient tout autour de la poitrine, surtout à partir du cinquième ou sixième espace intercostal, gagnent la partie correspondante de la colonne vertébrale, les hypochondres et la paroi antérieure de l'abdomen. Enfin, dans des crises plus vives encore, les régions scapulaire et inter-scapulaire, la partie supérieure des parois thoraciques et les attaches du diaphragme sont le siége des douleurs.

Ces douleurs dans leurs points centraux, sont constituées parce qu'on est convenu d'appeler des *crampes d'estomac et d'intestin*. Ce sont tantôt des pincements, des tiraillements, comme si ces organes étaient tiraillés avec des tenailles; tantôt c'est un sentiment de dilacération, analogue à celui que produirait la morsure d'un animal. D'autres fois enfin, c'est un sentiment de constriction comme si l'estomac était serré dans un étau. Quant aux points circonvoisins, ou d'irradiation (poitrine, épaules, colonne vertébrale, etc.), le caractère de la douleur y est moins variable. C'est presque constamment le sentiment de dilacération extrême éprouvé quelquefois aux points centraux. Aux attaches du diaphragme, la douleur perçue par le malade suit tellement les lignes anatomiques, que celui-ci disait un jour: « Je me représente le diaphragme comme un filet circulaire dont les plombs terminaux seraient tiraillés au point de produire la déchirure de ses mailles. » Quand ces crises surviennent, le malade, quelque habitué qu'il soit à souffrir, présente un spectacle des plus pénibles. Au début, ce sont de légères contractions de la face et de l'abdomen, augmentant peu à peu avec la douleur; mais si la crise est violente, ce sont des cris déchirants dans l'intervalle desquels le sujet tombe dans l'abattement le plus profond. Très rarement ces crises se terminent par des vomissements. Quand ceux-ci surviennent, ce sont des matières muqueuses, analogues à des huîtres ou à du blanc d'œuf. Presque jamais les matières alimentaires ne sont vomies. Quand cela a eu lieu, on a pu quelquefois remarquer dans ces matières des aliments d'un repas antérieur à celui qui venait d'avoir lieu, sans aucune trace d'aliments ingérés pendant ce dernier.

Les douleurs, ai-je dit, sont continues avec exacerbations. En général, le malade souffre moins le jour que la nuit. C'est surtout vers cinq à six heures du soir que l'acuité commence à se faire sentir, et de neuf heures du soir à une heure du matin que les crises ont lieu. L'ingestion des aliments est sans influence sur leur manifestation; et réciproquement, des crises, même très violentes, n'influencent pas sensiblement les digestions. Celles-ci sont généralement bonnes et l'appétit est conservé dans des limites normales. Le malade boit de bon vin, quelques liqueurs même, mange des viandes succulentes, des légumes, des potages. Il a toute sa vie été un peu constipé, ce à quoi ne sont peut-être pas étrangères quelques petites tumeurs hémorrhoïdales. La soif ne présente rien d'anormal. Les liquides ne produisent aucune sensation pénible à leur arrivée dans l'estomac, si ce n'est, comme nous le dirons tout à l'heure, les eaux de Vichy et de Pougues que le malade a essayé en vain plusieurs fois de boire à ses repas.

Rien d'anormal, en apparence du moins, du côté du foie, des reins, de la vessie. Ces organes semblent bien participer aux douleurs pendant les crises; mais une fois celles-ci passées, la pression ne détermine aucune douleur, pas plus que sur tous les autres points de l'abdomen. Jamais le malade n'a eu dans ses selles ou dans ses urines de corps étrangers. Ces dernières sont claires, surtout pendant les crises.

Les forces sont ce qu'elles doivent être en raison de l'âge et de la constitution un peu chétive du malade.

Rien du côté de la moelle. Poitrine bonne.

De tout temps le malade a peu dormi. Il y a trois ans encore, il éprouvait très fréquemment des pollutions nocturnes.

En 1859, quelques douleurs musculaires du bras et de l'épaule étant survenues, on envoya le malade aux eaux de Néris; depuis ce moment, ces douleurs n'ont plus reparu.

Tel a été l'état de M. X..., depuis 1830 jusqu'au printemps de 1860. Vers cette époque les douleurs deviennent plus vives, les crises plus rapprochées; la nutrition commence à s'altérer sensiblement; le teint, ordinairement pâle, se décolore de plus en plus, devient terne et légèrement paille. La langue est devenue pâteuse, la salive a un goût terreux, la soif a augmenté. Quant à l'appétit, il n'a pas changé. Le sommeil, même quand le malade n'a pas de crises pendant la nuit, a sensiblement diminué.

Cependant l'examen le plus attentif ne fait pas découvrir *la cause* de cette aggravation de l'état antérieur et l'apparition de ces nouveaux symptômes. A Néris, où le malade retourne en juin, le médecin, frappé de ce changement, analyse à son tour les urines, et pendant les quinze premiers jours, ne trouve rien d'anormal dans leur composition. Enfin, un jour il écrit : « Votre malade est diabétique. J'ai trouvé jusqu'à 70 grammes de sucre par litre dans ses urines, plusieurs jours de suite. » Ainsi s'expliquaient l'amaigrissement, la soif, l'état de la langue, et même l'aggravation des accidents nerveux antérieurs. Cependant la quantité d'urine n'était pas augmentée; la soif et la faim étaient loin d'être ce qu'elles sont dans le diabète.

Au retour du malade, on analysa de nouveau les urines, et depuis ce moment jusqu'à ce jour, le médecin a répété ou fait répéter par d'autres cette opération plus de cinquante fois, employant tour à

---

Au Dar'-ool'-Shufa (dispensaire ou hôpital) étaient attachés deux médecins illustres, Hukeem Wuzeer-Khan et Hukeem Museeh Ooze'zuman. Tous deux avaient pour mission de donner leurs soins aux malades placés dans cet établissement et de donner une instruction pratique à un certain nombre d'élèves. De plus, ils enseignaient dogmatiquement la médecine au Dar'-ool'-Buka ou École de médecine (littéralement maison de l'éternité), où plusieurs Moulvees faisaient en outre des cours sur diverses branches de la médecine. Ces derniers n'étaient pas familiarisés avec l'exercice de l'art, mais la connaissance approfondie qu'ils avaient des langues arabe et persane les mettait à même d'enseigner la médecine d'après les œuvres des divers auteurs.

Il a été d'usage, de tout temps, parmi les médecins orientaux, d'admettre les élèves des Moulvees dans leur *Muthub* (cabinet de consultation) ou au Dar'-ool'-Shufa, à l'effet de leur enseigner la pratique de l'art; ils leur apprenaient à formuler, sous leur dictée, des prescriptions, à examiner et à reconnaître les drogues, à explorer le pouls, à inspecter l'urine, et à étudier la nature, les symptômes et le diagnostic des maladies. Lorsque ces élèves se trouvaient suffisamment familiarisés avec les différentes branches de la pratique médicale, ils étaient autorisés, avec la permission et souvent sous la direction de leur maître, à exercer pour leur propre compte. C'est de cette manière que se formaient les médecins lors de la domination des conquérants arabes, et aujourd'hui encore l'éducation médicale se fait suivant les mêmes errements parmi les mahométans de l'Inde.

L'empereur Shah Jehan fit venir dans l'Inde un certain nombre de médecins persans. Sa cour à Deh'li fut un centre où les sciences médicales trouvèrent de puissants encouragements et d'où la médecine arabe rayonna et se répandit au loin. C'est là que naquirent un grand nombre de médecins mahométans illustres qui, envoyés dans les diverses parties de l'Inde avec des gouverneurs et des chefs influents, allaient porter partout les bienfaits de l'art de guérir. La plupart des indigènes de l'Inde, qu'ils soient hindous ou mahométans, ont une très haute opinion de l'habileté et du savoir-faire des Hukeems de Deh'li. A part Deh'li, d'autres localités pos-

tour tous les procédés glycométriques les plus sûrs. Le résultat de ces nombreuses analyses a été celui-ci : en juillet, août et septembre, quelques traces de sucre, trois fois seulement; quelques jours auparavant et après, plus de traces; depuis ce moment enfin, pas un seul atôme. Or l'état du malade, n'a changé en rien. (Inutile d'ajouter qu'on s'est assuré qu'il n'y a pas d'albuminurie.)

En septembre dernier, M. Mialhe n'a rien trouvé d'anormal dans les urines. M. Cruveilhier diagnostiqua des *crampes nerveuses de l'estomac et des intestins, sans lésions organiques appréciables*. Les choses n'ont pas changé depuis cette époque. Le malade éprouve presque toutes les nuits des crises violentes. Son insomnie est complète. A la suite de deux ou trois nuits mauvaises, il lui arrive de passer toute la journée au lit; mais ordinairement il reste levé l'après-midi. Dans tous les cas, il s'occupe de ses affaires de bureau assez activement pour n'avoir pas eu jusqu'ici besoin d'accroître son personnel d'employés : Pour peu que ses crises soient éloignées ou de moyenne intensité, il renaît à l'espérance. Au reste, il est convaincu, quelque confiance qu'il ait en moi, que sa maladie est inconnue. Dernièrement, il a cru en avoir trouvé la cause dans un léger sédiment d'acide urique.

Il faut ajouter que, pendant la durée de la glycosurie, le malade avait une toux sèche, sans que l'auscultation fît rien découvrir d'anormal dans la poitrine.

Tous les antispasmodiques, narcotiques, toniques, de la matière médicale; les révulsifs, les eaux minérales, ont été tour à tour essayés, non-seulement sans succès, mais plus d'une fois au détriment du malade.

### Remarques.

Notre confrère ne réclame pas de nous l'indication de nouveaux moyens thérapeutiques; il voudrait seulement être éclairé sur la question de physiologie pathologique et, plus expressément, sur la signification de la glycosurie qui a traversé à plusieurs reprises le cours de la gastro-entéralgie. Au *moment où la présence du sucre dans les urines fut constatée pour la première fois*, il pensa, en songeant surtout à l'existence d'une toux sèche, que la fonction glycosurique du foie pouvait avoir été activée par une névrose du pneumogastrique. Cette conjecture, il ne s'y était attaché que faiblement, parce qu'il lui paraissait singulier qu'une telle complication ne se fût montrée qu'après une trentaine d'années, et que, si elle se liait réellement à l'affection intestinale, elle n'eût pas été signalée par les auteurs. Maintenant, en présence de la disparition totale de la glycosurie, il est disposé à abandonner entièrement sa première interprétation.

(1) Notre confrère nous écrit que, postérieurement à l'envoi de cette note, le malade a rendu encore des urines sédimenteuses rouges et a cru y trouver *le corps du délit*.

Nous ne croyons pas devoir insister sur la nature des accidents gastro-intestinaux. Le siége des douleurs, leur caractère, leur marche, les vomissements rares de matières muqueuses, la conservation de l'appétit, l'état habituel des digestions, la constipation, sont des témoignages de l'existence d'une gastro-entéralgie; et il y a lieu de penser que, même aujourd'hui, le goût terreux de la bouche, l'amaigrissement, la teinte légèrement paille, sont liés à l'intensité et à l'ancienneté des souffrances, et non à une lésion organique grave. Il ne s'agit donc pour nous que de rechercher s'il y a un rapport, et quel il est, entre la glycosurie et la névrose gastro-intestinale.

En fait, il n'existe pas, du moins à notre connaissance, d'observation tout à fait semblable à celle de notre confrère, c'est-à-dire dans laquelle la présence de sucre dans les urines ait paru subordonnée à l'existence d'une névralgie de l'estomac et des intestins; nous en avons cherché en vain dans le travail où Griesinger a donné, il y a deux ans, le résumé de deux cent vingt-cinq cas de diabète. (*Arch. für phys. Heilkunde*, 1859, 1re livr.). Mais on ne peut oublier ici qu'il existe précisement une théorie, qui a reçu de quelques auteurs le nom de *théorie gastro-intestinale*, et dans laquelle on assigne pour origine à la glycosurie le dérangement des fonctions digestives. Cette interprétation, qui a été surtout défendue en Angleterre par Rollo, Prout et Bence Jones, compte des partisans en France et en Allemagne. Liebig et Griesinger s'y sont rattachés plus ou moins explicitement, et pour notre compte, nous ne faisons pas difficulté de l'accepter au moins pour un certain nombre de cas.

Cela étant, il importe peu que l'affection intestinale ait le caractère névralgique ou ne l'ait pas, si elle a pour conséquence plus ou moins fréquente de troubler les fonctions digestives, et, à ce titre, l'observation de notre confrère rentre dans toutes celles qui ont été invoquées par la théorie rappelée tout à l'heure.

Maintenant, un état névralgique du tube digestif n'est-il pas spécialement apte à produire la glycosurie? Il y a lieu de le penser. Il n'est pas besoin, pour comprendre le rapport pathologique du diabète avec une gastralgie, de remonter jusqu'au nerf vague. Il n'y a qu'à supposer une excitation du grand sympathique; car on sait que la fonction glycosurique du foie se continue quand on coupe le nerf vague entre le poumon et le foie. Or, l'excitation du nerf grand sympathique est, pour ainsi dire, l'élément essentiel de la névralgie gastro-intestinale. Il nous semble donc qu'il y aurait

---

sédaient autrefois des Dar'-ool'-Shufaha. J'ai vu une institution de ce genre à Hyderabad, dans le Deccan.

J'arrive aux chirurgiens. Il est, à la vérité, incontestable que les Arabes possédaient un certain nombre de chirurgiens distingués, tel que l'illustre écrivain Abool Casemool Zahravee (Albucasis), mais je dois avouer, à mon grand regret, que dans l'Inde cette branche de l'art médical n'existe plus sinon que de nom et n'est enseignée nulle part. Il n'y a en réalité parmi nous aucun chirurgien digne de ce nom. Il y a des hommes ignorants, appelés *Jur'rah* (de *jurabuth*, plaie) qui ont la prétention de saigner et de guérir les plaies, les ulcères et les bubons. Ce sont généralement des barbiers. Toute leur science est bornée à quelques traditions transmises oralement de père en fils, et qui restent par conséquent le privilége d'un certain nombre de familles. D'une manière générale, ces gens sont d'une ignorance crasse, et ils se bornent à faire des saignées, à coudre des plaies, à soigner des ulcères, à administrer des lavements, à faire des embrocations, à appliquer le cautère actuel, etc.

Il y a, en outre, des classes distinctes de personnes qui se renferment dans quelques spécialités, telles que la lithotomie, l'opération de la cataracte, la réduction des luxations et des fractures; d'autres (ce sont généralement des femmes) font des scarifications et appliquent des ventouses.

Tous ces individus sont en général extrêmement illettrés et ignorants, ce qui fait que les médecins méprisent souverainement les Jurrah. Jamais un médecin arabe ne pratique une opération, mais les Jurrah soignent les maladies chirurgicales sous leur direction.

*Troisième question.* — Quels sont les ouvrages de médecine et de chirurgie qui font actuellement autorité parmi les Hukeems?

Les médecins arabes font usage d'un grand nombre d'ouvrages de médecine, dont la plupart traitent, soit de la matière médicale et de la thérapeutique, soit de la théorie et de la pratique de la médecine. La plupart des auteurs arabes et persans ont embrassé dans cet ouvrage unique la plupart des sciences médicales, et il en est fort peu qui aient écrit des monographies. Le grand ouvrage

lieu de poursuivre des recherches dans cette direction et, que, en attendant, notre confrère s'est un peu trop hâté de rompre avec ses premières impressions.

D'où lui sont venus ses scrupules? De ce que la glycosurie n'a été que transitoire. Mais la glycosurie transitoire, soit qu'elle procède de la non-destruction du sucre formé dans l'intestin aux dépens des matières féculentes, soit qu'elle se lie à une action anormale du foie, s'observe assez fréquemment. On la rencontre, chez certains individus, uniquement pendant le travail de la digestion (Rayer); chez d'autres, à la suite d'une violenteé motion morale; chez ceux-ci, après un accès de rhumatisme ou de goutte; chez ceux-là, pendant l'accès. Quand on se rappelle les observations récentes de M. Andral, tendant à montrer que le diabète se rattache plus ou moins fréquemment à un état congestif du foie, on n'a aucune peine à concevoir qu'une gastro-entéralgie amène l'hypérémie hépatique, qu'elle l'amène seulement de temps à autre, et que, par conséquent, elle donne lieu à la glycosurie transitoire.

Nous ferons une dernière remarque. Les détails de l'observation ne suggèrent pas la pensée que M. X... soit atteint de goutte, ni même de rhumatisme intense, et qu'on puisse rapporter sa gastro-entéralgie à l'un de ces deux états morbides. Néanmoins, nous nous permettons d'appeler l'attention de notre confrère sur un des symptômes notés dans son observation, sur ce *corps du délit* que le malade lui a signalé. Il résulte des observations de Bence Jones, Watts, Rayer, que le dépôt d'acide urique dans les urines précède assez souvent le diabète, et que, dans certains cas, il y a comme une alternance plus ou moins répétée entre l'urine pâle du diabète et l'urine briquetée des goutteux. Ce symptôme présenté par M. X..., s'il ne contribue en rien à éclairer la question des rapports de la glycosurie avec la gastro-entéralgie, tend du moins à faire présumer que, chez ce malade, la diathèse diabétique tend à s'établir définitivement. Il y aurait lieu peut-être de porter de nouveau son observation sur les dépôts urinaires.

En somme, nous penchons à croire :

1° Que, dans le cas soumis à notre appréciation, la présence temporaire de sucre dans l'urine était liée à l'état névralgique du tube gastro-intestinal;

2° Que M. X... est menacé de diabète permanent si l'état des fonctions digestives ne s'améliore pas.

Nous avons dit que notre confrère ne demandait pas notre avis sur la question thérapeutique, et il est très vrai que nous ne serions pas en mesure de l'aider beaucoup sous ce rapport. Qu'il nous permette pourtant de lui dire que, dans ces cas rebelles, où toute la matière médicale a été impuissante ou nuisible, nous avons vu quelquefois l'hydrothérapie, employée énergiquement, rendre de signalés services. A. DECHAMBRE.

---

Après l'élection prévue de M. Raynal mardi dernier, à l'Académie de médecine, M. de Kergaradec a pris la parole; mais il ne répondra qu'en deux séances au discours en deux actes de M. Depaul. M. Devergie parlera de nouveau sur les conclusions. Pour nous, après la clôture du débat — *post mortem*, — peut-être chercherons-nous à déterminer ce qu'on en pourra tirer de viable.

M. Bourguignon a fait une lecture que nous n'avons pu entendre sur la *malaria urbana*. Ce sujet reviendra avec le rapport.

Disons enfin que l'*Académie de médecine* et la *Société de chirurgie* sont en même temps saisies de la question de la pharyngo-laryngoscopie : l'une par M. Mourat-Bourouillou, l'autre par M. Turck (de Vienne), qui est en ce moment à Paris. A. D.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

EXPLORATION DE L'ESPACE NASO-PHARYNGIEN. — (*Untersuchung des Nasenrachenraumes*), par M. SEMELEDER, médecin en second de la troisième division chirurgicale de l'Hôpital général de Vienne. — (*Zeitschrift der Kaiserl. Königl. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860.)

(Suite et fin. — Voir le numéro 17.)

Dans le premier article, M. *Semeleder* se contente de donner des détails techniques que nous n'avons pas cru devoir abréger, car ils se prêtent mal à l'analyse, et ceux qui voudraient répéter les expériences ne s'en plaindront pas.

Dans un second article, inséré dans le n° 47 du même journal, nous trouvons des détails cliniques et l'exposé de quelques observations sur le vivant. Nous croyons utile de les faire connaître, afin de montrer que la rhinoscopie peut rendre de véritables services au lit du malade.

Nous avons déjà vu le résultat obtenu chez un malade atteint de polype naso-pharyngien, et qui fut examiné avec le miroir vers le commencement d'avril. Nous avons retrouvé dans un autre recueil l'observation tout entière publiée par M. le docteur Zsigmondy; elle est longue, et destinée à prouver la valeur de la galvanocaustique dans le traitement des polypes du pharynx. Mais, comme

---

d'Avicenne, appelé *Quanôon*, ne traite pas seulement des sujets de médecine, mais également des matières complétement étrangères à la médecine, telles que la logique, l'astronomie, la métaphysique, etc. Il est également à remarquer que les ouvrages en question ne font qu'une médiocre part aux descriptions anatomiques, à une ou deux exceptions près (telles que le Tushreeh Houz Munsoree, ouvrage dédié au petit-fils de Tamerlan). Je ne connais pas un seul ouvrage consacré à l'anatomie, mais la plupart des traités de médecine arabes et persans comprennent un chapitre d'anatomie et une dissertation théorique sur l'action et l'usage des différentes parties du corps humain. La religion mahométane interdit d'ailleurs expressément tout traitement irrespectueux infligé aux cadavres, et, *à fortiori*, la dissection.

Les étudiants arabes se servent généralement au début de leurs études, du *Qanoon'cha*, qui est un manuel abrégé de médecine, écrit par Ahmed Bin Muhnood Chughmunee. Dans l'édition publiée à Calcutta sous les auspices du comité d'instruction publique, cet ouvrage contient un commentaire persan rédigé par Hukeem Mouloy Abdool Mujeed.

Les élèves qui ne sont pas familiarisés avec la langue arabe se servent d'un ouvrage persan appellé *Meezan e Tilb*. Après avoir pris connaissance de ces ouvrages, ils passent à l'étude des trois suivants : le *Sud' dee' dee*, le *Nu' fee' see* et le *Oon' su' ree* qui sont des commentaires ou un traité classique appelé *Moojiz*. Ce traité et les commentaires qui l'accompagnent sont remplis de dissertations théoriques, presque toutes basées sur les procédés de l'ancienne logique. On y trouve par contre peu d'enseignements pratiques.

Un autre ouvrage arabe, le *Shurah Usbaud ool Ulamat* jouit également d'une très grande réputation. Le *Quanoon* de Boo Ally Ibne Se'na est trop connu pour que j'en parle. C'est une espèce de dictionnaire. Pour comprendre cet ouvrage, il faut une connaissance approfondie de la langue et de la littérature arabes. Il n'en existe ici qu'un petit nombre d'exemplaires, et il y a encore moins de médecins qui s'en servent.

Les ouvrages que je viens de citer, font autorité parmi les médecins arabes, mais il y en a un grand nombre d'autres. Je me contenterai de citer les titres des suivants : *Tooh fu' thool Moo'*

ce dernier point ne doit pas nous occuper ici, nous nous contenterons de donner le titre de l'observation, et d'extraire les paragraphes qui ont trait à la rhinoscopie.

*Polype fibreux naso-pharyngien; ligature accompagnée d'une violente hémorrhagie; récidive; premier examen rhinoscopique; extraction avec la pince à polype d'un fragment du lobe nasal; nouvelle hémorrhagie violente; second examen rhinoscopique; excision galvano-caustique sans écoulement sanguin; hémorrhagie accessoire par suite de la séparation des adhérences latérales aux bords de la narine postérieure; guérison complète constatée par un troisième examen rhinoscopique* (1).

Voici le résultat de l'examen pratiqué le 23 mai :

Le miroir naso-pharyngien montre de la manière la plus évidente le lobe guttural du polype, arrondi, d'un rouge livide, luisant à sa surface, recouvert de capillaires nombreux et dilatés, et excorié en plusieurs points; il présente à sa partie inférieure deux saillies verruqueuses, en haut et à gauche une incisure profonde qui isole du corps principal de la tumeur une sorte de lobule elliptique supérieur qui se continue avec un pédicule à large base, comme le démontre, du reste, l'exploration avec le doigt, confirmée plus tard par l'opération.

Si l'on engage dans l'incisure le crochet qui sert à soulever la luette, et qu'on attire légèrement le corps du polype en avant, on aperçoit le lobule en question dans une plus grande étendue. Les trompes, la cloison et les arrière-narines, qui étaient encore visibles quelques semaines auparavant, ne pouvaient plus être actuellement aperçues. En revanche, on distinguait bien le contour inférieur du lobe guttural, qui, lors du premier examen, était masqué par le voile du palais.

Le malade supporta très bien l'examen rhinoscopique, car le voile du palais avait, du reste, perdu beaucoup de sa sensibilité, par suite du contact continuel avec le polype; il déprimait lui-même sa langue avec l'abaisse-langue de Simpson, coudé à angle droit. L'introduction et la mise en place du miroir exigeaient moins d'exercice que dans l'examen du larynx. Tout se voyait très bien, surtout avec la lumière naturelle du soleil couchant; mais on distinguait bien aussi, lorsque le jour était serein, en s'éclairant avec la lunette de M. Semeleder.

Une figure intercalée dans le texte de l'observation montre l'ensemble du polype. Le lobe guttural présente le volume d'une noix; il est composé de deux lobules superposés. L'insertion se trouve sur le supérieur; elle se fait à la voûte du pharynx et à la partie supérieure de la cloison.

Je passe sous silence les détails de l'opération galvano-caustique, qui sont explicitement décrits, et je donne seulement le résultat du nouvel examen rhinoscopique entrepris sept semaines après l'opération. Une nouvelle figure représente l'état des parties. J'y suppléerai en résumant ce qu'elle montre. Disons que le toucher avait déjà constaté l'effacement presque complet du tronçon du pédicule; les surfaces cautérisées par le fil de platine étaient presque complétement lisses.

Avec le rhinoscope, on aperçoit la cloison des fosses nasales si fortement repoussée à droite que la narine postérieure de ce côté ne représente plus qu'une fente verticale large à peine de 2 ou 3 lignes. La narine postérieure gauche, au contraire, est très élargie et remplie de mucus. A la base du crâne, à gauche de la ligne médiane, et à la paroi supérieure et externe de la narine postérieure, on distingue une surface cicatricielle d'un gris bleuâtre légèrement convexe; son étendue à la voûte du pharynx n'est pas indiquée sur le dessin; mais, dans la cavité nasale, elle forme une plaque antéro-postérieure longue de 2 centimètres au moins, et large de 1 centimètre; elle répond donc à peu près à toute la moitié gauche du corps du sphénoïde qui entrait dans la composition de la voûte de la fosse nasale gauche. Le reste de la muqueuse de la cavité naso-pharyngienne offre des plis nombreux, surtout au voisinage de la fosse de Rosenmüller. Les deux trompes sont normales.

En résumant les points principaux de l'observation, M. Zsigmondy apprécie en ces termes l'intervention du rhinoscope.

Les renseignements fournis avant l'opération eurent, sans aucun doute, dans le cas actuel, beaucoup moins d'utilité pratique que ceux que procura le toucher, car celui-ci permit de reconnaître sûrement le lieu d'insertion du pédicule du lobe pharyngien, et le large prolongement du lobe nasal dans le pharynx. En revanche, il faut avouer que le diagnostic fut complété par la vue directe de l'image du polype, qui révéla immédiatement sa couleur, sa richesse vasculaire, les ulcérations de sa surface, son développement continu, et par conséquent ses changements de forme; qu'en outre, l'examen rhinoscopique incommoda beaucoup moins le malade que le toucher, et que, chez un sujet si disposé aux hémorrhagies, l'emploi du miroir était encore permis, à une époque où la crainte de cet accident interdisait une nouvelle exploration manuelle exacte.

Enfin l'image des parties donnée par le rhinoscope après le traitement est très importante, car elle démontre d'une manière concluante la guérison entière et l'absence de toute récidive, complétant ainsi utilement les données recueillies par le toucher.

Je rends la parole à M. Semeleder. Après avoir relaté sommairement le fait publié par M. Zsigmondy, il continue : — Dans un cas analogue, que j'ai publié avec mon collègue M. Neumann, on voyait après l'opération faite par la galvano-caustique que le polype en pénétrant dans la fosse nasale droite avait refoulé la cloison vers le côté gauche. La cicatrice inégale, bosselée, qui existait à la base du crâne était recouverte de mucus concrété, ainsi que l'orifice de la fosse nasale droite. L'embouchure de la trompe d'Eustache du même côté était déviée et rétrécie. (*Wiener allgem. medizin. Zeitung*, 1860, n° 27.)

(1) *Œsterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, n° 39, 28 septembre 1860.

---

*mee' neen'*. — *Qur' a' ba' deen' Sugheer.* — *Quarabadeen Kubeer.* — *Tibbe Akbur.* — *Mukh' zun' ool Ud' wee' ah.*

*Quatrième question.* — Les Hukeems ont-ils adopté les systèmes de Chan' ran' ka et de Su' shroota, dérivés de l'A'yoor Yaydo'?

Relativement à cette dernière question, je dois avouer à mon grand regret que, bien qu'un certain nombre de traités de médecine sanscrits aient été traduits en arabe et en persan, les médecins arabes de l'Inde n'ont pas assez de bonne foi pour reconnaître les obligations qu'ils ont aux anciens maîtres sanscrits de la médecine. L'auteur de l'histoire appelée *Tareehk, é, Terishta* reconnaît expressément avoir traduit du sanscrit un ouvrage qu'il appelle *Shufa-oon' Naus*. Un grand nombre d'ouvrages sanscrits ont été également traduits sous le règne de l'empereur Akbar; les annales de son règne (*Tareekh Akbaree*) contiennent des preuves évidentes de ce fait.

Le défaut d'ouvrages historiques ne me permet pas de donner plus de détails à cet égard.

Signé : Hukeem Mahomed Mirza, de Del'hi, *médecin praticien, à Calcutta.*

Traduit par Tumeez Khan, chirurgien adjoint et professeur d'anatomie au collège médical.

Calcutta, 5 juin 1860.

Index bibliographique des ouvrages de médecine sanscrits généralement étudiés aujourd'hui par un Kobiraj instruit; par Pundit Eswur Chunder Bidyasagur.

1. *Nidâna*, avec commentaires; traitant des causes des maladies et étiologie, des anamnestiques, des symptômes actuels, du diagnostic et de la pathologie ou des altérations des humeurs.

2 et 3. *Ratnavali* et *Chakanpairidatta*, traités de thérapeutique, de pharmacie et de diététique.

4. *Puthyâ pathya*, traité de diététique.

5. *Raja Valluva*, traité d'hygiène et de l'action physiologique des drogues.

6. *Paribhâsha*, dictionnaire des termes techniques employés dans les ouvrages de médecine.

— Dans le courant de l'été, je fus consulté par un jeune homme de dix-neuf ans chez lequel on reconnaissait, dès le premier coup d'œil, l'existence d'un obstacle au passage de l'air par les fosses nasales; la bouche, maintenue béante, donnait à la physionomie une expression stupide; la voix était creuse et éteinte. L'examen des fosses nasales par les narines ne révéla rien de particulier. L'exploration rhinoscopique, qui fut très bien supportée du premier coup, fit voir un corps du volume d'une noisette, légèrement bosselé, tendu, luisant, rouge bleuâtre, naissant de la base du crâne, couvrant, en grande partie, les orifices postérieurs des fosses nasales et la cloison, mais laissant encore assez d'espace libre en arrière et sur les côtés pour qu'il fût possible de voir une partie de la base du crâne et des orifices des trompes d'Eustache, qui n'étaient pas altérées. L'ouïe était intacte.

Ce malade ne put être suivi.

— Un de nos collègues se croyait atteint de polypes dans la fosse nasale droite. L'examen extérieur ne révélait rien. Au rhinoscope, on voyait la cloison un peu refoulée à gauche; le cornet inférieur droit fortement tuméfié, faisant une saillie plus considérable en arrière que dans l'état normal; la muqueuse de ce cornet, de la cloison et de la fosse nasale droite, était gonflée, hypertrophiée, et présentait une coloration rouge bleuâtre analogue à celle d'une prune en voie de maturité.

— Un malade de soixante-quatre ans présentait divers accidents qui semblaient dénoter l'existence d'une syphilis secondaire, quoiqu'il niât formellement avoir jamais contracté de chancres. Il existait des ulcérations et des exsudations sur une grande partie de la face postérieure du pilier droit et sur les deux côtés de l'espace naso-pharyngien, surtout au voisinage des orifices des trompes. Les ulcérations du pilier étaient plus faciles à voir à l'aide du rhinoscope que sans le secours de cet instrument. L'emploi local d'une solution de sublimé et de nitrate d'argent, accompagné d'un traitement général approprié, resta sans résultat satisfaisant.

— A l'orifice des trompes, dans l'angle ouvert du côté des fosses nasales, et limité par le bord postérieur et inférieur du pavillon (dans l'image rhinoscopique), j'ai rencontré souvent un dépôt de mucosités ayant environ les dimensions d'une lentille, sans qu'il existât aucun symptôme de catarrhe ou d'obstruction des trompes. Dans un cas, le dépôt muqueux était encadré des deux côtés et dans la direction des fosses nasales par un vaisseau d'un tiers de ligne de diamètre, situé en dedans et en haut sur l'image rhinoscopique. Il est fort possible que ce vaisseau formât la limite d'une ulcération dont le fond était revêtu d'un exsudat muqueux. Chez un malade, l'orifice de la trompe gauche était, en outre, entouré de plusieurs petits vaisseaux dilatés d'un calibre moins fort. Interrogé à ce propos, le malade déclara que son ouïe avait diminué de finesse depuis un certain temps.

Je n'ai observé qu'une seule fois une véritable altération de la trompe d'Eustache. (Ici l'auteur rapporte la remarquable observation publiée par le docteur Dauscher, dans laquelle, à l'aide du rhinoscope, on porta le diagnostic le plus précis; on mit en usage le traitement rationnel, et le plus beau succès couronna l'œuvre. Ce fait, si intéressant pour la médecine organicienne, encouragera, sans doute, les praticiens qui s'occupent des affections de l'oreille à étudier la rhinoscopie. Aussi avons-nous cru utile de le publier en entier.

J'ai constaté, continue M. Semeleder, un certain nombre de variétés dans la forme de la cloison, variétés qui ne s'accompagnaient d'aucun symptôme particulier. Large et rouge à sa partie supérieure, comme le reste de la muqueuse pharyngienne, la cloison se termine insensiblement en bas par une arête vive d'une coloration jaune rosé. Dans quelques cas favorables, et en employant un crochet assez fortement recourbé, qui permet d'attirer en avant et en même temps de soulever le voile du palais, on peut apercevoir encore la partie la plus inférieure de la cloison et la portion de la muqueuse qui de là se porte sur le plancher des fosses nasales. Entre le tiers moyen et le tiers inférieur de la cloison, la muqueuse présente souvent une saillie creusée de dépressions, arrondie, d'une coloration gris bleuâtre ou jaunâtre : tantôt sa surface est lisse, tantôt grenue comme celle d'une mûre. Cette végétation, si je puis provisoirement employer cette dénomination, occupe parfois les deux tiers inférieurs de la cloison sous forme de deux bourrelets grenus, allongés, situés latéralement, se confondant en bas en s'amincissant peu à peu, et interceptant en haut un espace en forme de flèche dans lequel la muqueuse est jaune et lisse. J'invite les observateurs à rechercher ces productions singulières, dont je porte moi-même un échantillon au tiers inférieur de la cloison, et dont M. Czermak a également vu des exemples.

Je présenterai maintenant quelques remarques générales sur la rhinoscopie. Si sur 100 sujets il n'y en a que 8 ou 10 qui soient absolument rebelles à l'examen laryngoscopique (dans une leçon faite à la Charité, sur 48 malades pris au hasard dans divers services, j'en trouvai 4 chez lesquels l'examen du larynx ne donna aucun résultat satisfaisant ou chez lesquels cette exploration fut impossible). La proportion est beaucoup moins favorable pour la rhinoscopie. Toutefois, je ne puis encore fixer cette proportion.

J'ai commencé par me servir, pour abaisser la langue pendant l'examen rhinoscopique, de la spatule coudée déjà indiquée par Petit et modifiée par Simpson (1). Le principal obstacle est dans la sensibilité du voile du palais. Chez quelques individus, ce voile se relève involontairement en haut et en arrière lorsqu'ils respirent la bouche ouverte. Chez d'autres, dès qu'on le touche avec un instrument quelconque pour le changer de position, le crochet s'échappe aussitôt en causant quelques douleurs, par suite de ce mouvement qui, pendant la déglutition, sépare la cavité naso-pharyngienne de la portion alimentaire du pharynx, ce qui constitue un obstacle insurmontable à la rhinoscopie en empêchant l'accès des rayons lumineux dans la partie céphalique du pharynx.

J'ai cru d'abord qu'on pourrait obtenir le relâchement du voile du palais en engageant les malades à respirer exclusivement par le nez, tout en tenant la bouche ouverte; mais cet expédient est d'une efficacité médiocre, surtout lorsqu'on introduit des instruments dans la bouche. On arrive plus facilement au résultat en faisant prononcer au sujet des voyelles nasonnantes, ainsi que l'a montré M. Czermak.

Il est impossible de déplacer en avant le voile du palais une fois qu'il est relevé, bien qu'on puisse parfois l'habituer peu à peu à supporter une traction modérée. Je n'ai donc pas besoin de dire ce que je pense des diverses pinces imaginées dans ce but. En outre, il ne suffit pas, dans l'exploration rhinoscopique, de relever simplement la luette ou le voile du palais sans les attirer en avant, car ces parties s'échappent avec la plus grande facilité si on ne les fixe à l'aide d'un crochet assez fortement recourbé. Cet instrument est d'ailleurs moins gênant qu'une spatule légèrement courbe, et il fixe plus solidement le voile du palais.

Lorsqu'on se contente d'un procédé un peu grossier et d'un résultat incomplet, on peut, comme nous l'avons quelquefois fait avec succès, introduire un petit miroir d'avant en arrière entre la luette et les piliers sans toucher le voile du palais, et après avoir seulement abaissé la langue.

Jusqu'ici je n'ai trouvé que deux individus chez lesquels le rhinoscope ne faisait voir que le cornet inférieur; chez tous les autres on voyait, en outre, le cornet moyen. Quant au cornet supérieur, il est fort difficile de le reconnaître.

---

Surdité de l'oreille gauche, causée par une obstruction de la trompe d'Eustache. Guérison complète par des injections faites a l'aide du cathéter d'Itard. (*Zeitschrift der kaiserl. kœnigl. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 17 septembre 1860, n° 58, p. 593.)

L. A..., âgée de trente ans, journalière, s'était refroidie après un exercice fatigant, au mois de mars 1859. Elle éprouva presque aussi-

(1) Tout récemment, j'ai pu me convaincre de l'utilité de l'instrument spécialement inventé par M. le professeur Türck pour fixer la langue. Ce savant confrère a eu l'obligeance de nous montrer, à la Société de chirurgie, comment il procédait à l'examen laryngoscopique. J'ai essayé sur moi-même la pince linguale, qui m'a paru très facile à supporter. Ar. V.

tôt, dans l'oreille gauche, des élancements douloureux qui acquirent une grande intensité au bout de quelques jours, pour disparaître ensuite progressivement au bout de trois semaines. Mais la malade remarqua en même temps que l'ouïe s'affaiblissait beaucoup du côté gauche; à cette époque, toutefois, elle comprenait encore lorsqu'on lui parlait à haute voix, l'oreille étant bouchée. Cet état persista pendant trois mois environ, sans changement appréciable, puis la surdité devint tout d'un coup complète du côté affecté. Divers moyens avaient été employés sans succès, et la malade avait renoncé à tout espoir de guérison, lorsqu'elle ressentit divers accidents nouveaux qui la décidèrent à se remettre en traitement. Elle éprouvait, notamment dans les journées chaudes, diverses impressions auditives, telles que des craquements, des claquements, un bourdonnement analogue à celui d'un essaim d'abeilles, etc. Ces sensations désagréables acquéraient par intervalles une telle intensité, que la malade se bouchait le conduit auditif à l'aide du petit doigt enfoncé aussi profondément que possible, courant çà et là dans sa chambre pendant des quarts d'heure, en poussant des gémissements plaintifs. Ces accès se reproduisaient souvent deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, parfois tous les jours, et d'autres fois à plusieurs semaines d'intervalles. Ces phénomènes acoustiques ne s'étaient jamais manifestés dans les journées humides et pluvieuses.

Le 10 août, survint un accès très violent, qui dura, avec quelques rémissions passagères, pendant près de la moitié de la journée. La malade vint alors me trouver, me priant de la délivrer de ces souffrances, fût-ce même au prix d'une opération douloureuse.

En procédant à l'examen des organes extérieurs de l'audition, je trouvai les deux conduits auditifs presque complétement obturés par des amas de cérumen desséché. Je pensai que les impressions acoustiques pouvaient tenir à ce que l'air pénétrait de temps en temps entre ces amas de cérumen et les parois du conduit auditif, jusqu'à la membrane du tympan. Je recommandai, en conséquence, de faire plusieurs fois par jour des instillations d'huile tiède, suivies, au bout d'une heure, d'injections d'eau tiède. Grâce à ces soins, je pus, dès le lendemain, examiner le conduit auditif externe à l'aide d'un *spéculum de Spangenberg*; je trouvai, des deux côtés, le conduit et la membrane du tympan dans une intégrité complète. La malade n'avait d'ailleurs pas éprouvé le moindre soulagement, après que les conduits auditifs eurent été désobstrués.

J'examinai alors la trompe d'Eustache à la lumière solaire directe, et à l'aide du rhinoscope et du crochet destiné à relever la luette, voici ce que je constatai :

*La muqueuse voisine des trompes d'Eustache présentait une injection assez notable*, surtout du côté gauche. *La trompe d'Eustache du même côté était oblitérée par un bouchon gris jaunâtre, qui faisait une saillie d'une à deux lignes.* Pendant plusieurs jours consécutifs, je répétai l'examen à l'aide du rhinoscope, et je reconnus que l'état de ces parties ne subissait aucun changement. Je procédai alors au cathétérisme de la trompe d'Eustache gauche, à l'aide du cathéter d'Itard, me proposant de détruire le bouchon qui l'oblitérait, et d'en enlever ensuite les derniers débris à l'aide d'une injection. A la suite du premier cathétérisme, suivi d'injection, la malade n'éprouva rien de particulier, à part la sensation désagréable que lui causa l'introduction de l'instrument. Dans la seconde tentative, dès que la seringue eut été vidée à moitié, la malade porta tout à coup la main à la tête, et se plaignit d'un vertige violent et d'un bruit analogue à une décharge d'artillerie dans l'oreille gauche. Je retirai l'instrument, et aussitôt la malade déclara qu'elle entendait aussi bien de l'oreille gauche que de la droite. Je pensai qu'elle se faisait peut-être illusion, mais je pus m'assurer, après lui avoir bouché le conduit auditif du côté droit, qu'elle comprenait parfaitement, même quand je lui parlais à voix très basse. La malade continua d'ailleurs à éprouver des vertiges pendant plus de deux heures.

En examinant, le lendemain, la trompe d'Eustache, je reconnus que le bouchon qui la fermait la veille avait complétement disparu ; le bord inférieur du pavillon était, par contre, recouvert d'un enduit jaunâtre, crémeux. Pour remédier au catarrhe de la muqueuse, je fis trois fois par jour, à l'aide du cathéter d'Itard, une injection d'une solution très légère, tiède, de sulfate de cuivre. Au bout de dix jours, l'état blennorrhéique du pavillon avait complétement disparu. La muqueuse de la trompe, dans toute l'étendue accessible à l'inspection, était devenue pâle, ainsi que la muqueuse environnante, même du côté droit, où aucun traitement n'avait été mis en usage. Les sensations acoustiques qui avaient tant fait souffrir la malade, avaient complétement disparu ; l'ouïe s'était entièrement rétablie à gauche, et la malade prétendait même qu'elle entendait mieux de ce côté qu'à droite. L'oreille gauche restait cependant un peu plus sensible aux impressions acoustiques.

En procédant une dernière fois à l'examen des trompes, le 1er septembre, je les trouvai dans un état complétement normal, sans trace d'injection ni d'écoulement catarrhal; l'ouïe était excellente.

Ce fait montre d'une manière frappante que la rhinoscopie est appelée à rendre de grands services dans le diagnostic d'un certain nombre de maladies, et que cette méthode d'exploration, si peu qu'elle ait été cultivée jusque-là, est de celles avec lesquelles le praticien doit être familiarisé de toute nécessité. Il ressort également de cette observation que la rhinoscopie trouve dès à présent d'utiles appréciations curatives; je n'aurais, en effet, jamais songé à recourir au cathétérisme de la trompe chez ma malade, sans les données fournies par l'inspection rhinoscopique.

C'est à tort que les adversaires de cette méthode lui reprochent d'être fort désagréable pour les malades, et de ne pas être applicable dans certains cas. Il ne s'agit que d'opérer convenablement. Je me sers toujours d'un petit miroir rond et du *crochet à luette*, qui est introduit le premier. J'ai eu souvent l'occasion de faire une remarque qui m'a beaucoup facilité l'exploration dans un grand nombre de cas. Voici de quoi il s'agit.

Je me contente de relever la luette de bas en haut, de manière à tendre un peu les piliers sans les déplacer en avant, parce que le tiraillement dans ce dernier sens provoque invariablement des efforts de déglutition assez énergiques. Grâce à ce procédé, j'ai toujours pu procéder à l'examen rhinoscopique sans difficultés, même chez des enfants de neuf à douze ans; et chez un garçon les mouvements de déglutition furent complétement nuls dès la deuxième exploration. On a dit que le moindre contact d'un instrument quelconque avec la paroi postérieure du pharynx suffit pour provoquer des efforts de déglutition intenses; mais mes expériences, très nombreuses, m'autorisent à affirmer que les cas dans lesquels il en est réellement ainsi, sont tout à fait exceptionnels.

Quant aux injections faites à l'aide du cathéter d'Itard, je crois que c'est à tort qu'elles sont presque tombées dans l'oubli dans ces derniers temps. Si elles n'ont pas été acceptées d'une manière générale, je crois qu'il faut en voir la cause dans les deux circonstances suivantes : d'une part, elles sont pénibles, sinon positivement douloureuses, pour les malades; d'autre part, les médecins y ont souvent renoncé, parce qu'ils n'en avaient pas suffisamment l'habitude. Mais cette dernière raison ne peut être acceptée comme une objection sérieuse, car la plupart des médecins ont assez de cadavres à leur disposition pour pouvoir suffisamment multiplier leurs expériences; et à défaut de sujets appropriés, chacun peut s'exercer suffisamment à pratiquer le cathétérisme de la trompe sur lui-même pour arriver au degré de dextérité nécessaire.

Je me suis toujours servi jusque-là d'un cathéter auquel on adapte la seringue à l'aide d'un écrou ; mais ce procédé a de grands inconvénients ; le cathéter s'échappe en effet facilement de la trompe par les mouvements qu'on lui imprime en adaptant la seringue. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai fait le cathétérisme après avoir fixé la seringue sur le cathéter, mais cette modification opératoire crée une autre difficulté en donnant à l'instrument un poids trop considérable. Il vaut mieux se servir d'un cathéter sur lequel la seringue s'adapte à frottement ; j'ai fait construire des instruments ainsi modifiés, par M. Leïter, fabricant d'instruments de chirurgie.

Je crois que la rhinoscopie est appelée à jeter du jour sur un certain nombre d'affections jusque-là peu connues, de l'organe de l'ouïe, ce talon d'Achille de la médecine, et que, associée au cathétérisme et aux injections, elle constitue une ressource thérapeutique importante. Sur treize cas dans lesquels j'ai employé ces injections d'après les données fournies par la rhinoscopie, je compte deux guérisons complètes (y compris le fait qui vient d'être relaté). Je publierai plus tard la deuxième de ces observations. Chez trois malades, j'obtins une amélioration notable, entre autres chez un individu qui avait été complétement sourd pendant neuf ans. Dans ce cas, il y a eu une aggravation, en ce sens que des douleurs périodiques suivirent l'emploi des injections. Chez les sept malades qui restent, il n'y a pas eu de modification appréciable; mais je ne puis rien dire de définitif sur leur compte, parce qu'ils sont encore soumis à l'emploi des injections.

L'examen anatomo-pathologique des organes auditifs, fait dans un nombre suffisant de faits, étendra d'ailleurs sans doute le cadre des cas de surdités accessibles à nos moyens thérapeutiques, et réputés incurables jusque-là. C'est ainsi que quatre fois sur cinq, j'ai trouvé comme cause de surdité dans la fièvre typhoïde, un état catarrhal de la trompe d'Eustache et de la cavité tympanique.

Ar. Verneuil.

---

**Note sur l'hypertrophie relative des hémisphères cérébraux dans l'épilepsie, par M. L. Duchesne, interne des hôpitaux de Paris. — Imprimé par décision de la Société de médecine de Paris.**

Dans un rapport sur le service médical de l'asile public de Saint-Athanase pour l'exercice de l'année 1833-1834, M. le doc-

teur Follet s'est particulièrement étendu sur les lésions anatomiques que l'on rencontre dans le cerveau. Non content de l'inspection de l'organe, il s'est attaché aussi aux différences de poids des hémisphères.

Cet examen l'aurait conduit, notamment en ce qui concerne les épileptiques, à des résultats assez curieux. Presque tous, en effet, auraient présenté entre eux une inégalité très sensible, et qui se serait élevée dans un cas jusqu'à 290 grammes. Par comparaison avec d'autres espèces morbides, l'épilepsie serait la seule dans laquelle se rencontreraient de telles différences.

Frappé de ce fait, M. Follet s'est demandé si, hors les cas de pure névrose, là ne résiderait pas la cause des accès. Il en est resté convaincu. Etudiant dès lors le mode de production de l'accès, il est arrivé à une théorie générale qui pourrait s'appliquer non-seulement au mal caduc, mais à une foule d'autres circonstances mentales. Les désordres convulsifs ou moraux tiendraient à la rupture de l'équilibre entre les courants nerveux. Cette rupture dans l'épilepsie aurait sa raison directe, si le mal tenait, soit à l'hypertrophie relative ou à l'atrophie de l'un des hémisphères.

Une congestion, une émotion, une action nerveuse, se faisant sentir plus d'un côté que de l'autre, tout amoindrissement partiel du cerveau, soit par défaut ou excès de sangnification, assimilation incomplète provoquerait les mêmes accidents.

M. Follet, dans son mémoire, mentionne des cas assez nombreux. Dans un rapport ultérieur, rédigé conjointement avec M. Beaume, cinq autopsies nouvelles chez des épileptiques seraient venues en confirmation des résultats déjà obtenus par M. Follet. L'échelle du déficit relatif serait de 15, 25, 50, 100 grammes. Le malade constituant le cinquième cas, alité depuis longtemps, n'avait pas éprouvé d'attaques dans la dernière année de son existence, aussi les poids étaient-ils sensiblement égaux.

M. Follet indique formellement que, hors les cas d'hémiplégie ou de névrose épileptique, la plus parfaite égalité de poids n'a pas cessé d'exister entre les hémisphères. Il s'étonnerait d'après sa théorie que d'aussi violentes perturbations eussent lieu simultanément dans les deux hémisphères : la vie, dit-il, serait alors foudroyée.

Il conclut alors que le trouble porte sur l'innervation d'un seul.

Les autopsies d'épileptiques ont présenté constamment les différences dans la proportion suivante : 290 grammes, 1 fois; 250 grammes, 1 fois; 155 grammes, 1 fois; 135 grammes, 1 fois; 80 grammes, 2 fois; 70 grammes, 1 fois; 64 grammes, 1 fois; 60 grammes, 2 fois; 50 grammes, 3 fois; 40 grammes, 3 fois; 35 grammes, 3 fois; 30 grammes, 8 fois; 25 grammes, 3 fois; 20 grammes, 7 fois; 15 grammes, 3 fois.

L'idée de M. Follet est certainement ingénieuse, et si on considère les différences qu'il signale, il est impossible de ne pas être *à priori* porté à la prendre en considération.

Toutefois, quand on songe que l'épilepsie éclate brusquement, sans cause souvent appréciable, il serait surprenant que tant d'autres affections caractérisées par le désordre des mouvements et de l'intelligence ne reconnussent pas une même cause, et que l'épilepsie en eût seule le triste privilége.

M. Follet convenait lui-même les avoir rencontrées dans les cas d'hémiplégie, mais il ne cite pas les observations d'autopsie contradictoires. On ne voit pas que les expériences de M. Follet aient été répétées à son point de vue.

M. Baillarger a trouvé assez fréquemment, dans le cas de paralysie générale, des atrophies du cerveau portant plus particulièrement sur un des hémisphères, et ayant dû par conséquent diminuer son poids.

Aussi ce médecin incline-t-il à donner son adhésion à la théorie de M. Follet.

Dans le numéro 21 des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, un interne de la Salpêtrière, M. Leven, rapporte un cas d'hystéro-épilepsie dans lequel l'hémisphère droit pesait 32 grammes de moins que le gauche. Les deux réunis pesaient 1000 grammes. Ce faible volume est très remarquable. Les deux lobes étaient peut-être atrophiés. On observera aussi qu'il existait du pus infiltré à la base de l'organe et qu'il y avait dans le lobe postérieur, une petite masse tuberculeuse, grosse comme un baricot, dans le lobe antérieur gauche une masse indurée de plus de 2 pouces et demi en tous sens, s'étendant au-dessus de la couche optique et du corps strié. Cette masse pesait 10 grammes. L'écart de 32 grammes est néanmoins assez considérable pour permettre la réalité d'une différence.

Quand tant de lésions si variées du cerveau ou une déviation dans la coupe peuvent occasionner une variation de poids, il était important de vérifier le fait mentionné par M. Follet.

M. Delasiauve, depuis plusieurs années, a pris soin de peser comparativement les hémisphères cérébraux des épileptiques dont il a pu faire les autopsies (nous disons qu'il a pu faire, car malheureusement le règlement des hôpitaux accorde aux familles une faculté d'opposition à l'ouverture du corps, qui prive les chefs de service et les élèves de vérifier l'état des choses dans une foule de circonstances importantes).

Ceci explique pourquoi, comparativement à ce qui se passe dans les autres asiles, les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont moins riches en données anatomo-pathologiques. Néanmoins, le nombre des cas constatés depuis plusieurs années est encore assez considérable. Tant pour cette année de notre exercice que pour les années antérieures, nous en avons rassemblé un chiffre de 21.

La coupe a été pratiquée aussi régulièrement que possible, de manière à ne pas intéresser un hémisphère aux dépens de l'autre.

M. Follet avait recommandé de se servir d'une balance trouée pour permettre l'écoulement du sang. Cette précaution, qui n'avait d'abord pas frappé l'attention de M. Delasiauve, a malheureusement été négligée. Désormais on en tiendra compte, car on a fait disposer *ad hoc* les plateaux de la balance. Mais en revanche on a eu soin de laisser égoutter le cerveau, de le laver, afin que la quantité de sang épanché par l'affaissement de l'organe fût insignifiante. D'ailleurs, cette circonstance concernant les *deux lobes*, il a dû y avoir compensation. Or, ces vingt et une observations ne confirment pas positivement les données fournies par MM. Follet et Beaume; on le voit par l'exposé suivant :

*Adalbert.* — Idiotie complète. Convulsions épileptiformes. Cerveau, 880 grammes; cervelet, 150 grammes; différence entre les deux hémisphères, 150 grammes. La cause de cette énorme différence tient, je crois, à une lésion locale d'un des hémisphères.

*Bonnard.* — Epilepsie. Engourdissement des facultés et tendance à la mélancolie. Poids du cerveau, 1165 grammes; l'émisphère droit pèse en plus que le gauche 80 grammes.

*Guernon* — Epilepsie. Obtusion consécutive. Poids du cerveau, 1100 grammes; différence des hémisphères, 5 grammes.

*Jouhanney,* — Epilepsie. Débilité mentale. Poids du cerveau, non indiqué, 20 grammes et plus d'un côté.

*Lajon.* — Epilepsie. Obtusion. Cerveau, 1095 grammes; lobe droit, 15 grammes ou plus que le gauche.

*Lefebure.* — Epilepsie simple. Cerveau, 1130 grmmes. Hémisphères égaux en poids.

*Lolivret.* — Epilepsie. Cerveau et cervelet, 1400 grammes. Pas de différence entre les hémisphères.

*Mulot.* — Epilepsie. Cerveau, 1495 grammes; cervelet avec protubérance et bulbe, 195 grammes. L'hémisphère droit pèse 10 grammes en plus.

*Ollivier.* — Epilepsie; idiotie congénitale. Lobe gauche, 6 gr. en plus que le droit.

*Prost.* — Affaissement paraplégique. Imbécillité, épilepsie. Cerveau, 1070 grammes; cervelet, 130 grammes; 15 grammes en plus pour le lobe gauche.

*Ramier.* — Epilepsie simple. Cerveau et cervelet, 1530 grammes; cervelet seul, 200 grammes. Hémisphère droit légèrement plus lourd que le gauche.

*Saladin.* — Epilepsie avec aliénation. Hémisphère droit, 11 grammes de plus que le gauche.

*Chainey.* — Epilepsie. Légère différence dans le poids des hémisphères.

*Chassignol.* — Accès probablement épileptiques. Cerveau, 1225 grammes. Lobe droit plus lourd que le gauche de 9 grammes.

*Leclercq.* — Démence consécutive à la manie. Prostration. Accès épileptiformes. Lobe noir plus développé.

*Demaison.* — Epilepsie. Cerveau, 1485 grammes. Hémisphères égaux.

*Ducommun.* — Epilepsie ; démence, 5 grammes en faveur du lobe gauche.

*Nozières.* — Epilepsie simple. Peu d'inégalité dans le poids des hémisphères.

*Parmentier.* Epilepsie. Obtusion. Cerveau, 1348 grammes ; cervelet, 157 grammes. Lobe droit plus lourd que le gauche de 3 grammes.

*Le Blanc.* — Epilepsie ; hébétude ; paraplégie incomplète, 2 grammes de différence en faveur du lobe droit.

*Olivier.* — Idiotie congénitale ; épilepsie. Un des hémisphères pèse 6 grammes de plus que l'autre.

Ce tableau nous montre que ces inégalités sont rarement très considérables, que dans certains cas, il y a même une égalité remarquable. Il en est un où la différence est énorme, mais elle s'explique par une lésion spéciale qui pouvait bien être la cause symptomatique de l'épilepsie.

On voit donc, par les données statistiques qui précèdent, que de nouvelles constatations seront nécessaires pour juger la question soulevée par MM. Follet et Beaume. Est-ce une coïncidence qui aurait ainsi annulé dans notre division les cas négatifs? On comprendra la réserve qui nous porte à laisser ce point indécis. Il résulterait de nos faits, s'ils étaient seuls, que l'inégalité invoquée est au moins douteuse, et qu'il n'est pas probable que le mal caduc, dans la majorité des cas, tienne à cette cause. Mais, si nombreuses que soient déjà les observations par nous faites, nous devons avouer que nous restons dans l'hésitation et le doute en présence de ceux plus multipliés encore avancées par ces honorables et savants médecins. C'est une étude à poursuivre, et pour laquelle, du reste, il ne suffira pas de se restreindre aux cas d'épilepsie. Il faudrait peser comparativement les cerveaux d'individus morts sans lésion notable de cet organe. Le fait serait depuis longtemps apprécié si les autopsies étaient partout faites avec soin, et sur un plan sagement arrêté d'avance par les autorités médicales et administratives (1).

---

## III

## CORRESPONDANCE.

### A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

### Sur la respiration des eaux minérales pulvérisées.

Monsieur le Rédacteur,

Sous le titre d'*Effets de la respiration de l'eau minérale pulvérisée*, vous avez inséré dans deux des derniers numéros de votre journal une longue étude de M. le docteur Briau, dont il m'importe de revoir les arguments devant ceux de vos lecteurs qui auraient trouvé quelque intérêt à cette question. (Voir *Gaz. Heb.*, 5 et 12 avril 1861.)

Que la pulvérisation aux Eaux-Bonnes, d'où date la critique, soit illusoire ou inefficace ; que les effets de la salle de respiration y aient contrarié ceux de la buvette, comme on peut l'induire de la critique ; ne connaissant bien que mes eaux de Pierrefonds, où il en est tout autrement, je laisse aux inspecteurs des Eaux Bonnes le soin de répondre s'il en est pour leurs malades comme pour ceux de M. Briau.

Je viens répondre pour la pulvérisation qui m'appartient ; j'ai eu la prétention de lui donner l'importance d'une méthode médicale sous le nom de *thérapeutique respiratoire*, j'en dois subir les conséquences. Malgré l'étendue de la critique, je n'abuserai pas du droit de réponse ; j'ai pris mes mesures pour être bref, comme vous verrez.

La pulvérisation des liquides est assez connue pour n'avoir pas besoin d'exposition préliminaire. Dans ma pensée, et la pratique n'y a pas mal répondu, c'est le moyen de rendre respirables tous les médicaments liquides ou solubles qu'on jugerait efficaces contre les maladies de poitrine.

Pour être le procédé mécanique d'une thérapeutique respiratoire, la pulvérisation devait donc remplir deux conditions nécessaires ; ces deux conditions, je les ai posées moi-même au début, et je l'ai fait de manière que le défaut de l'une des deux suffit à la ruine de la méthode tout entière. Ces deux conditions, monsieur le rédacteur, je les résume en ces termes :

1° Conservation du médicament liquide pulvérisé ;

2° Introduction ou pénétration du médicament pulvérisé dans les bronches.

M. Briau me passe la première qu'il reconnaît, et ne s'attache qu'à la seconde ; il sait qu'elles sont solidaires, et il évite le double emploi de sa critique. M. Briau nie donc la pénétration du liquide pulvérisé dans les bronches, et sa plus forte raison est prise, notons-le bien, de ce que « la » poussière d'eau minérale n'est pas de la vapeur, mais un liquide aqueux, » comme il dit ; plus, les matières salines que la muqueuse bronchique ne » recevrait pas sans se révolter. »

Et d'abord, que M. Briau reçoive mes remercîments sincères pour les soins qu'il vient de se donner ; ils ne seront point perdus pour la science que nous servons tous les deux. J'avais besoin d'une critique expérimentale, d'une négation ouverte et absolue pour répondre une bonne fois à ces petites agaceries périodiques qui ne manquent aucune occasion de s'adresser à la pulvérisation.

Fixons un peu l'état de la question. Contre qui M. Briau nie-t-il que la poussière liquide atteigne les bronches, qu'elle atteigne la trachée, qu'elle atteigne même le larynx? Contre le docteur Sales-Girons, sans doute, qui l'a affirmé. Or, en bonne logique, voilà donc une négation contre une affirmation ; mais la négation a pour elle des faits et des expériences ; l'affirmation en a pour elle bien davantage. M. Briau a écrit deux articles de six colonnes, j'ai fait un volume in-8° ; il a vu les effets de la pulvérisation des Eaux-Bonnes depuis juillet 1859 sur 49 malades ; j'ai institué la pulvérisation aux eaux de Pierrefonds en 1856, et j'y ai suivi depuis la cure de plus de 1000 malades. Que les effets thérapeutiques éprouvés par les clients de M. Briau soient nuls ou négatifs, tandis que les effets éprouvés par bon nombre des miens sont réels et positifs, cela ne doit pas m'empêcher de constater qu'en bonne discussion contradictoire nous sommes à pair, et que mon affirmation vaut sa négation.

En établissant cette parité tout honorable pour moi, je veux dire qu'il faut entre M. Briau et le docteur Sales-Girons, l'intervention d'un tiers dont l'autorité soit ni plus ni moins l'autorité de la science elle-même. Nous la verrons plus loin cette intervention ; examinons ici les principaux arguments de la critique.

M. Briau divise très judicieusement son étude en trois points. Ayant reconnu que de l'introduction de la poussière liquide dans le canal respiratoire dépend toute notre théorie, il a recours, pour démontrer cette introduction impossible : 1° à la physiologie ; 2° à la clinique ; 3° aux expériences sur les animaux.

L'article publié dans le numéro du 5 avril 1861 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, est consacré à l'exposé du premier point. Dans cet article, nous voyons que des faits physiologiques prouvent, selon M. le docteur Briau, « que la muqueuse du canal aérien ne supporte le contact d'aucunes ma» tières solides ou liquides, sans que leur présence sur un point quel» conque de cette surface excite à l'instant la toux et les efforts d'expul» sion ; elle ne tolère enfin que les gaz et les vapeurs. Donc, si la pous» sière des eaux minérales, qui porte toute leur minéralisation, arrivait » jusqu'aux bronches, on en serait aussitôt averti par les phénomènes de » la toux et de la suffocation, etc. »

Ainsi, c'est sur l'exquise sensibilité de la muqueuse respiratoire que M. Briau pose l'édifice de son argumentation physiologique.

Sur ce point, je le demande à M. Briau, qui sait et qui cite les faits de cathétérisme de la trachée et d'injections caustiques poussées jusque dans les bronches, quelle est la valeur de son argument devant la certitude vulgaire et devant les premières notions de la physiologie moderne. Examinons.

La certitude vulgaire, d'accord avec l'observation médicale, ne dit-elle pas proverbialement que quand on vit au milieu du charbon on s'expose à cracher noir ? Et moi j'ajoute, pour prévenir une explication du proverbe : Dans la phthisie dite *des charbonniers*, n'est-il pas d'observation que les malades crachent noir des mois et des années après avoir abandonné l'atmosphère de leur industrie ? Les livres sont pleins de ces observations.

Est-ce qu'au ministère de l'agriculture n'est pas institué un comité d'hygiène, ayant dans ses attributions de veiller à la santé des ouvriers qui opèrent au milieu des poussières végétales ou minérales, et notamment dans la fonderie à moulage de cuivre ?

Que M. Briau se rappelle le jour où, après une discussion entre nous sur le point en litige ici dans la bibliothèque de l'Académie, M. Bouillaud présenta aux membres de cette même Académie les poumons d'un homme mort dans son service à l'hôpital de la Charité, comme « cas rare de ces

(1) Ce travail a été au sein de la Société de médecine l'objet d'un rapport que nous publions, p. 286.

» amas bronchiques de poussières respirées durant la vie », dit le Bulletin officiel de la Compagnie.

Voici le fait, continue le Bulletin de l'Académie que nous copions (Voyez séance du 5 février 1861) :

« Un homme de quarante ans, fondeur en cuivre, entre le 31 janvier » au soir. Couché au n° 27 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, il a les yeux » fixes, les lèvres cyanosées, les membres agités, et la gêne de la respi- » ration est extrême, 48 à 50 respirations. En avant et à droite, matité » presque complète, ainsi qu'en arrière dans la fosse sous-épineuse. Bruit » respiratoire presque imperceptible, même dans les grandes inspirations. » Côté gauche assez sonore. Ce malade reçoit les premiers soins. Dans la » nuit il se lève, et on le trouve mort hors de son lit.

» *Autopsie.* — Poumon droit farci par places de concrétions noires et » irrégulières qui rompent et déforment les canaux bronchiques. Le tiers » du volume de ce poumon est rempli d'une énorme quantité de pous- » sière de charbon qui a fait corps, et se présente sous forme de tuber- » cules épars et mamelonnés.

» M. Bouillaud s'attache à faire remarquer, aux sections qui ont été » faites, les différences du cas présent et de ceux qu'on attribue à la pro- » duction mélanique propre aux poumons. Ici le charbon se détache sous » le doigt et s'étend. D'ailleurs, les concrétions sont limitées et présen- » tent au couteau des tranches compactes et résistantes ; c'est donc la » poussière que cet ouvrier a respiré dans son atelier. »

Cette pièce anatomique me fut donnée par l'éminent professeur qui connaît l'espèce de mes études. Je la montrerai à M. Briau pour lui prouver que le canal aérien n'a ni choix pour les gaz utiles, ni filtre à l'ouverture extérieure contre les poussières solides ou liquides, ni cette susceptibilité exaltée qu'il a imaginée à l'égard de la poussière d'eau minérale.

Et à propos de cette susceptibilité de surface, sur laquelle M. Briau fonde toute sa critique physiologique, qu'avait-il à faire avant d'en prendre sur lui la responsabilité ? Ouvrir le premier ouvrage de physiologie, et aux premières pages il aurait trouvé sur ce point la citation que nous faisons ici à son adresse, la prenant dans le grand ouvrage de M. le professeur Longet, pour ne pas manquer d'autorité.

Cette citation, qui parle de la sensibilité *assez obtuse* des bronches, nous servira encore lorsque nous aurons besoin de leur absorption rapide pour répondre à un autre point de la critique.

« La membrane muqueuse pulmonaire, dont le rôle essentiel est d'ab- » sorber l'air atmosphérique, dit M. Longet, offre aux extrémités des » bronches une telle ténuité, que les *liquides*, les vapeurs et les divers » gaz pénètrent cette membrane, aussi bien que ses vaisseaux, avec une » *étonnante rapidité*. De là en physiologie expérimentale la préférence » qu'on donne à la voie pulmonaire, quand il s'agit de faire passer *vite et* » *sûrement* par absorption certaines substances solubles, dont on a intérêt » à connaître l'influence sur l'économie ; seulement, en pareil cas, l'ex- » périmentateur ne devra pas négliger une précaution importante qui est » de faire préalablement la trachéotomie. Il évitera ainsi tout passage des » liquides par le larynx, d'où résulteraient des contractions spasmodiques » de la glotte, nécessairement accompagnées de menaces de suffocation. » C'est qu'en effet, continue l'auteur, comme nous l'avons constaté dans » des expériences comparatives (*Digestion*, page 108), tandis que la » muqueuse du vestibule sus-glottique jouit d'une sensibilité exquise en » rapport avec la protection des voies respiratoires, au contraire, *la mem-* » *brane qui revêt la trachée et les bronches offre une sensibilité relati-* » *vement assez obtuse.* » (Tome 1er, 2e partie, page 303.)

Vous aurez remarqué, monsieur le rédacteur, que cette précaution de la trachéotomie n'est si importante que parce qu'il s'agit d'introduire des quantités notables de liquides dans les bronches : 60 grammes pour un chat, ainsi qu'il est dit dans les expériences qui suivent ; 125 grammes pour un chien, plusieurs litres pour un cheval.

Comme il aurait fallu introduire ces liquides au moyen d'une sonde ou canule, les suffocations seraient venues de là. Mais il résulte, entre autres choses utiles de notre citation, que cette trachée et ces bronches, si impatientes, selon M. Briau, au contact d'une particule liquide suspendue dans l'air respiré, sont d'une sensibilité assez *obtuse*, et supportent des quantités de liquide qu'elles absorbent presque instantanément. M. Longet n'a pas voulu sans doute faire mention des faits exorbitants de cathétérisme bronchiques, tentés par M. Horace Green, ni du tubage glottique de M. Bouchut, ni des moyens pratiqués sur l'épiglotte par M. Loiseau (de Montmartre), dans le traitement du croup. Personne ne les connaît mieux que l'éminent professeur.

De sorte qu'il ne resterait de cette citation, au profit de la physiologie de M. Briau, que ce fait, à savoir qu'on ne pourrait faire passer du liquide en nappe, un tube ou une canule au travers des organes glottiques sans risque de provoquer des suffocations. Mais nous sommes loin, vous en conviendrez, de l'eau sous cette forme de poussière, qui la tient presque en suspension dans l'atmosphère, comme les poudres les plus ténues.

A l'appui de sa thèse, M. Briau invoque le témoignage de MM. Trousseau, Bretonneau et Barthez, lorsque, après l'opération de la trachéotomie, ils ont voulu introduire des éponges imbibées de nitrate d'argent, et ont ainsi provoqué les symptômes d'irritation, d'intolérance, jusqu'à l'expulsion du liquide. Il y a encore loin de l'introduction des solutions nitriques par une ouverture chirurgicale, à la poussière liquide passant avec l'air par l'ouverture glottique dans le mouvement de l'inspiration.

En tout cas, l'expérience des éponges n'a pas empêché M. le professeur Trousseau d'employer avec fruit la pulvérisation dans le traitement des angines, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu. Voici en effet ce que nous lisons dans une publication récente de son chef de clinique, intitulée : *Faits de diphthérite.* « Cette méthode (la pulvérisation des liquides) a » déjà donné de nombreux succès dans le service de M. Trousseau : j'ai » été témoin de la guérison d'une enfant de quatre ans, mademoiselle S..., » atteinte d'une angine pseudo-membraneuse fort grave. Mais l'effet de » cette médication a été encore plus manifeste dans un cas d'œdème de » la glotte : sous l'influence de la pulvérisation d'une solution de tannin, » la respiration s'est rétablie au moment où M. le professeur Robert se » disposait à pratiquer la trachéotomie. »

Il restait, je crois, à M. Briau la sensibilité de la glotte : que lui reste-t-il donc après cette cure qui dispense de la trachéotomie ? Il dira peut-être que l'œdème émousse la sensibilité ; moi, je réponds qu'il l'avive. Je vous laisse juge du différent, monsieur le rédacteur.

Pour M. Barthez, médecin du Prince Impérial, et que M. Briau *cite* dans son argument, voici ce que m'écrivait ce distingué confrère, dans une lettre accompagnant les observations de quatre cas de croup traités par lui à l'hôpital Sainte-Eugénie, au moyen de la pulvérisation :

« ..... Au point de vue plus important de l'action exercée sur la lésion » locale par la poussière liquide ; vous pourrez voir que, chez trois en- » fants, les fausses membranes ont subi des modifications favorables ; nous » avons pu le constater directement là où elles étaient visibles. Pour le » larynx et peut-être pour les bronches, le fait a été rendu évident par le » calme croissant de la respiration, par la diminution de la dyspnée, par » la disparition des accès de suffocation, par les résultats de l'ausculta- » tion, et enfin par ceux de l'autopsie. » (Voy *Revue médicale*, novembre 1860.)

Voilà, monsieur le rédacteur, comment pensent et parlent MM. Trousseau et Barthez, de la pulvérisation sur le point où M. Briau invoque leur témoignage. Instruits par les accidents de l'éponge imbibée, il semble qu'ils n'auraient jamais dû faire l'essai de la pulvérisation ; ils l'adoptent au contraire, et leurs malades s'en *trouvent bien*. *Libre* à notre *critique de persister* dans sa négation, jusqu'à ce que M. Barthez lui-même vienne lui prouver, avec les signes caractéristiques déterminés par M. Briau, que le liquide a pénétré dans le tube laryngo-bronchique, comme il dit. Examinons enfin cette proposition qui met le comble à l'argument physiologique de notre honorable contradicteur.

» L'eau pulvérisée, différente en cela de la vapeur, dit M. Briau, porte » avec elle tous les sels fixes de l'eau minérale elle-même. Par consé- » quent, si cette poussière arrivait jusqu'aux bronches, le liquide aqueux, » ainsi que les matières salines, ne pourraient pas se déposer sur la mu- » queuse laryngo-bronchique sans exciter des accès de toux et des efforts » d'expulsion. Or, on reste sans tousser des heures entières dans les » chambres de pulvérisation. De ce fait, conclut M. Briau, la saine phy- » siologie doit porter les esprits réfléchis à nier la pénétration de la pous- » sière d'eau minérale jusqu'aux bronches. »

Comment trouvez-vous ce raisonnement, monsieur le rédacteur, pour un homme qui connaît si bien l'unité synthétique des eaux de Bonnes, et qui les sépare ici pour les besoins de sa thèse en un liquide aqueux, et des matières salines qui resteraient à sec à la surface muqueuse lorsque la portion aqueuse serait absorbée ? Mais il ne sera pas dit que nous avons failli au moindre des arguments de la critique : s'il faut tousser et expulser pour établir que la poussière liquide pénètre réellement dans les bronches, nous prions M. Briau d'écouter ce que M. Barthez a pu constater dans les observations dont nous avons parlé, et qui furent publiées dans notre journal la *Revue médicale* (octobre et novembre 1860).

« III<sup>e</sup> *observation*..... Le petit malade ne fait aucune résistance pour se soumettre à la pulvérisation ; souvent même il s'est endormi en respirant la solution pulvérisée ; mais chaque fois, au début, la toux devient plus fréquente et plus rauque....., de sorte qu'il est difficile de mettre en doute l'action du médicament. »

« IVe *observation*..... L'enfant peut supporter dix inhalations en moins de vingt-quatre heures, sans en être le moins du monde incommodée ; elle tousse beaucoup pendant qu'elle respire le liquide pulvérisé. La toux est plus rare dans les intervalles...... »

« Seize inhalations sont faites dans la journée du lendemain avec la même solution tannique. Aussi bien supportées que la veille, elles provoquent des quintes de toux, parfois suivies de quelques crachats..... »

Et maintenant, monsieur le rédacteur, est-ce à dire pour cela que nous

admettions la preuve de la pénétration par la toux, l'absence de celle-ci étant la preuve de la non-pénétration? Nullement; les enfants de M. Barthez toussent à l'impression du liquide pulvérisé parce qu'il s'agit ici de lésions à l'état suraigu, et qu'on emploie une solution de tannin au quinzième; mais, dans la salle de respiration de Bonnes, où l'on n'envoie guère que des sujets à lésions très chroniques, et où la solution minérale est, certes, plus douce, la poussière liquide n'a pas besoin de provoquer la toux pour prouver sa pénétration dans les organes lésés. Dans la salle de Pierrefonds, la toux s'apaise au contraire; les crachats deviennent faciles, et la respiration des asthmatiques entre autres est rendue plus aisée.

Voilà pour moi, outre les cures et améliorations, monsieur le rédacteur, les effets probants de l'introduction des poussières hydro-minérales dans le larynx et les bronches. Il n'en sera pas autrement pour M. Briau, quand il aura mon expérience actuelle sur cette médication, au lieu de ne la connaître que depuis une saison et demie, et par quarante-neuf malades seulement.

Mais il y avait un moyen aussi naïf qu'héroïque de savoir si la poussière d'eau respirée pénètre réellement jusqu'à la région laryngée : comme toutes les poussières liquides ou solides, dès qu'elles flottent dans l'atmosphère, sont égales devant la respiration, je crois qu'il n'y avait qu'à respirer soi-même de la poussière d'eau poivrée, ou simplement de la poussière de poivre. La sensation locale eût parlé jusqu'à la glotte et au delà; et la toux, ce signe probant, aurait fourni son témoignage. Que M. Briau veuille bien tenter cette preuve; nous en attendons la relation.

Nous venons de voir ce qui reste des objections que notre critique prend de sa physiologie pour nier l'introduction des poussières liquides, même jusqu'au larynx ; voyons les objections prises de sa *clinique* aux Eaux-Bonnes dans le même but.

On comprend d'abord que, lorsqu'on a nié un fait devant la physiologie, on soit assez engagé à ne pas l'affirmer devant la clinique. Il est certain que quand on a dit d'un médicament qu'il ne pénètre pas dans l'organisme, on ne vient pas facilement ensuite reconnaître qu'il y produit des effets curatifs. Or, telle est la position de M. Briau à notre égard.

Donc, si quelqu'un de ses quarante-neuf malades se trouvait bien par hasard des respirations de l'eau minérale pulvérisée, il faudrait en faire les honneurs à d'autres applications ou usages du liquide; mais les clients de M. Briau, ceux qui sont vraiment atteints de lésions de poitrine, ne le mettent pas en cette obligation; tous ceux-là se retirent de Bonnes à peu près comme ils y étaient arrivés. « *Je n'ai remarqué, dit-il,* aucun effet » qu'on puisse attribuer à la respiration de l'eau pulvérisée. « Un seul, cependant, qui avait perdu la voix, la recouvra durant le traitement; mais ce traitement comprenait l'usage des eaux en boisson et en respiration... » Il faut être conséquent avant tout; la clinique ne peut pas dire oui quand la physiologie a formellement dit non.

Il y a là un procédé de critique dont M. Briau doit sentir le vice. Il est certain qu'il ne peut pas reconnaître devant un lecteur sérieux, que la pulvérisation a été efficace, après avoir avancé que la poussière n'entre pas. Il fallait commencer par la clinique pour être vraiment indépendant de tout engagement envers la logique; mais, de cette façon, le docteur Sales-Girons aurait balancé les dix-sept incurables de M. Briau, par des centaines d'améliorations réelles obtenues à Pierrefonds, sur des malades qui peuvent en témoigner aussi bien que leur médecins respectifs.

Rendons justice, cependant; M. Briau, sachant que nous n'admettons qu'une preuve expérimentale de la pénétration de la poussière liquide dans les bronches, celle du perchlorure de fer dans l'hémoptysie, et il n'y en a pas d'autres, nous en cite un cas. Eh bien, que résulte-t-il de la respiration d'une solution pulvérisée de perchlorure de fer au trentième, dans ce cas d'hémoptysie? Nous le copions pour le rappeler au lecteur : « Après deux jours de l'emploi de cette médication, trois fois dans la » journée, l'hémoptysie s'arrêta, mais reparut plus tard. J'engageai le » malade à persister, et les hémorrhagies, en même temps qu'elles di- » minuèrent d'intensité, devinrent moins fréquentes. »

Ajoutons que la citation de ce résultat fait honneur à la loyauté de M. Briau; mais sa physiologie ne s'en trouvera pas flattée, elle qui a déclaré que la poussière liquide ne saurait arriver jusqu'aux bronches ; or les hémoptysies viennent ordinairement de là, et si celle-ci s'est arrêtée, il a fallu que le liquide respiré pénétrât jusque-là ; c'est de rigueur.

M. Briau fait une réflexion incidente qui s'est, dit-il, présentée souvent à son esprit, à propos de la position que prennent les malades dans la salle de pulvérisation pour aspirer le plus de poussière possible; ils se penchent habituellement en avant, ouvrant la bouche et allongeant le col pour être plus proche du pulvérisateur. Il voudrait qu'on fît mieux : « En respirant, dit-il, dans une attitude opposée, ou la tête renversée en » arrière, la poussière d'eau arrivant dans l'arrière-bouche, descendrait, » selon les lois de la pesanteur, dans la trachée-artère en traversant le » larynx. Dans cette position, ajoute-t-il, je ne serais point éloigné de » croire que la poussière liquide pénétrerait dans les voies respiratoires.»

Je me garderai, certes, de demander à M. Briau si cette position nouvelle ôterait aux organes la susceptibilité physiologique qui s'opposait ci-devant à l'introduction de ladite poussière dans le larynx et plus bas; j'aime mieux me féliciter de ce qu'il aurait trouvé une manière qui rendait cette introduction facile, d'impossible qu'elle était naguère. Mais qu'il me permette de répondre que l'inclinaison en arrière, qui du reste ne serait pas tenable, ne vaut pas mieux que l'inclinaison en avant. De quoi s'agit-il, en effet, pour que les lois de la pesanteur soient utilisées dans l'espèce? Il s'agit que les cavités buccale et pharyngienne se dressent en entonnoir, le plus verticalement possible, sur l'ouverture de la glotte. L'attitude des saltimbanques qui avalent des sabres par l'œsophage serait la plus parfaite sans doute. Autant en deçà qu'au delà de cette verticale, la chose doit revenir au même ; et, à choisir, mieux vaut l'attitude la plus naturelle, qui est la position tendue et penchée en avant. C'est aussi la position que nous avons choisie.

Voilà précisément ce qui explique que les pulvérisateurs soient posés à cette distance et à cette hauteur : il fallait que, la tête élevée et le visage tendu en avant, la courbe gutturale fût assez effacée pour devenir une pente déclive qui conduisît la poussière condensée dans les cavités susdites, en affusion liquide dans la trachée et de là dans les bronches. On croit que la théorie de la pulvérisation ne compte que sur la poussière qui arrive d'emblée et en nature dans la muqueuse bronchique; elle compte davantage sur celle qui s'épanche le long des surfaces et ruisselle à travers le larynx, sans en provoquer les susceptibilités, habitué qu'il est à être toujours humecté.

Si M. Briau a visité la salle de respiration de Cauterets, il a vu une installation plus conforme à cette théorie que l'installation de Bonnes. A Cauterets, dis-je, il y a des pulvérisateurs généraux qui remplissent la salle d'une poussière assez ténue pour flotter dans l'atmosphère; cette poussière, à cause même de sa ténuité, peut pénétrer d'emblée jusqu'aux bronches. Mais devant chaque malade se trouve un pulvérisateur individuel qui fonctionne sur sa bouche ouverte et tendue en avant.

Ici l'acte d'inspiration par le courant qu'il produit du dehors au dedans emporte les particules les plus déliées dans la trachée et les bronches naturellement béantes ; les autres s'agglomèrent sur les muqueuses de la bouche et de l'arrière-gorge, descendent et vont ainsi peut-être plus loin que les premiers dans les mêmes voies, fournissant une plus grande quantité de liquide aux organes lésés. Tout cela est calculé.

Les grands pulvérisateurs, en remplissant l'atmosphère de la salle d'eau sulfureuse divisée, ont un autre but, celui de produire dans cette atmosphère une atténuation des propriétés excitantes de l'oxygène de l'air. Je n'insiste pas sur ce point qui est cependant un des plus importants de la théorie ; tous les lieux où l'oxygène atmosphérique est atténué en quantité et en qualité, sont des séjours utiles pour le poitrinaire. Ceci fait partie de la théorie que j'ai appelée *diète respiratoire*.

Je remercie sincèrement tous ceux qui, comme M. Briau, donnent un instant d'attention à notre procédé ; mais je voudrais qu'on n'oubliât pas qu'il a fait l'objet constant de nos études depuis sept ans, et que les doutes qu'on nous oppose doivent s'être présentés à notre esprit avec autant de rigueur que de la part de la critique. Je m'applaudis néanmoins de ce que M. Briau vient de tout remettre en question ; ce sera pour nous l'occasion de renouveler la théorie, et de la compléter de tout ce que la physique, l'anatomie et la physiologie peuvent lui prêter pour la constituer définitivement devant la science moderne.

Il nous reste à examiner le troisième point de la critique, les *recherches expérimentales*.

Ces recherches ont été faites sur des animaux. Or, dès le principe, nous avons toujours récusé ces expériences, sur la raison que les animaux ne respirent que par les narines, et que celles-ci, par leurs circonvolutions et anfractuosités sont disposées par la nature pour arrêter la plus grande partie des poussières au milieu desquelles vivent ces animaux. Nous récuserions l'homme lui-même, si on ne le faisait respirer que par le nez. Un des articles de la pratique des salles de pulvérisation est de respirer par la bouche.

Cependant que voyons-nous dans les expériences de M. Briau, faites au Collège de France; résumons en citant :

1° Un lapin est soumis durant vingt-deux minutes à la respiration d'une solution de cyanure de potassium pulvérisée; ouvert aussitôt après, la muqueuse du larynx et de la trachée manifeste la présence de la solution par une couleur bleue au contact du perchlorure de fer. L'ouverture prolongée dans différents rameaux bronchiques, la même couleur démontrent que le cyanure y a pénétré.

2° Un deuxième lapin, soumis durant vingt-six minutes à la respiration d'une solution de perchlorure de fer, fut tué et ouvert aussitôt après: larynx, trachée et ramifications des bronches donnèrent la couleur bleue au contact du cyanure de potassium (c'est l'expérience première renver-

sée pour les liquides). « Par conséquent, ajoute M. Briau, avec sa » loyauté ordinaire, la poussière liquide avait pénétré dans les organes. »

3° Deux chiens sont soumis à la respiration de la solution de perchlorure de fer ; pas de réaction sur les muqueuses bronchiques, partant le liquide n'a pas pénétré.

4° Un troisième lapin donne le même résultat que les deux premiers.

5° Un cheval est soumis à la respiration des mêmes solutions durant quarante-cinq minutes ; pas de réaction.

M. Briau explique la réussite des trois expériences sur les lapins par la conformation organique de leurs voies respiratoires. Chez le lapin, la glotte est très rapprochée des ouvertures nasales, et l'eau condensée, dit-il, a dû descendre ou fluer, par sa pesanteur, dans les canaux respiratoires.

Nous terminerons là notre réponse à la critique de M. Briau : nous aurons démontré, je crois, qu'elle n'est pas si opposée qu'il l'a dit en commençant, aux articles de notre théorie.

Dans le premier argument, la physiologie de M. Briau s'est inscrite résolûment contre toute possibilité de pénétration ; dans les deux autres arguments, nous avons vu que cette pénétration était possible et réelle, grâce aux lois de la pesanteur. Comme l'effet de ces lois fait partie de notre théorie, nous ne sommes donc en différend avec la critique que pour la poussière liquide la plus ténue, que nous prétendons devoir pénétrer demblée au delà du pharynx, comme toutes les autres poussières qui flottent dans l'air respiré.

SALES-GIRONS.

### Réponse.

Afin d'abréger beaucoup ce que j'ai à dire, je me bornerai à répondre à quelques points particuliers de la lettre de M. Sales-Girons, laissant au public médical devant qui la discussion est ouverte, le soin d'apprécier les arguments de chacun.

Je dirai d'abord à mon honorable adversaire que les Eaux-Bonnes ne sont point en cause dans mon travail, qui a une portée beaucoup plus générale. Il a donc tort de m'attribuer à ce sujet une intention que je repousse. Ce qui est vrai, contrairement à ce qu'il avance, c'est qu'avant d'étudier aux Eaux-Bonnes la respiration de l'eau pulvérisée, je croyais à la pénétration de cette dernière dans les bronches. L'observation clinique seule a amené le doute et m'a conduit à expérimenter.

L'opinion citée de M. le professeur Longet ne prouve rien contre ma thèse ; car il suffit, pour le fait de la respiration de l'eau pulvérisée, qu'on accorde à la glotte une sensibilité spéciale. J'ajoute que M. Sales-Girons ne parvient pas à détruire la signification des faits observés par MM. Bretonneau, Trousseau et Barthez.

Mon adversaire met en regard des 49 malades cités dans mon travail, plus de mille observations faites par lui à Pierrefonds. Ce chiffre est imposant ; mais pour qu'il fît impression sur mon esprit, il faudrait que M. Sales-Girons mît tout le monde à même de contrôler et d'analyser ces faits cliniques ; il faudrait qu'il publiât un certain nombre de ses observations avec tous les détails que comporte la rigueur scientifique actuelle, avec toutes les circonstances propres à leur assurer une pleine authenticité, avec tous les signes fournis par l'examen général et par la stéthoscopie, de manière que chacun fût mis à même d'apprécier leur signification et leur portée. Or, c'est ce qu'il n'a pas fait jusqu'à présent, en sorte que son affirmation à cet égard est comme non avenue pour le public médical.

M. Sales-Girons m'engage à respirer un liquide poivré pour m'assurer de la pénétration de cette matière dans les bronches Si c'est ainsi que mon honorable confrère entend l'expérimentation, je ne m'étonne pas que nous arrivions à des conclusions opposées. Comment peut-il ignorer que toutes les substances odorantes, et par conséquent presque toutes celles de provenance végétale, contiennent des principes volatils qui s'échappent incessamment dans l'air, ce qui les rend très aptes à être respirées ? Pour qu'une expérience de ce genre soit concluante dans le débat, il faut de toute nécessité qu'elle soit faite avec des substances fixes, ne laissant exhaler aucune essence volatile, et de plus d'une absorption difficile ; c'est ce qui ne peut avoir lieu qu'avec certains sels minéraux. Par conséquent, l'expérience proposée ne prouverait rien, pas plus que si elle était faite avec du tannin ou d'autres substances d'origine végétale.

Je n'ai point contesté que la pulvérisation fût utile dans les angines, et M. Sales-Girons pouvait se dispenser de citer les faits cliniques de ce genre, qui ne prouvent rien quant au fait de la pénétration dans les bronches, seul point qui nous divise réellement.

Enfin, mon honorable adversaire argue contre moi de l'entrée des poussières sèches dans le tube aérien. Mais est-il bien sûr que ces poussières y pénètrent par le fait de la fonction respiratoire ? Pour moi, j'en doute fort, avec beaucoup de bons esprits et d'expérimentateurs habiles. Mais ce n'est pas ici le lieu de traiter cette question qui demanderait de longs développements.

Dr RENÉ BRIAU.

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

ANTHROPOLOGIE. — M. *J. Cloquet* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. *Bourgarel*, intitulé : *Des races de l'Océanie française et de celles de la Nouvelle-Calédonie en particulier.* — Ce rapport, sur lequel nous reviendrons plus tard, se termine par les considérations suivantes :

L'auteur, dit M. Cloquet, a eu le grand mérite d'utiliser les rares loisirs que lui laissait un service pénible pour rassembler des documents importants sur un pays encore très peu connu, mais que nous avons un grand intérêt à connaître depuis qu'une colonie y est fondée.

Il a accompli ce travail avec talent, a discuté avec sagacité les matériaux qu'il avait amassés, et indiqué avec la plus grande bonne foi ce que l'on devait regarder comme certain, ce qui était douteux, ce qui lui était inconnu, qualité trop rare et d'un très bon exemple.

Il est arrivé à mettre hors de doute ce fait nouveau et d'une grande importance, l'immigration incessante des îles diverses de la Polynésie dans la Nouvelle-Calédonie, immigration qui a pour effet de remplacer graduellement la race indigène par une race supérieure.

Nous pensons donc que l'auteur mérite d'être encouragé, et nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. Adolphe Bourgarel de son intéressante communication, de l'engager à persévérer dans la voie où il est entré, de déposer honorablement son mémoire dans vos archives, et d'adresser une copie du présent rapport à Son Excellence M. le ministre de la marine. (*Adopté.*)

MM. *Janssen* et *Follin* soumettent au jugement de l'Académie une note sur l'ophthalmoscopie, et spécialement sur une modification qu'ils proposent d'introduire dans le mode d'éclairage employé pour l'examen ophthalmoscopique. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Bernard, Cloquet, Jobert.)

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M le ministre d'État transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par MM. *Tellier* et *Réolle* ; de Saint Christan (Basses-Pyrénées), par M. *Darcet* ; de Propiac (Drôme), par M. *Loubier* ; d'Euzet (Gard), par M. *Auphan* ; de Charbonnières (Rhône), par M. *Finas* ; de Bains (Vosges), par M. *Bailly* ; de Rennes (Aude), par M. *Cazaintre* ; de la Chaldette (Lozère), par M. *Roussel*. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Marne, de Tarn-et-Garonne, de la Dordogne et de la Loire. (*Commission des épidémies.*) — *c*. L'extrait d'une lettre du lieutenant-colonel *Nagtglas*, gouverneur, relative à plusieurs cas de vaccination opérée avec succès, à l'aide du vaccin régénéré, sur les nègres des possessions néerlandaises de la côte de Guinée. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Auphan*, intitulé : *La pulvérisation à Euzet-les-Bains, et ses effets thérapeutiques*. (*Commission des eaux minérales*) — *b*. Une note sur les propriétés curatives des phénates alcalins et des huiles acides saponifiables, par M. *Bobœuf*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c*. Une lettre par laquelle M. *Billod*, médecin de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), informe l'Académie et le corps médical que la *pellagre* manifeste de nouveau sa présence dans l'asile confié à sa direction. — *d*. Un mémoire renfermant la description et les usages du pharyngoscope, par M. le docteur *Moura-Bourrouillou*. (*Comm.* : MM. Robin, Gavarret, Regnault.) — *e*. Une note descriptive concernant un nouveau forceps construit par M. *Charrière*, sur les indications de M. *Chassagny* (de Lyon). — *f*. Un pli cacheté renfermant la description d'un nouvel instrument pour la destruction de la pierre, par MM. *Robert* et *Collin*. (*Accepté.*) — *g*. Un mémoire sur la responsabilité du médecin considérée au point de vue de l'obstétrique, et plus particulièrement de l'opération césarienne *post mortem*, par M. le docteur *Rousseau*. (*Comm.* : M. Devergie.)

M. *Gavarret* met sous les yeux de l'Académie le nouveau *pharyngoscope* de M. Moura-Bourrouillon.

M. *Larrey* présente : 1° un mémoire de M. *Gondoin* sur une voiture d'ambulance dont la propriété est de permettre le transport des blessés sans leur communiquer aucune secousse ; 2° une brochure de M. le docteur *Braud*, médecin-major, sur quelques plaies d'armes à feu.

HYDROLOGIE. — M. *O. Henry* lit un rapport sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Contrexéville (Vosges). La nouvelle source, dite de la *Souveraine*, fournit une eau sélénito-magnésienne un peu moins chargée de fer que la source déjà connue de cette localité.

La commission est d'avis qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de la nouvelle source au point de vue médical. (*Adopté.*)

*Élections.*

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 72, M. *Raynal* obtient 69 voix ; M. *Sanson*, 3.

En conséquence, M. *Raynal* est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

*Discussion sur l'opération césarienne après la mort.*

M. *de Kergaradec* donne lecture de la première partie d'un discours qu'il terminera dans la prochaine séance, et dont il n'a point laissé la copie au secrétariat.

*Lecture.*

PATHOLOGIE. — M. *Bourguignon* lit un mémoire intitulé : *Quelques réflexions sur la* malaria urbana, *ou sur les troubles fonctionnels produits par le séjour prolongé dans les grandes villes.*

« La *malaria urbana*, dit l'auteur, n'est point une maladie ayant son siége déterminé, son caractère propre, ses symptômes bien accusés. C'est un ensemble de troubles fonctionnels ; c'est un état de langueur, de faiblesse, de souffrances relatives, dans lequel vivent la plupart de ceux qui habitent les villes populeuses, et surtout les capitales, *urbes*. Du reste, bien que n'étant pas une maladie, elle n'est quelquefois pas moins redoutable que les maladies les plus graves. C'est, en effet, à la *malaria urbana* qu'il faudrait attribuer le dépérissement, puis, au bout de quelques siècles, l'anéantissement de la population parisienne, si la province ne la renouvelait pas sans cesse, en envoyant annuellement au minotaure ce qu'elle a de plus beau parmi les femmes, de plus robuste et de plus intelligent parmi les hommes. »

Cette *malaria* frappe sur tous les âges. D'après les mots mêmes qui l'expriment, elle a pour cause l'air vicié des grandes villes.

Les ressources de l'hygiène et les agents pharmaceutiques sont, suivant M. Bourguignon, impuissants à triompher des funestes effets de la *malaria urbana*. L'hydrothérapie seule est efficace contre les troubles fonctionnels graves qui caractérisent cet état pathologique. (*Comm.*: MM. Roche, Mêlier, Trébuchet.)

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

RAPPORT sur une note de M. DUCHESNE (1), interne des hôpitaux de Paris, SUR L'HYPERTROPHIE RELATIVE DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX DANS L'ÉPILEPSIE, par le docteur BELHOMME.

Les rapports qui peuvent exister entre l'état de pathologie du cerveau et les phénomènes ou symptômes des maladies mentales et épileptiques ont déjà été désignés par de nombreux auteurs modernes. Je suis un des médecins qui ont porté leurs investigations sur la pathogénésie des maladies mentales ; je me suis efforcé de rattacher les diverses formes de folie à un état organique, soit du cerveau, ou des divers organes qui ont des rapports sympathiques avec ce dernier ; je saisis donc avec empressement l'occasion qui m'est offerte d'examiner les rapports que l'on peut trouver entre les phénomènes de l'épilepsie et l'état pathologique du cerveau. Déjà M. Follet, dans un rapport sur le service médical de l'asile public de Saint-Athanase (1833, 1834), avait appelé l'attention des observateurs sur des lésions anatomiques du cerveau dans l'épilepsie.

Son examen l'aurait porté à expliquer les phénomènes de l'épilepsie par une inégalité relative très sensible d'un hémisphère à l'autre, s'étant élevée jusqu'à 290 grammes. Enfin M. Follet serait arrivé jusqu'à la théorie générale, qui pourrait s'appliquer non-seulement au mal caduc, mais à une foule d'autres circonstances mentales.

Les désordres convulsifs ou moraux tiendraient à la rupture de l'équilibre entre les courants nerveux, etc.

M. Duchesne analyse avec soin les observations fournies par les auteurs modernes, et arrive à cette conclusion : 1° que les inégalités des hémisphères sont rarement considérables, et qu'on voit cependant quelquefois des différences énormes ; 2° qu'il est à désirer que l'on fasse de nouvelles constatations pour juger définitivement la question d'inégalité des hémisphères cérébraux chez les épileptiques, question soulevée par MM. Follet et Beaume. L'auteur du mémoire que j'analyse semble encore douter de la réalité de ces assertions.

Telle est, en raccourci, l'analyse du mémoire lu devant nous par M. Duchesne.

Je partage volontiers l'opinion qu'il faut être exact dans l'observation des faits de ce genre, et que les anatomistes doivent être circonspects dans l'exposition de leur doctrine, que j'ai toujours regardée comme vraie.

L'épilepsie est une affection convulsive profonde dont on ne connaît qu'imparfaitement la cause organique. Dans l'état de nos connaissances physiologiques, on ne peut admettre de si terribles convulsions sans une lésion profonde de nos fonctions nerveuses. Les fonctions de l'innervation sont encore obscures, cependant on est obligé d'admettre une circulation nerveuse analogue, jusqu'à un certain point, à la circulation du sang.

On connaît la théorie de l'irritation de Broussais.

Cette doctrine peut s'appliquer à l'innervation. Nos maladies sont inflammatoires ou nerveuses. Voilà, si je ne me trompe, la base principale de la médecine.

Nos maladies sont un trouble purement fonctionnel, ou bien le résultat d'une lésion organique plus ou moins appréciable.

Avec cette théorie on peut se rendre compte de nos maladies ; avec cette théorie on appréciera les moyens thérapeutiques dont on peut se servir pour soulager et même guérir les malades. C'est avec cette théorie que j'ai expliqué les maladies mentales. La folie est simple ou névropathique ; elle est grave ou organique : dans la folie simple il n'y a qu'un trouble fonctionnel ; dans la folie grave on peut constater, après la mort, des lésions organiques. Les travaux de MM. Ferrus et Parchappe l'ont prouvé surabondamment ; ceux que j'ai publiés depuis 1833 appuient aussi ces assertions. Je suis de ceux qui croient que l'intelligence est une fonction, et que la folie est une lésion de fonction. La folie est donc une maladie du cerveau qui a son centre, sa marche, sa terminaison et son traitement comme les autres maladies ; elle a ses périodes d'incubation, de développement, de crises et de solution.

Arrivons maintenant à l'épilepsie. Cette maladie est une convulsion grave qui a ses degrés d'intensité : dans l'épilepsie légère, l'étourdissement épileptique, il n'y a qu'une congestion légère et momentanée du cerveau ; dans l'épilepsie grave, la congestion du cerveau est plus considérable, et peut occasionner des lésions organiques. Les observations présentées par M. Duchesne sont de ce genre : les hémisphères cérébraux étaient hypertrophiés ; il y avait inégalité relative de poids des deux hémisphères : tel est le résumé des lésions organiques du cerveau rapportées par l'auteur. Tout porte à croire que l'épilepsie a son siége dans le cerveau, et qu'une congestion cérébrale subite et profonde affecte cet organe. L'épilepsie provient également d'un trouble dans l'innervation ; l'*aura epileptica*, partant d'un point éloigné du cerveau, le prouve. On a cité des épileptiques qui ressentaient un spasme aux extré-

(1) Voir cette note, p. 279.

mités des membres, qui remontait au cerveau et les avertissait de l'accès, et qui ne perdaient connaissance que lorsque l'accès arrivait au cerveau, suivaient alors la convulsion générale, la respiration stercorale et l'écume à la bouche; le visage était coloré en noir. Voilà les signes distinctifs de l'épilepsie qui prouvent les désordres de l'innervation et de la circulation. La répétition des accès doit amener un désordre cérébral et une lésion organique dont nous a entretenu l'auteur de cette note.

Je terminerai en faisant des vœux pour que les difficultés que l'on a faites aux autopsies dans les hôpitaux soient levées toutes les fois qu'un chef de service le jugerait nécessaire.

L'anatomie pathologique est un moyen d'investigation trop précieux pour que les médecins des hôpitaux ne réclament pas contre une mesure qui peut nuire aux progrès de la science.

---

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 3 MAI 1864.

Discussion sur le mémoire de M. le docteur Piétra-Santa, **Des chemins de fer ; question d'hygiène publique.**

Rapport de présentation du docteur Rigaud, par M. Jacquemain.

Scrutin d'élection.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er MAI 1864. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

CALCULS VÉSICAUX CHEZ LES ENFANTS. — TRAITEMENT DES ANKYLOSES.

M. *Guersant* a lu un rapport sur un mémoire dans lequel M. Tholozan a consigné les résultats de quatorze opérations de taille, pratiquées en Perse sur des Enfants âgés de sept à dix ans. L'ancien chirurgien de l'hôpital des enfants a rapproché de ces faits les observations qu'il a pu faire lui-même sur 100 ou 150 enfants calculeux sur lesquels 50 seulement ont été lithotritiés. On peut regretter que M. Guersant n'ait pas eu le loisir de consulter ses archives, et qu'on ne puisse savoir s'il a pratiqué cent ou seulement cinquante opérations de taille ; mais il n'en est pas moins intéressant de savoir que les résultats généraux de sa pratique confirment absolument les observations et les conclusions de M. Tholozan. M. Guersant reconnaît avec l'auteur du mémoire que l'affection calculeuse est infiniment plus commune chez les enfants pauvres que chez ceux de la classe aisée, et qu'elle ne s'observe guère que chez les garçons.

La taille est l'opération préférée par ces deux chirurgiens. Seulement, M. Guersant préfère la taille bilatérale, et M. Tholozan la taille latéralisée. Quoiqu'il en soit, c'est une opération qui réussit très bien, et à la suite de laquelle les hémorrhagies sont rares et peu graves. La lésion du rectum peut être évitée. Un purgatif et un lavement froid pris avant l'opération diminuent les chances de cette lésion, et d'ailleurs, si elle a été produite, elle est aisément guérie. Les péritonites sont rares, la fièvre de très courte durée et la cicatrisation est achevée du treizième au quinzième jour. Comme on le voit, MM. Guersant et Tholozan sont parfaitement d'accord sur le peu de dangers offerts par la taille dans le jeune âge. Si les succès sont plus communs encore en Perse, cela tient au climat qui fait sentir son heureuse influence sur toutes les opérations chirurgi- cales.

L'analyse chimique des calculs a montré qu'en Perse comme en France, ils sont chez les enfants presque constamment composés de phosphates ammoniaco-magnésiens et de carbonate de chaux.

La lecture de ce rapport n'a été suivie que de quelques remarques de M. Giraldès. Le nouveau chirurgien de l'hôpital des Enfants a reproché à M. Guersant de n'avoir pas utilisé dans son rapport les observations recueillies aussi en Perse par M. le docteur *Kaula?* qui, avant M. Tholozan, a opéré dans ce pays une centaine de calculeux. Au point de vue de l'étiologie des calculs, M. Giraldès ne voudrait pas que l'influence réelle exercée par la misère, fît oublier celle qu'exerce l'hérédité et qui produit les calculs congénitaux.

M. Giraldès paraît considérer comme atteints de ces calculs les enfants nouveau-nés dans les reins desquels on trouve en abondance des cristaux d'urate de soude.

— M. *Foucher* a présenté à ses collègues un malade auquel il est resté à la suite de rhumatismes articulaires une ankylose des deux coudes, qui maintient les deux avant-bras demi-fléchis. Les mouvements de pronation et de supination sont aussi très incomplets, et le malade ne peut porter à sa bouche ni l'une ni l'autre de ses mains. M. Foucher se propose de rompre les ankyloses pendant le sommeil anesthésique. Il n'espère pas rétablir ainsi les mouvements, mais il désire seulement placer les avant-bras dans une position plus commode qui permette au malade de porter les mains à sa bouche. La discussion qui s'est élevée à ce sujet n'aura très probablement pas changé les intentions de M. Foucher, et ne l'aura pas engagé à porter plus haut ses désirs. Car on a cité en définitive, plus d'insuccès que de succès obtenus par les chirurgiens qui ont essayé de rétablir les mouvements des membres après rupture des ankyloses.

M. Laborie a cité, il est vrai, une observation très favorable.

M. Larrey possède deux faits recueillis sur des malades de Crimée, qui plaident en faveur des tentatives faites pour rendre les mouvements à des membres ankylosés. Mais M. Chassaignac, quoique partisan de ces essais, n'a obtenu qu'un succès douteux, en associant à plusieurs reprises le chloroforme aux moyens mécaniques. MM. Giraldès, Béraud, Désormeaux et Voillemier ont cité les premiers chacun un insuccès, et M. Voillemier en a essuyé dix pour sa part. La difficulté, a dit M. Voillemier, ne consiste pas à rétablir les mouvements, mais à les maintenir rétablis. La mobilité disparaît graduellement, on perd bientôt ce qu'on a gagné et l'ankylose se reproduit. Au moment de l'opération on court aussi un danger, c'est de briser un des os sur lesquels on applique la puissance employée au redressement. Toutefois M. Voillemier se garde bien de condamner cette méthode ; il constate seulement qu'elle ne lui a pas réussi et déclare qu'il se contenterait de changer la position du membre ankylosés et de leur en donner une plus commode.

Il serait utile, dans cette question, ainsi que le veut M. Larrey, de distinguer, au point de vue du pronostic de l'opération, les différentes causes d'ankylose, [et de ne pas confondre tous les insuccès qui ne sont pas tous également compromettants. — M. Chassaignac croit aussi que la patience a souvent manqué et que l'espèce de gymnastique qu'il faut faire subir au membre ankylosé, pendant le sommeil anesthésique, n'a pas été répétée avec assez de persistance.

En un mot, c'est une question à étudier.

Dr P. CHATILLON.

---

V.

## BIBLIOGRAPHIE.

**Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme : recherches expérimentales**, par MM. LALLEMAND, PERRIN et DUROY. 1 vol. in-8. Paris, 1860, chez CHAMEROT.

L'ouvrage dont nous avons à rendre compte, et dont les principaux résultats ont été présentés par les auteurs à l'Académie des sciences (voy. *Gaz. hebdom.*, t. VI, p. 690), se divise en trois parties : la première est consacrée à l'étude physiologique de l'alcool : la deuxième aux anesthésiques (éther, chloroforme et amylène); la troisième aux gaz carbonés (acide carbonique, oxyde de carbone). Chaque partie est précédée d'un historique, dans lequel

sont relatés les travaux publiés sur le sujet avant l'apparition de l'ouvrage.

Dans la première partie, les auteurs sont arrivés, par leurs expériences, à des conclusions qui ne sont pas en concordance avec les opinions qui ont généralement cours aujourd'hui. En effet, jusqu'à ce jour, on a pensé que l'alcool se comporte dans l'économie à la manière des aliments, et l'on a professé que, lorsqu'il est introduit par l'absorption digestive dans le torrent circulatoire, il est rapidement détruit sous l'action comburante de l'oxygène, amené par la respiration : cette oxydation peut donner pour résultat immédiat de l'eau et de l'acide carbonique, et, par suite, on est tenté de donner, avec Liebig, à l'alcool un rang distingué parmi les aliments respiratoires, car il pourrait remplacer les aliments amylacés et sucrés. D'autres observateurs, MM. Bouchardat et Sandras, ont admis, outre la production de l'acide carbonique et de l'eau, celle d'une certaine quantité d'acide acétique, résultant de la prompte destruction de l'alcool et de ses produits dans l'économie. Plus tard, M. Duchek a fait des expériences, pour prouver que l'alcool subit, dans le sang, une série de transformations, représentant des dérivés de ce corps, de plus en plus oxygénés, tels que l'aldéhyde, l'acide acétique, l'acide oxalique, transformations nécessaires, dont le dernier terme est l'acide carbonique, produit final de la destruction de l'alcool dans l'économie. Presque tous les savants, qui se sont occupés de cette question, s'accordent à croire que l'alcool est détruit, mais non éliminé en nature; Klencke, cependant, a annoncé que l'alcool passe dans l'urine et dans la bile, mais ses observations n'ont été appuyées par personne jusqu'à présent.

Les expériences faites par les auteurs de l'ouvrage dont nous rendons compte, sont arrivés, par leurs expériences, à conclure, contrairement à l'opinion généralement admise : 1° que l'alcool n'est pas détruit dans l'économie, mais qu'il est éliminé en totalité ; 2° qu'au lieu d'être un aliment, il n'est qu'un modificateur du système nerveux. Pour confirmer leur dire, ils se fondent sur l'observation de faits nombreux d'ingestion, par la bouche, chez des chiens, d'alcool plus ou moins concentré, et qui leur ont donné les résultats suivants : 1° *l'alcool suspend et abolit la sensibilité et la motricité du système nerveux cérébro-spinal* (p. 35) ; 2° la suspension des fonctions nerveuses exerce une influence manifeste sur les autres fonctions, et est la cause unique de leur arrêt et de la mort qui survient après qu'elles ont diminué de plus en plus ; 3° pendant la vie et après la mort, on retrouve de l'alcool en nature dans tous les liquides et dans tous les solides : la distillation en fournit des quantités notables quand on expérimente sur le sang artériel et sur le cerveau (p. 63 et 65), bien que l'odeur de l'alcool ne soit pas sensible. Pour démontrer plus nettement encore la présence de l'alcool dans les divers organes, les auteurs ont imaginé un procédé chimique (p. 76), qui leur a permis d'avoir recours aux procédés d'analyse par la méthode des volumes, et qui décèle des fractions très minimes d'alcool ; 4° l'alcool se trouve surtout, et en grande quantité, dans les centres nerveux, qui en fournissent beaucoup plus que tous les autres organes (p. 82) ; 5° il ne se transforme dans le sang, ni en aldéhyde, ni en acide acétique (p. 85), car aucun de ces deux corps ne se retrouve ni dans le sang, ni dans les organes des chiens alcoolisés, tandis que, chez des animaux auxquels on administre de l'aldéhyde, on retrouve dans le sang (p. 97) de l'aldéhyde et de l'acide acétique, bien nettement caractérisés; 6° l'élimination de l'alcool (p. 113) se fait par les poumons, la peau, et surtout par les reins : dans une expérience, faite sur l'homme (p. 72), l'urine, évacuée pendant les premières heures après le repas, a fourni une notable proportion d'alcool.

On peut reprocher aux auteurs de n'avoir, dans leurs expériences, représenté qu'une fraction de l'alcool ingéré, mais, quelque faible que soit la dose d'alcool ingéré, on en trouve dans le sang, dans les produits de l'expiration pulmonaire et dans l'urine (p. 122) ; ils ont vérifié expérimentalement qu'un homme, qui a bu un litre de vin, rejette de l'alcool par les poumons pendant six heures, et par les reins pendant quinze heures (p. 120 et 121), et qu'il suffit de l'ingestion de quelques grammes d'eau-de-vie pour que les urines fournissent de l'alcool, tandis que l'urine rendue avant l'expérience n'en renfermait pas trace (p. 116). L'action de l'alcool sur le sang des animaux alcoolisés, chez lesquels on trouve à la surface de ce liquide de nombreux globules de graisse, indique une action singulière qui permet de croire (d'après les auteurs) qu'il peut bien apporter un obstacle au dégagement de l'acide carbonique, ou même qu'il ralentisse la combinaison de l'oxygène avec le carbone : ce qui expliquerait comment la quantité d'acide carbonique expiré diminue pendant les premières heures qui suivent l'ingestion des spiritueux, sans qu'il soit utile d'avoir recours, comme l'a fait M. Duchek, à des réactions de l'hydrogène de l'alcool et, plus tard, de l'aldéhyde sur l'oxygène de l'air, réaction qui ne peut avoir lieu, puisque leurs expériences ont démontré qu'il n'y avait pas d'aldéhyde formé. De la nombreuse série d'expériences faites par eux, et des conclusions qu'ils en ont tirées, les auteurs font des applications ingénieuses à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène, considérations qui terminent la première partie.

Dans la deuxième partie (*anesthésiques*), se basant sur des expériences exécutées avec l'aide de divers procédés chimiques, imaginés par eux et appropriés à chaque anesthésique, les auteurs démontrent que ces corps ont deux modes d'action : 1° une action locale, qui se manifeste quand ils sont administrés à l'état liquide, et qui est en rapport avec leurs propriétés physico-chimiques : dans ce cas, ils ne sont pas absorbés, ou ne le sont qu'en quantité très minime (p. 314) : injectés dans les vaisseaux, ils produisent seulement l'action locale, et leur effet ne peut se comparer qu'à celui de tout liquide irritant (p. 328) ; 2° une action générale, qui ne se manifeste que quand ils sont administrés sous la forme de vapeurs et en inhalations : cette action générale, c'est l'éthérisation ou la stupéfaction du système nerveux. Dans ce cas seulement, les anesthésiques sont absorbés, et ils s'accumulent dans les centres nerveux : le foie en contient plus que le sang, et celui-ci plus que la chair musculaire (p. 310, 372, 394). Sous leur influence, la sensibilité et la motricité du système nerveux se suspendent et finissent par être abolies ; puis peu à peu, mais avec une vitesse qui varie suivant les divers anesthésiques et leur mode d'administration, ils sont éliminés, en totalité, de l'économie, ce qui est indiqué par le retour complet de l'activité sensoriale et locomotrice (p. 350, 378 et 391) : l'élimination, bien que se faisant aussi par les reins, s'opère principalement par l'expiration pulmonaire.

Des expériences faites par les auteurs, sur l'éther sulfurique, le chloroforme et l'amylène, il résulte donc qu'il y a une grande analogie entre les anesthésiques et l'alcool, sous le rapport de l'action physiologique.

Dans la troisième partie, les auteurs étudient les effets anesthésiques déterminés par l'acide carbonique et par l'oxyde de carbone, et arrivent à cette conclusion que leur action n'est qu'indirecte et résulte seulement des modifications qu'ils font éprouver au liquide sanguin, qui devient impropre à entretenir l'innervation : ce sont des pseudo-anesthésiques plutôt que des anesthésiques comparables à l'éther ou au chloroforme.

Pour terminer, et nous pensons que nos lecteurs partageront notre opinion, nous féliciterons MM. Lallemand, Perrin et Duroy d'avoir entrepris et mené à bonne fin une série d'expériences aussi délicates, et d'avoir contribué à éclairer une question de la plus haute importance, par des recherches, que peut-être quelques personnes ne trouveront pas encore assez probantes, mais que tout le monde reconnaîtra avoir été faites avec une sagacité et une ingéniosité remarquables.

J.-LÉON SOUBEIRAN.

## VI

## VARIÉTÉS.

Une affaire scandaleuse, comme on en trouve un assez grand nombre dans l'histoire des affections nerveuses, s'est passée dernièrement à Elberfeld (Prusse) dans un orphelinat. Il ne s'agit de rien moins que d'un *réveil* organisé à l'aide de procédés assez singuliers par le directeur de cet établissement. Une correspondance du *Medical Times* contient des détails curieux sur ce qui s'est passé dans cette circonstance. L'alliance évangélique de la localité avait organisé des prières publiques, à l'effet d'appeler sur la communauté l'effusion du Saint-Esprit, et les employés de l'orphelinat s'étaient ostensiblement associés à ces actes de dévotion, pour prier le Seigneur de convertir leurs jeunes administrés dont ils déploraient la légèreté frivole. Au bout d'un mois environ, le journal *Sæmann* (le Semeur), qui est l'organe du parti religieux le plus exalté de l'endroit (parti dit des *Mucker*), annonçait que ces prières avaient été exaucées, et que l'orphelinat était en plein réveil. Dès les premiers jours, quelques enfants avaient eu des convulsions. Au bout de quelques jours, ce n'étaient que soupirs et gémissements dans les salles des filles; l'une d'elles tombait par terre comme si elle était morte. A une heure très avancée de la nuit, le *Père* des orphelins, appelé dans les dortoirs des filles, les trouve dispersées dans tous les coins de la salle, sous les lits, etc., se livrant à des prières d'une ferveur extraordinaire.

L'exaltation fut portée à son comble par des prières que le Père prononça à haute voix, et à minuit celles des orphelines, qui n'étaient pas totalement épuisées, se promenaient dans les escaliers et dans les corridors en chantant des hymnes. Des scènes analogues se passaient le lendemain; seulement, au milieu des sanglots et des soupirs, éclataient de temps en temps des accès de fou rire. Quelques enfants furent pris de catalepsie; l'un de ceux qui n'étaient pas encore convertis, eut des convulsions et tomba par terre, criant qu'il était possédé du diable qui l'empêchait de prier... Trente-trois garçons étaient dans un état tel d'épuisement, qu'ils ne pouvaient quitter le lit, et, finalement, il ne restait plus qu'un petit nombre de réfractaires sur le total de 295 orphelins.

L'article inséré dans le *Sæmann* provoqua, de la part de l'autorité civile une enquête, à la suite de laquelle tous les employés de l'orphelinat furent immédiatement renvoyés. Il fut démontré que le Père des orphelins avait d'abord cherché à frapper l'imagination des enfants en appuyant ses admonestations et ses prières de l'exhibition d'un diable noir en effigie. Comme ce moyen tardait à produire l'effet désiré, et que le nombre des convertis ne grossissait guère, on appela la gourmandise au secours de la ferveur religieuse; de petits plats de faveur étaient la récompense des plus zélés, tandis que les réfractaires étaient nourris aussi mal que possible. Les plus obstinés, enfin, furent convertis à coups de bâtons.

Toutes ces scènes cessèrent comme par enchantement, dès que les employés de la maison eurent été congédiés. Une seule fois, un jeune coupable essaya de se soustraire à une punition en se livrant subitement à des prières renforcées de hurlements pitoyables. Quelques coups de bâtons firent prompte justice de cette récidive qui ne trouva pas d'imitateurs.

Quant au Père des orphelins, auteur de tout ce désordre, il a été reçu dans la maison d'un riche commerçant, qui le considère comme un prophète, et qui lui a assuré une belle rente viagère.

---

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1861-1862. M. Natalis Guillot a été élu président, et M. Monneret vice-président; ont été réélus M. Henri Roger, secrétaire général, et M. Empis, secrétaire particulier; ont été nommés: secrétaire particulier M. Triboulet, et trésorier M. Labric. — Conseil d'administration: MM. Barthez (François), Béhier, Bouchut, Hervez de Chégoin et Laillier. — Conseil de famille: MM. Bergeron, Guérard, Moreau (de Tours), Trélat et Woillez. — Comité de publication: MM. Empis, Hervieux, Monneret, H. Roger et Triboulet.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a nommé, dans sa dernière séance: président, M. Pidoux; vice-présidents, MM. Mialhe et A. Tardieu; secrétaire des séances, M. Desnos.

— M. le docteur Campmas, médecin-major de 1re classe, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. Ernest Geoffroy, ancien élève de la Salpêtrière, vient d'être nommé interne de la Maison impériale de Charenton.

— Dans sa séance du 29 avril, le Comité consultatif d'hygiène publique a présenté en première ligne M. le docteur Lambron, pour la place de médecin-inspecteur de Bagnères-de-Luchon.

— M. le préfet de la Seine, accompagné de MM. Ferdinand Barrot et Amédée Thayer, sénateurs, Marchand, conseiller d'État, et Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, est allé visiter, le 24 avril, l'asile public d'Auxerre. Cette visite, succédant à celles des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, se rattache aux études que poursuit la commission instituée pour l'amélioration et la réforme du service des aliénés du département de la Seine. MM. les docteurs Baillarger, Delasiauve, Mitivié, Trélat et Marcé, ont été entendus au sein de la commission, comme l'avaient été précédemment MM. Lélut et Moreau (de Tours).

— Une succursale agricole de 18 hectares vient d'être annexée à l'asile public d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

— Une épidémie de démonomanie règne depuis quelque temps en Savoie, dans l'arrondissement de Thonon. M. le ministre de l'intérieur vient d'envoyer sur les lieux M. le docteur Constant.

— Clinique Beaubourg. — *Maladies des yeux.* M. Magne a transféré sa clinique rue Beaubourg, n° 31. Les consultations publiques et les conférences cliniques ont lieu, comme par le passé, les lundis et vendredis, à dix heures précises. M. Magne consacrera les prochaines conférences à la cure radicale de la tumeur lacrymale par l'oblitération du sac, et aux heureux effets de la glace comme moyen de prévenir le traumatisme dans les opérations de cataracte.

---

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou traité de thérapeutique chirurgicale, par le docteur *E. Chassaignac*. 3 vol. in-8, avec figures dans le texte. En vente, le t. I, de 690 pages, avec 98 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 14 fr.

Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée, par le docteur *A. Marroin*. In-8 de 220 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Mémoire sur une maladie particulière des genoux, par le docteur *Regnault*. In-8. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Méthode pratique de laryngoscopie, par le docteur *L. Türck*. In-8 de 124 pages, avec 1 planche et 29 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Nouveau traité des maladies vénériennes, d'après des documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille, par le docteur *Melchior Robert*. In-8 de x-788 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

Ontologie naturelle, ou Étude philosophique des êtres, par M. *P. Flourens* (de l'Académie française). In-18. Paris, Garnier frères. 3 fr. 50

Philibert Commerson, naturaliste voyageur, étude biographique suivie d'un appendice, par *Paul-Ant. Cap*. In-8 de 200 pages. Paris, Victor Masson et fils. 4 fr.

Quelques considérations sur la scrofule, par le docteur *Coulon*. In-4 de 42 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

Résumé des recherches sur l'électricité, par le professeur *Marié Davy*. In-8 de 64 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

Atlas des peripherischen Nervensystems des menschlichen Körpers (Atlas du système nerveux périphérique du corps humain), par *Rüdinger*, photographié d'après nature par *J. Albert*. 1re livraison grand in-folio. Munich, Liter artist Anstalt En Etin. 15 fr. 50

A Practical Treatise on Diseases of the Skin in Children (Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants), par *Caillault*, avec des notes par *R. Howarth Blake*. In-8. Londres, Churchill. 12 fr.

Streiflichter und Schlagschatten auf dem Gebiete der Orthopædie. 1re partie: *Die Scoliose*, par *J. Wildberger*. Grand in-8, avec 6 planches. Erlangue, Enke. 3 fr. 50

Ten Lectures, introductory to the Study of Fever (Dix leçons préliminaires à l'étude de la fièvre), par *A. Anderson*. In-8. Londres, Churchill. 7 fr.

The Physical Examination of the Chest in Pulmonary Consumption and its Intercurrent Diseases (L'examen physique de la poitrine dans la phthisie pulmonaire), par *S.-S. Alison*. In-8. Londres, Churchill. 16 fr. 75

*Le Rédacteur en chef:* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 10 MAI 1861. — N° 19.


**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**


**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Fin de la discussion sur l'hystérotomie *post mortem*; vote sur les conclusions. — II. **Travaux originaux.** Un mot sur l'asystolie due à la suffocation laryngée. — Considérations historiques et pratiques sur l'éléphantiasis de la vulve, à propos d'un cas observé à Saint-Lazare dans le service de M. Clerc. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Sur une forme particulière de contracture affectant les extrémités supérieures. — Mémoire sur les éruptions antimoniales. — Des paralysies produites par les drastiques. — Observation d'hémorrhagie utérine pendant l'accouchement; inutilité de la compression de l'aorte, du perchlorure de fer et de la glace; mort en moins de deux heures. — V. **Bibliographie.** Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée. — Maladies de l'armée d'Orient (campagne de 1854-55-56). — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Revue professionnelle à l'étranger.


## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 15 mars au 10 avril 1861.*

33. COURBON, Alfred, né à Tours (Indre-et-Loire). [*Observations topographiques et médicales recueillies dans un voyage à l'isthme de Suez, sur le littoral de la mer Rouge, et en Abyssinie.*]

34. ROUGON, J.-C., né à Saint-Pierre (Martinique). [*De la pisciculture dans ses rapports avec l'alimentation publique.*]

35. BOUTEILLOUX, Léon, né à Limoges (Haute-Vienne). [*De la mort subite considérée au point de vue de ses causes et dans ses rapports avec la médecine légale.*]

36. COULON, Amédée, né à Saint-Just-en-Chaussée (Oise). [*Quelques considérations sur la scrofule.*]

37. BOURRUT-DUVIVIER, Marc-Pascal, né à Saint-Junien (Haute-Vienne). [*De l'extraction de la cataracte par le procédé linéaire.*]

38. WARENGHEM, Jules, né à Bayenghem (Pas-de-Calais). [*De l'emploi du trépan et de la scie de Hey en Angleterre, de 1850 à 1860.*]

39. CAMPANA, J.-C., né à Bastia (Corse). [*Considérations nouvelles sur l'origine de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur.*]

40. LABBÉ, Léon, né à Merlerault (Orne). [*Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme, par la méthode française (Fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, vésico-vaginales).*]

41. DELESTRE, Gustave, né à Paris (Seine). [*Du ramollissement des gencives.*]

42. MASSAIS, Émile, né à Gennes-sur-Seiche (Ille-et-Vilaine). [*Essai sur le goître observé dans les Hautes-Alpes et en particulier dans le Briançonnais. Quelques considérations sur le crétinisme.*]

43. JOLLY, J.-F.-Gustave, né à Sancoins (Cher). [*De la phlegmasia alba dolens.*]

44. MORICEAU, P.-Louis, né à Chantrigni (Mayenne). [*De l'érythème noueux.*]

45. AUDAIN, Louis-Ant., né à Port-au-Prince (Haïti). [*Études sur les liaisons cliniques des hémorrhoïdes et de la goutte.*]

46. MÉTAXAS, Stavros-Jean, né à Céphalonie (îles Ioniennes). [*De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane, visibles à l'ophthalmoscope.*]

47. BAURIN, Félix-Louis, né à Thiancourt (Meurthe). [*Diagnostic des

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle à l'étranger.

SOMMAIRE. — L'homœopathie et la *Medico-Ethical Association de Manchester*. — Démission des médecins de la Milice Royale à Guernesey. — L'infanticide à Londres et les hospices d'enfants trouvés. — *The Ladies's Sanitary Association*. — Nouvelles d'Amérique; la question de la barbe : abolitionnistes et conservateurs.

On sait que l'esprit de corps a conservé en Angleterre toute sa force, aussi bien parmi les médecins que parmi les hommes de loi et les marchands tailleurs; les cadres de la société n'ont point été brisés soudainement, et, par suite, les groupes sociaux sont restés plus distincts; l'association ne s'effectue point en vue d'un but particulier, à la façon de nos sociétés de secours mutuels ou des sociétés scientifiques : elle comprend l'homme tout entier, le savant, le citoyen, le médecin; elle impose l'observation de certaines règles professionnelles; mais, en revanche, elle assure certains droits dont nous ne jouissons, en France, que très imparfaitement. Le titre de confrère est pris au sérieux, le titre de collègue se perd à la moindre infraction aux règlements. Pour en donner un exemple, nous rapporterons ce qui vient de se passer au sein de la *Medico-Ethical Association de Manchester*.

L'un des membres de cette Société, le docteur J. Roberton, ayant accepté une consultation avec un médecin dit *homœopathe*, et le fait étant venu à la connaissance du comité, on invita M. Roberton à se justifier devant ses collègues. Au lieu de justifications, M. Roberton offrit sa démission, alléguant « que les motifs qui l'ont conduit à déroger aux règles qu'il avait jusqu'alors suivies étaient d'une nature telle qu'ils ne comportaient pas une complète explication. »

La démission ne fut pas acceptée, et il fut résolu que M. Roberton serait de nouveau assigné devant la Société, dans l'espoir que ce médecin, « tout en reconnaissant son tort (*his error*) de s'être rencontré en consultation avec un praticien homœopathe, donnerait à la Société l'assurance qu'il ne la renouvellerait pas. »

M. Roberton ne comparut pas devant le comité d'enquête; mais

*rétrécissements et des insuffisances des orifices du cœur, et du traitement dans les maladies du cœur.*]

48. DEFERT, Paul-G., né à Paris (Seine). [*De l'éducation au point de vue hygiénique.*]

49. GARCIA, Gabriel-M., né à Béjucal (île de Cuba). [*De l'action physiologique de la noix vomique.*]

50. MIRANDA, Ramon-Luis, né à Matanras (île de Cuba). [*De la paralysie du nerf moteur oculaire commun.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*
BOURDON.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 9 mai 1861.

*Académie de médecine :* FIN DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉROTOMIE *post mortem;* VOTE SUR LES CONCLUSIONS.

Ce n'est plus la femme enceinte, ce n'est plus la discussion académique, qui se présentent maintenant à nous *post mortem*, ce sont les conclusions mêmes de la commission. Si les trois conclusions (*Gaz. hebd.*, n° 13, p. 195) n'ont pas été enterrées dans une fosse commune, comme l'aurait souhaité M. Gibert, il s'en est fallu de peu, car il n'en est réchappé que la moitié d'une. L'Académie, fatiguée, impatiente, réduite au moment du vote à une trentaine de membres, — si bien qu'on pourrait craindre un accroc à l'article 37 du règlement (1), — l'Académie ressemblait à ces dramaturges qui ne trouvent pas de manière plus commode de se débarrasser des gens que de les tuer. M. Devergie, qui avait fait effort pour réduire ses propositions au strict nécessaire, ne comprenait rien à ce déchaînement; il suppliait ses collègues de s'arrêter un moment, le temps de reprendre leur sang-froid; il tournait des regards anxieux vers le président, et nous attendions sérieusement le mot de Robespierre au 9 thermidor : *Président des assassins, je te demande la parole!* Et M. de Kergaradec, qui avait trouvé les conclusions de M. Devergie trop courtes, combien plus grand était son désappointement! Aussi quelle agitation, quel va-et-vient désordonné, et qu'il est heureux que la salle des séances ait un hémicycle à l'usage des personnes nerveuses!

(1) *Art. 37 du règlement.* « Les décisions, pour être valables, exigent la présence de la moitié plus un des membres qui ont signé la feuille de présence du jour.

Raisonnons maintenant. L'exécution a été expéditive et gaiement conduite; tâchons d'être calme et sérieux.

La première conclusion, déclarant que le médecin est suffisamment protégé par la législation actuelle, a été repoussée par ce motif, que la mission de l'Académie est toute scientifique. On pourrait d'abord trouver cette fin de non-recevoir un peu tardive. M. Hatin consulte l'Académie précisément sur la question de législation et de police médicale; au lieu de lui répondre de suite que cela ne la regarde pas, l'Académie reçoit son travail, le renvoie à l'examen de trois de ses membres, le met pendant plusieurs mois à l'ordre du jour de ses travaux, et puis tout à coup elle vient déclarer que ce sujet sur lequel elle vient de s'exercer à loisir n'est pas de sa compétence! Alors, que de temps perdu! Mais cela est-il bien vrai? Peut-on dire que l'Académie n'ait pas à s'occuper de l'application des lois et règlements qui régissent la médecine? Nous ouvrons l'*ordonnance du Roi* portant substitution, au sein de l'Académie, de onze sections aux trois classes de médecine, chirurgie et pharmacie, et, parmi ces sections, nous en trouvons une (la huitième) qui comprend l'hygiène publique, la médecine légale et la *police médicale*. A l'heure qu'il est, la police médicale est encore officiellement représentée à l'Académie, car l'objet des travaux de la section n'a pas changé, et, par exemple, c'est, en grande partie, pour s'être tout particulièrement distingué dans cette spécialité que M. Trebuchet doit l'honneur d'appartenir à la Compagnie. Dira-t-on que la police médicale ne comprend pas toute la législation applicable à l'exercice de la médecine? On ne peut user de cette échappatoire, car on n'a pas voulu entendre parler, et pour les mêmes motifs, d'un amendement de M. Trebuchet où la police des inhumations était seule en cause. Il serait regrettable, d'ailleurs, que l'Académie prît le soin de restreindre ses propres attributions, et, dès l'instant que le règlement rendait son intervention au moins plausible, nous regrettons qu'elle n'en ait pas profité pour répondre à l'appel du corps médical.

La troisième conclusion était ainsi conçue : « Le médecin ne relève que de la loi et de sa conscience, éclairée par les préceptes de l'art. » L'Académie, s'est-on écrié, n'a pas à cautionner la conscience du médecin, et l'on est passé à l'ordre du jour pur et simple. A merveille; mais, quelques minutes auparavant, on venait de voter le premier paragraphe de la seconde conclusion, affirmant le *devoir*, pour le médecin, de pratiquer l'hystérotomie dans les cas où il y a chance d'extraire un enfant viable. Notez que les mots *médi-*

---

il écrivit une lettre dans laquelle il expliquait que le mari de la malade, très attaché à l'homœopathie, était son proche parent; que le hasard seul avait déterminé la première consultation, et que, s'il avait continué à traiter en commun avec l'homœopathe, « c'était dans la crainte d'augmenter par son refus la douleur du mari. » Au surplus, il réitérait l'offre de sa démission.

Après une nouvelle délibération, la *Medico-Ethical Association* formula deux résolutions : par la première, considérant la franchise des aveux et les regrets exprimés par M. Roberton, on acceptait la démission offerte; par la seconde, il fut décidé qu'on enverrait aux principaux journaux les pièces de cette procédure (*Medical Times and Gazette*, 13 et 20 avril 1861).

Il est évident que M. Roberton n'a donné sa démission que pour éviter d'être expulsé, et qu'il l'eût été sans les expressions de regret sincère pour l'acte par lequel il a violé l'une des règles de l'association. Que penserait-on, en France, d'une société qui, pour un semblable motif, exclurait l'un de ses membres? Nous ne savons; mais ce qui n'est pas douteux, c'est que la mesure, appliquée à l'Académie, laisserait plus d'un fauteuil vacant. A la vérité, il s'agit souvent de diagnostic dans les consultations, et l'on comprend, à la rigueur, qu'un pathologiste incrédule à l'endroit de la thérapie laisse faire les thérapeutes hahnemanniens. D'ailleurs, il y a souvent plus de divergence entre deux médecins éclairés et honnêtes qu'entre l'un d'eux et ceux qui se disent *homœopathes*. L'épithète est simplement un acte de charlatanisme, non un acte d'hérésie; s'il y avait vraiment *une doctrine* qui méritât une qualification distincte, nous sommes trop partisan de la liberté d'examen pour refuser à des confrères le droit de penser et d'agir à leur guise; mais, malheureusement, ce que l'on désigne sous le nom d'homœopathie n'a pas d'existence doctrinale. La grande habileté, et à la fois la grande faute morale des prétendus novateurs ont précisément été de faire croire au public que l'épithète correspondait à une vue nouvelle, vraie ou fausse.

Si ce que l'on désigne sous le nom d'homœopathie n'était qu'une erreur et que ceux qui la professent ne voulussent pas en conve-

*calement parlant*, destinés à spécifier la nature de ce devoir, signifient simplement que la question religieuse est mise hors de cause, et non que l'opération doit être conforme aux indications de la science. Si ce devoir n'est ni de l'ordre religieux ni de l'ordre scientifique, il est donc de l'ordre moral. Dès que l'homme de l'art peut donner à la société un membre viable, il le doit; voilà le sens rigoureux de la conclusion. N'est-ce pas encore une fois tracer un devoir de conscience?

Quant au second paragraphe de cette deuxième conclusion, rejeté à l'unanimité, il prescrivait au médecin de s'entourer, autant que possible, des lumières d'un ou de plusieurs confrères et voulait qu'il acquît *la certitude du décès* avant d'opérer. Nous regrettons que la division n'ait pas été demandée sur ce paragraphe. La préoccupation d'une consultation au moment décisif pouvait devenir périlleuse à plus d'un titre, comme l'a montré M. Depaul dans une chaleureuse improvisation; mais vraiment, quel mal y avait-il à insérer la seconde recommandation, en remplaçant, comme l'offrait le rapporteur, les mots : *après avoir acquis la certitude du décès* par ceux-ci : *après constatation du décès?* Il ne faut pas oublier une chose qui domine, ou aurait dû dominer tout le débat : c'est que les déclarations de l'Académie peuvent être destinées à couvrir le médecin. Or, quoi de plus prudent que d'inscrire dans ces sortes d'instruction, à côté du droit et même du devoir d'opérer, le devoir de sonder, aussi soigneusement que le permettent les circonstances, ces apparences de mort qui invitent à l'opération? Chose singulière, M. Depaul qui repousse aujourd'hui la prescription comme superflue en avait fait expressément l'objet d'une de ses propositions terminales (la neuvième).

Telle a été, enfin, en ce jour du 7 mai 1861, la passion exclusive de l'Académie pour la science, qu'elle a écarté et renvoyé aux avocats une excellente proposition de M. Trebuchet tendant à exprimer le désir de voir étendre à tout l'empire les mesures prescrites pour le département de la Seine par l'arrêté préfectoral dont nous avons parlé.

Ainsi, d'un côté, la commission refusant d'introduire dans ses conclusions des indications médicales précises; de l'autre côté, l'Académie ne voulant pas s'engager sur le terrain de la jurisprudence et de la conscience; et, au milieu, le public médical renvoyé les mains vides, voilà le tableau de cette mémorable discussion. Si nous jugions de toutes les Sociétés médicales de province par celles où la question de l'hystérotomie a été agitée depuis plusieurs années ou s'agite en ce moment, et de l'impression que produira sur elles le vote de l'Académie par l'attente où quelques-unes étaient de sa décision, nous serions amené à prédire un désappointement général. C'est ce qui arrivera notamment, pour citer l'exemple le plus récent, à la *Société médicale du Haut-Rhin*, où M. Marquez (de Colmar), dans un rapport très intéressant, appelle vivement l'Académie au secours des médecins, tant sous le rapport de la *police médicale* que sous celui de la science. Soyons juste, néanmoins; le seul paragraphe voté ne sera pas sans quelque utilité pour le praticien, en affirmant, à son profit, en des termes généraux, le devoir que lui impose quelquefois le décès de la femme enceinte.

A. Dechambre.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Un mot sur l'asystolie due a la suffocation laryngée, par E. Fritz, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Le phénomène sur lequel je veux appeler l'attention s'est présenté pour la première fois à mon observation, il y a deux mois environ, dans un cas de croup laryngé arrivé à sa troisième période (suffocation continue).

C'était chez une petite fille âgée de six à sept ans, placée dans l'un des services de l'hôpital Sainte-Eugénie, et chez laquelle mon collègue, M. Legrand, devait pratiquer l'opération de la trachéotomie. Les efforts d'inspiration, exécutés avec une grande dépense de force musculaire, s'accompagnaient d'un *tirage* très prononcé, pour me servir de l'expression qui a pris droit de cité dans les hôpitaux d'enfants, c'est-à-dire de la dépression bien connue de l'extrémité inférieure du sternum et des dernières côtes. L'enfant, qui était fortement constituée et bien musclée, luttait avec une énergie peu commune contre l'obstacle croissant à la pénétration de l'air par le larynx.

Or, à chaque effort d'inspiration, le pouls, qui avait conservé assez de force et de plénitude, faiblissait, diminuait manifestement d'ampleur sous le doigt, devenait presque nul au moment du maximum de l'effort, et revenait ensuite, pendant l'expiration, à l'état où l'avait laissé la fin de l'expiration précédente.

Ce phénomène s'accompagnait d'un affaiblissement extrêmement prononcé des deux bruits du cœur. Les deux faits étaient d'ailleurs très faciles à reconnaître, et ils ont été constatés d'un commun accord par plusieurs de mes collègues, MM. Legrand, Fournier, Lemarchand et Brouardel.

J'ignore si cette coïncidence a déjà été remarquée. Les recherches que j'ai faites à ce sujet ne m'ont rien appris, et moi-même, dans le nombre considérable de croups que j'ai observés à l'hôpital

---

nir, de quel droit les accuserions-nous de malhonnêteté? Possédons-nous, par hasard, la vérité suprême? Qui pourrait faire le compte des erreurs que professent, qu'enseignent, que mettent en œuvre les hommes les plus honnêtes et, malgré toutes les démonstrations expérimentales, les plus convaincus? Hélas! hélas! pourquoi l'homœopathie n'est-elle pas une simple erreur!

Nous n'approuvons pas les inquiétudes de certains trembleurs; la prétendue marée montante, le flot envahissant, ne nous alarment guère. Si quelque chose a contribué aux succès éphémères du savoir-faire homœopathique, succès de clientèle, bien entendu, c'est précisément cette maladresse de quelques-uns de nos confrères qui ont pris la chose au sérieux. Ouvrez un journal politique ou plutôt retournez-le, et vous verrez annoncé, sous la garantie de l'Académie et des « premiers médecins des hôpitaux, » plus de mensonges que n'en contient toute la librairie homœopathique du libraire de l'Académie de médecine. Y a-t-il lieu de s'en préoccuper? Au point de vue de la morale et de la santé publiques, peut-être; mais, au point de vue de la dignité de notre profession, non. La répression des annonces trompeuses est une affaire de police correctionnelle; nous n'avons rien à y voir.

Mais, quand on veut imposer à un savant honnête la collaboration et, par suite, la société d'un homme que l'on juge être ignorant ou fourbe, nous ne pouvons que féliciter hautement celui qui s'éloigne avec dédain; tel est le cas de plusieurs honorables médecins de Guernesey, qui remplissaient les fonctions d'officiers de santé dans la Milice Royale. Un praticien homœopathe ayant été nommé à un emploi médical dans l'état-major du régiment, tous les officiers de santé donnèrent immédiatement leur démission. On accepta celle des docteurs Hoskins, De Lisle et Monsell, qui faisaient partie de l'état-major; mais on refusa celle des médecins qui étaient attachés au régiment. L'un de ceux-ci, M. S. Thurston, insista, dans une lettre adressée au *Medical Registrar*, M. Hawkins, à la suite d'un malentendu, et il ajoute en terminant : « Je suis prêt à faire le service d'un simple soldat plutôt que d'être obligé de collaborer avec un homœopathe, car je considère la première alternative comme plus en rapport avec la dignité de notre profes-

des Enfants, je n'avais rien remarqué de semblable. Je suis bien éloigné de conclure de là que le fait dont il s'agit doive être considéré comme exceptionnel. Il me paraît, au contraire, très probable que les choses doivent se passer de même dans tous les cas où il existe un obstacle quelque peu prononcé au passage de l'air, soit à travers le larynx, soit par la trachée, à la condition toutefois que les efforts d'inspiration aient une énergie suffisante.

Pour comprendre ce qui se passe en pareil cas, il suffit de se reporter, en les renversant, aux conditions bien connues de l'effort proprement dit, ou effort expirateur. On sait que, dans l'effort, la pression de l'air renfermé dans les poumons est toujours augmentée, et peut arriver à ses limites extrêmes. Cette pression est transmise à tout le contenu de la cage thoracique. Les veines caves, l'aorte, le cœur (pour n'envisager que les parties qui nous intéressent ici), sont par conséquent comprimés; la pression du sang contenu dans ces organes augmente en proportion, et ce liquide tend, par conséquent, à s'écouler par les seules voies à l'aide desquelles la cavité thoracique se trouve alors en communication avec l'extérieur.

L'expression phénoménale qui traduit de la manière la plus saisissante ces conditions hydrauliques, c'est la réplétion des veines superficielles voisines du cœur, la cyanose qui accompagne l'effort. L'augmentation de pression du sang artériel, à la production de laquelle concourt encore la compression des artères intra-abdominales, est d'une appréciation plus délicate; mais il est facile de la rendre palpable, même dans l'artère radiale, à l'aide du sphygmographe. Cette démonstration a été faite par M. Marey avec la précision remarquable qui caractérise les travaux de cet habile expérimentateur. Au moment de l'effort, le sphygmographe accuse l'élévation de la tension de l'artère radiale par la plus grande hauteur du tracé et la moindre amplitude des pulsations.

Que se passe-t-il maintenant pendant l'effort d'inspiration? L'inverse, point pour point. L'effort inspiratoire que l'on fait après avoir fermé la glotte crée un vide virtuel dans le poumon. Au lieu d'être augmentée, la pression intra-thoracique est diminuée; les organes renfermés dans la poitrine se trouvent, en réalité, plongés dans un air raréfié, renfermé dans un espace clos. Il se fait, par conséquent, un appel du sang de la périphérie au cœur, aussi bien par l'aorte que par les veines caves, toutes deux dilatées par suite de la diminution de la pression de dehors en dedans, qu'elles subissent normalement. De là, dans les artères périphériques, une diminution de tension qui a été également signalée par M. Marey; le tracé sphygmographique présente alors une concavité dont le début coïncide avec celui de l'inspiration.

J'ai répété, avec le concours obligeant de mon excellent collègue M. Brouardel, les expériences de M. Marey, et je suis arrivé à des résultats analogues. Il ne me semble pas, cependant, que le reflux du sang dans l'aorte dilatée suffise pour rendre compte de tous les changements que le tracé sphygmographique subit dans ces conditions. A cette modification de la circulation s'en joint, à mon avis, une autre d'une grande importance : c'est un degré plus ou moins prononcé d'asystolie. Les données sphygmographiques et le raisonnement s'accordent parfaitement, à ce sujet, avec l'observation pathologique.

En effet, chez la malade dont j'ai parlé, nous avons constaté un affaiblissement remarquable des bruits du cœur au moment du maximum de l'effort inspiratoire. Or, ce phénomène ne pourrait s'expliquer à l'aide de la diminution de pression du sang que pour le deuxième bruit; la pression du sang étant diminuée à la fois dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire, on comprend que le redressement de leurs valvules se fasse avec moins d'énergie, et que, par suite, le deuxième bruit (en admettant qu'il soit le résultat de ce redressement) soit diminué d'intensité. Mais il n'en est pas de même pour le premier bruit, et, quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur le mode de production de ce bruit, son affaiblissement, dans les conditions dont il s'agit, ne peut être que le résultat d'une asystolie cardiaque plus ou moins prononcée.

Nous avons noté, en outre, que parallèlement à l'affaiblissement des bruits du cœur, le pouls faiblissait, diminuait d'ampleur, et devenait presque nul à l'exploration digitale. Or, la diminution de tension accusée par la concavité du tracé sphygmographique se traduit, au doigt, par l'affaiblissement (ou consistance diminuée) du pouls, mais la diminution d'ampleur des battements correspond à une autre modification du pouls, qui est accusée dans nos tracés sphygmographiques par une diminution de hauteur de chaque pulsation, et cette diminution peut aller jusqu'au tiers, à la moitié de la pulsation normale, et même au delà.

Il est évident que la moindre amplitude des pulsations ne peut pas tenir, comme dans l'effort expiratoire, à une élévation de la tension du sang artériel, car nous nous trouvons *précisément* en présence des conditions opposées. Donc, par *cette voie encore*, nous arrivons à reconnaître l'asystolie, qui rend parfaitement compte du phénomène : la pulsation est moins ample, parce que chaque contraction du cœur chasse une moindre quantité de sang dans l'aorte.

Les conditions mécaniques de l'effort inspiratoire donnent de ce fait une explication très simple. Le cœur, avons-nous dit, se trouve plongé dans un espace clos rempli d'air raréfié. Pour comprendre que cette circonstance constitue un obstacle à ses contractions, il suffit de se rappeler cette expérience de physique dans laquelle on place sous le récipient de la machine pneumatique un ballon élastique rempli d'air pour faire ensuite le vide. Le ballon se dilate, parce que le rapport entre la force élastique du ballon et celle de l'air qu'il renferme est changé au détriment de la première; de même pour le rapport entre la force contractile du cœur et la colonne sanguine à déplacer. Il est d'ailleurs facile de comprendre que l'asystolie, évidente pour le ventricule gauche, d'après les données du sphygmographe, doit être portée à un plus haut degré dans les oreillettes, qui sont douées d'une moindre force contractile.

---

sion que la dernière. » Avis à nos confrères de l'armée et de la garde nationale!

— Il paraît que l'infanticide fait des progrès effrayants à Londres. Un journal de médecine pousse un cri de détresse et compare les crimes de cette nature qui se commettent dans les paroisses de Marylebone et de Paddington à un véritable massacre des innocents. A la suite d'une enquête faite la semaine dernière, le *coroner* (président du jury d'enquête) a déclaré « que le moyen le plus efficace d'arrêter l'effrayant accroissement des infanticides à Londres serait l'établissement d'un hospice d'enfants trouvés. » Le *British Medical Journal* s'emporte à ce sujet et se demande « comment un homme aussi éclairé que doit l'être un *coroner* peut recommander, à cet âge de la terre, une aussi grossière pièce de machine du moyen âge pour arrêter les progrès du crime! » Le *British Medical Journal*, « à cet âge de la terre », a sans doute quelque moyen plus efficace à proposer; qu'il nous en fasse donc part, non que le besoin s'en fasse vivement sentir à Paris, où il y a des hospices d'enfants trouvés et où les infanticides sont relativement rares; mais nous éprouvons le besoin de nous instruire. Il ne suffit pas de se moquer de la décision du coroner, il faut dire pourquoi l'on s'en moque.

— Quelques femmes de mérite viennent de fonder à Londres une association sanitaire (*Ladies's Sanitary Association*) qui agit sous la direction de médecins distingués, et qui a pour but de propager « l'amour de la propreté et du comfort, et la connaissance des lois de la santé et de la vie dans les classes les plus pauvres de la société. » La connaissance des lois de la vie? Peste! Ces dames n'y vont pas de main morte! Qu'elles *propagent* la vie elle-même, c'est bien assez pour elle, et on ne leur en demande pas davantage sur ce chapitre. Heureusement, en dépit du mot, l'œuvre est excellente : des traités populaires écrits par des médecins et des *lectures* faites aux classes laborieuses par les docteurs Thomson, Sieveking, Richardson, Laukester, Druitt, tels sont les moyens d'action. Mais nous voudrions savoir ce que font les *ladies* dans cette association; le MEDICAL TIMES, à qui nous empruntons ces détails, ne nous en dit rien. Sans doute, elles

Lorsqu'on interrompt l'effort inspiratoire après quelques pulsations, le tracé sphygmographique s'élève, revient au niveau où l'avait trouvé l'inspiration, et dépasse même un peu ce niveau. En même temps les battements deviennent très amples, et leur hauteur dépasse celle qu'ils avaient avant l'expérience; dans nos tracés, le maximum de cette différence est de 3 à 1. La différence est plus grande encore lorsque l'on compare entre elles les pulsations coïncidant avec l'effort inspiratoire et celles qui lui succèdent; nous l'avons vu portée jusqu'au rapport de 4 à 1.

Les effets de l'asystolie inspiratoire se trouvent ainsi compensés; le cœur se débarrasse par des contractions plus amples et plus énergiques du sang qui s'y était accumulé, et l'équilibre normal se rétablit dans le système circulatoire.

Je n'ai pas eu l'occasion jusque-là de prendre le tracé du pouls chez des malades, dans des cas d'obstacle laryngé, et j'attends des faits de ce genre pour poursuivre cette étude. Dès aujourd'hui, cependant, il me paraît hors de doute que l'asystolie doit se produire à un degré plus ou moins élevé dans tous les cas d'obstacle laryngé ou trachéal, pourvu que le malade ait conservé assez d'énergie musculaire pour exécuter des inspirations énergiques. L'importance de cet élément dans la physiologie pathologique des affections laryngo-sténosiques est également évidente *à priori*. Il n'est pas douteux qu'une asystolie, même intermittente, ait pour conséquence, par le fait d'une circulation languissante, une nutrition incomplète des divers organes : c'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que, dans le croup avancé, le cerveau, gorgé de sang veineux pendant l'expiration, ne reçoit pendant l'inspiration qu'une quantité insuffisante de sang incomplétement oxygéné. Ce sont là, évidemment, des conditions excessivement fâcheuses, et qui expliquent sans peine, et chacune pour sa part, l'affaissement profond que l'on remarque alors dans les fonctions cérébrales.

---

## Considérations historiques et pratiques sur l'éléphantiasis de la vulve, a propos d'un cas observé a Saint-Lazare, dans le service de M. Clerc, par C.-A. Martin, interne du service.

(Suite et fin. — Voir le numéro 17.)

Obs. III. — Observation de Larrey. — *Relation historique et chirurgicale de l'armée d'Orient en Égypte et en Syrie*, Paris 1808, p. 273. — La nommée Hanmet-Fatômi, âgée d'environ trente ans, femme d'un fellah du Caire, entra à l'hôpital civil pour y être traitée de deux tumeurs énormes qu'elle portait depuis plusieurs années. Ces tumeurs, dont la figure dessinée par M. Redouté, membre de l'Institut d'Égypte, est annexée à l'observation, étaient placées l'une à côté de l'autre, sur le bord de la vulve, contiguës en devant et un peu écartées en arrière. Elles paraissaient avoir pris naissance dans les grandes lèvres, car on ne trouvait aucun vestige de ces replis tégumenteux, non plus que des nymphes; elles étaient à peu près de la même grandeur; chacune d'elles ressemblait à la tête d'un enfant; elles étaient rugueuses, inégales dans les trois quarts de leur périphérie, lisses en dedans, d'un rouge violet; leur bord saillant, ou plutôt la base, était couverte de croûtes pustuleuses comme celles du sarcocèle d'Ibrahim, et laissait échapper une humeur analogue et d'une odeur désagréable. Ces tumeurs étaient suspendues ou attachées par des racines assez minces aux branches des os ischions et pubis; elles étaient dures, insensibles et comme squirrheuses; chacune d'elles avait 13 pouces et quelques lignes de circonférence, 4 pouces et demi dans le diamètre transversal et 7 pouces de hauteur. Cette femme, d'une constitution maladive, avait les pieds attaqués d'un commencement d'éléphantiasis; les lèvres épaisses et de couleur plombée; les gencives pâles et ulcérées, le visage décoloré, les yeux tristes, l'appétit dépravé, et elle était portée à la mélancolie; d'ailleurs ses fonctions digestives se faisaient bien. J'attribue la formation du sarcocèle au vice éléphantiasique dont elle était affectée. (Il est à remarquer que cette femme n'avait jamais été réglée.) Je me proposai d'extirper ces tumeurs, et je commençai à préparer la malade par les remèdes que j'avais déjà employés avec succès contre l'éléphantiasis. Après six semaines de ce traitement, les jambes et les lèvres étaient dégagées et revenues à l'état naturel. La femme avait pris de l'embonpoint; ses tumeurs s'étaient un peu ramollies; l'humeur qui transsudait des petits ulcères recouverts de ces croûtes était en moindre quantité et avait perdu son odeur fétide; enfin j'estimais que la malade était dans le cas de subir l'opération. La nécessité d'amputer le sarcocèle de cette femme et celui d'Ibrahim, avait été reconnue dans une conférence clinique tenue à ce sujet; et l'opération en avait été fixée au lendemain, lorsque l'ordre de suivre l'armée, qui se mettait en marche pour Alexandrie, me força d'abandonner l'un et l'autre malade.

La figure ci-après se rapporte à la première des trois observations que nous venons de relater (n° 17, p. 262).



Les deux observations que nous venons de citer se complètent l'une par l'autre. Dans celle de Saucerotte, nous trouvons des détails nombreux et des indications très précises au sujet de l'opération et de ses suites; mais tout ce qui touche aux symptômes et à

---

vont dans les humbles demeures et donnent l'exemple; peut-être aussi fournissent-elles le nerf « de la propreté et du comfort. » Après tout, pourquoi l'initiative d'une œuvre analogue ne serait-elle pas prise à Paris? Non-seulement il est à désirer que les femmes qui ont du loisir se mêlent plus activement aux œuvres utiles et pratiques; mais il importe que la charité scientifique (qu'on nous passe l'étrange expression) ne repose pas exclusivement sur les bureaux de bienfaisance et sur les congrégations religieuses .... pour une douzaine de raisons qu'on ne peut dire dans ce lieu frivole.

— Le British American Journal de Montréal (Canada) et le Medical and Surgical Reporter de Philadelphie ont engagé une violente polémique sur *la question de la barbe*. Le Reporter a entrepris de démontrer à son confrère anticapillaire qu'il faut porter toute la barbe, et que cela est avantageux aux points de vue *économique*, *social*, *physiologique*, *esthétique*, *domestique* et *poétique*. Par ma barbe, voilà une démonstration complète; le Reporter commence par démontrer l'économie de temps (*time is money*), ainsi qu'on va voir : posant en principe qu'il faut au moins quinze minutes pour raser convenablement ou pour se faire raser, il s'en suit une perte de quatre jours de vingt-quatre heures ou de neuf jours de travail par an. Supposant ensuite qu'il y a aux États-Unis 4 millions de personnes *shaveable* (rasables?), il constate une perte de 36 millions de journées de travail, soit 98,630 années de travail. Réduisant la chose en dollars, ainsi qu'il est du devoir de tout bon Américain, et évaluant le prix de la journée à un dollar (5 francs) par jour, le Reporter conclut que, sans compter le prix du savon et des rasoirs, et le bénéfice du barbier, la perte de temps est représentée par une perte de 36 millions de dollars, soit 180 millions de francs par an. En second lieu, si l'on admet que l'action du rasoir stimule la croissance de la barbe de telle façon que la production en longueur soit deux fois plus considérable chez ceux qui se rasent que chez ceux qui ne se rasent pas, le Reporter démontre que la dépense imposée représente *dix-huit jours de vie*, et fait perdre à l'existence collective possible des 4 millions de rasés 6,666 années par an, ou tout au

l'aspect extérieur est un peu négligé. Cette lacune est comblée dans le récit de Larrey, et sa description si intéressante et si minutieuse de la tumeur nous fait vivement regretter que les hasards de la campagne ne lui aient pas donné le temps d'en pratiquer l'excision.

La partie la plus défectueuse des différentes observations dont nous avons plus haut nommé les auteurs, c'est celle qui a trait à l'anatomie pathologique des tumeurs. N'ayant pas à leur disposition les moyens d'investigation dont la science moderne a trouvé le secret, ils en étaient réduits aux conjectures, et Dieu sait à quelles imaginations ils se laissaient aller. Pour P. Alpin, c'était une hernie; pour Hendy, une maladie glandulaire; pour Sennert et Hoffmann, un érysipèle; pour Larrey, un sarcocèle; pour Alard, une inflammation des vaisseaux lymphatiques; pour tel autre, une hydropisie enkystée. Lorry avait cependant soupçonné la véritable nature de cette affection, mais il n'eut pas d'écho. Dans son traité *De morbis cutaneis*, Paris, 1777, il dit, page 381 : « Vitium vero elephantia» cum in lympha quidem sedem figit, sed adipem cellularem potis» simum occupat. » Et plus loin, page 666 : « Est ergo elephan» tiasis Arabum aucta in cute pedum et crurum morbose crassities. » Hæc crassities est cellularum et areolarum cutem efficientium » inflatio, stagnat in iis mucus. » Nos micrographes n'ont pas infirmé cette opinion, et, comme on a pu le voir dans la note de M. Robin, leur avis est que ces tumeurs sont constituées par une hypertrophie sans hypergénèse du tissu lamineux sous-cutané et de celui qui entre dans la trame du derme, avec infiltration d'une sérosité très abondante, dont la consistance varie suivant les cas. C'est presque la traduction littérale du latin de Lorry. M. Lebert, MM. Rayer et Davaine qui ont adopté cette manière de voir, ont, en outre, constaté l'intégrité des nerfs et le développement anormal des vaisseaux. M. Harley, dans un mémoire lu récemment à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, affirme, à tort selon nous, que cette maladie spéciale au derme, n'affecte pas le tissu aréolaire sous-cutané.

Un point sur lequel tous les médecins qui ont étudié cette question paraissent être d'accord, c'est la non-hérédité comme la noncontagion de cette maladie, qui sévit sur les individus des deux sexes de toute condition et de tout âge. Quant aux causes, l'entente est moins parfaite. En Afrique, à l'île Barbade, sur les côtes du Malabar, cette affection est endémique, et les raisons de son existence sont bien vite trouvées et énumérées lorsqu'on a parlé du climat, de la chaleur, du vent, de la fraîcheur des nuits, de la mauvaise qualité des eaux, etc. On ne sait au juste à laquelle de ces causes donner la préférence; mais au moins on a du choix. Pour les quelques cas qu'on a pu observer en Europe, si l'on n'a pas trouvé, on a du moins cherché des explications plus plausibles : on a invoqué tour à tour la sécheresse et l'humidité, les aliments avariés, la malpropreté, les excitations vénériennes et dermatosiques, la chlorose, la syphilis, et enfin la scrofule, indiquée pour la première fois par Hufeland, et sur laquelle, selon nous, on n'a pas assez insisté; nous l'avons vue cependant notée, comme antécédent morbide, dans le plus grand nombre des observations que nous avons pu consulter. On comprend qu'en face de cette étiologie, aussi compliquée que banale, nous osons difficilement risquer une affirmation sérieuse et positive.

L'aspect extérieur, les caractères distinctifs et les symptômes locaux ont été convenablement décrits. Les tumeurs éléphantiasiques de la vulve ne sont en général gênantes que par leur poids et leur position; la douleur est nulle, à moins qu'elles ne soient ulcérées, ce qui est fort rare dans nos pays tempérés. Elles sont dures, violacées et presque toujours insensibles; leur surface est bosselée, sillonnée et comme crevassée; l'hypertrophie des papilles du derme donne lieu à des tubérosités qui ont l'apparence des circonvolutions cérébrales. Ces différents caractères sont presque toujours si marqués que le diagnostic ne peut être incertain. Cette affection ne saurait être prise pour une tumeur fibreuse, tant les caractères différentiels entre ces deux affections sont tranchés; elle ne pourrait être confondue qu'avec l'esthiomène ou lupus hypertrophique de la vulve décrit par MM. Guibourt et Huguier. Or, dans ce cas, il y a constamment des tumeurs multiples, douloureuses, le plus souvent ulcérées, reposant sur une base fortement indurée, n'ayant qu'un volume bien moindre que celui que l'éléphantiasis atteint d'ordinaire, accompagnées de retentissement ganglionnaire et d'un œdème considérable dont le rétrécissement du vagin et du rectum est la conséquence nécessaire; de plus, elles ne présentent pas cette altération spéciale du derme qui simule les circonvolutions du cerveau.

Dans quelques cas, de grosses veines variqueuses rampent à la superficie des tumeurs éléphantiasiques de la vulve. Quoique cette affection soit ordinairement accompagnée de *stérilité* et d'aménorrhée, elle n'exclut pas complétement la *possibilité d'une grossesse*; nous n'en voulons pour preuve que le fait rapporté par Saucerotte. Le plus souvent, la grossesse et la première apparition des menstrues semblent imprimer une marche plus rapide au développement de la tumeur. L'ensemble des symptômes généraux a été présenté par Alard avec une grande exagération : on y voit figurer au premier rang la fièvre, les frissons, les vomissements, la chaleur mordicante, la soif inextinguible, les sueurs nocturnes, etc. Scanzoni fait de la phthisie pulmonaire la compagne presque obligée de l'éléphantiasis des organes génitaux chez la femme; il exagère aussi, et il exagère énormément. Nous n'avons vu figurer cette terrible complication que dans le cas de Kiwisch et dans un autre rapporté par le docteur Green (*The India Journal of Medical Science*, 1835). Dans tous les cas dont nous avons lu les relations, nous avons vu que cette affection, quelque formidable qu'elle parût, sans être un mal purement local, puisque nous admettons qu'elle est liée à la scrofule, n'avait cependant qu'un faible retentissement sur la santé générale.

La cause de la maladie étant inconnue, ne peut être combattue directement, et le traitement est forcément borné à l'empirisme.

---

moins la quantité d'aliments nécessaires à l'existence de ces 4 millions d'hommes pendant cet espace de temps. Voilà pour le côté économique de la *question de la barbe;* si le gouvernement des États-Unis (*unis* est une façon ancienne de parler) était aux mains du Medical and Surgical Reporter de Philadelphie, il serait enjoint aux Américains de laisser croître leur barbe à l'état de forêt vierge. Alors les Américains du Sud et ceux du Nord cesseraient peut-être de se prendre aux cheveux.

Nous ne mentionnerons pas les autres arguments du Reporter en faveur de la culture en grand du poil facial; il est réellement à désirer qu'une statistique soit faite qui mette en lumière le mérite de cette sécrétion en ce qui concerne la prophylaxie des *angiairites* (αγγιον, conduit, αερ, air, *ite* en grec, *inflammation*, ainsi que chacun sait). Nous tenons du directeur de l'une des compagnies des chemins de fer écossais que les *rhumes* sont devenus rares parmi les employés actifs de la ligne depuis qu'il leur a été permis et même fortement conseillé de porter toute la barbe; cette observation repose sur l'examen des journées de maladie des employés. Nous ne savons si pareille observation a été faite en France.

— Le 5 avril dernier, un meeting général de la *Royal Medical and Chirurgical Society* a décidé, à la majorité de 38 voix contre 23, » qu'il serait avantageux pour le progrès de la science médicale, » que la Société royale, médicale et chirurgicale, la Société de » pathologie, la Société d'épidémiologie et la Société d'obstétrique » fussent unies en un seul corps savant, et que ces différentes » branches de la médecine constituassent autant de sections de la » même Société. » En d'autres termes, nos confrères anglais qui depuis longtemps nous envient l'Académie, font des efforts pour constituer un centre scientifique auquel puissent ressortir la profession médicale tout entière. MM. Hawkins, Meryon, R. Lee, Macilwain, Arnott, Copland, Webster, O'Connor, Druitt, Stewart, Smith, et d'autres, ont prononcé de remarquables discours, favorables ou opposés à l'*amalgamation* des sociétés. Nous rendrons compte ultérieurement des mesures qui ont été prises pour réaliser le *desideratum* signalé par M. Hawkins.

On a employé tour à tour, avec un égal insuccès ou du moins sans produire un effet thérapeutique bien marqué, les émissions sanguines, les scarifications, les vésicatoires, les bains émollients ou astringents, le régime tonique ou débilitant, la compression directe, qui aurait, au dire de certains auteurs, réussi quelquefois. Les différentes préparations mercurielles, selon Astruc et Huxham, ne feraient que hâter la marche de la maladie. L'iode et ses composés n'ont pas encore été expérimentés régulièrement, et si, comme nous en avons la conviction, l'affection est de nature scrofuleuse, ils produiraient peut-être quelque effe. tQuant à la ligature du tronc artériel qui fournit le sang à la tumeur, ce procédé trop *américain*, qu'on a surtout préconisé pour l'éléphantiasis des membres, doit avoir dans l'espèce un bien mince résultat. En effet, la tumeur étant peu vasculaire, il suffit pour la nourrir de quelque collatérale insignifiante

Reste comme *ultima ratio* l'extirpation, et avec elle l'importante question de la récidive. Talrich opéra avec succès, en 1811, une jeune femme atteinte d'éléphantiasis de la vulve. Il la revit en 1828; à cette époque, elle jouissait d'une santé parfaite. Mais, à côté de ce fait heureux qui paraît être l'exception, que de cas de récidives! Vidal (de Cassis) enleva une tumeur de ce genre à Lourcine; quelques années après, la femme qu'il avait opérée revint à la consultation de l'hôpital, présentant une tumeur aussi volumineuse que celle dont il l'avait débarrassée une première fois. Elle refusa de se soumettre à une seconde opération. M. Chassaignac opéra en 1850 une femme qui avait la grande et la petite lèvre du côté gauche envahies, et à laquelle, deux ans auparavant, Blandin avait extirpé une tumeur du même genre placée du côté opposé. Nous croyons donc que la récidive est la règle générale. Dans le cas que nous avons observé, les grandes lèvres sont le siége d'une espèce d'œdème dur et persistant, premier degré de l'affection éléphantiasique. Si, par un traitement antiscrofuleux, au moyen des préparations iodées, on n'arrive pas à faire disparaître cet œdème, les grandes lèvres acquièreront probablement un énorme volume d'ici à quelques années.

*D'après Scanzoni, la cicatrisation de la plaie* produite par l'excision serait difficile ou même complétement empêchée par une ulcération de longue durée qui risquerait de devenir fatale à la malade en amenant un marasme rapide ou la pyémie. Ceci paraît au moins vraisemblable au premier abord, si l'on songe à l'amincissement considérable et au peu de vascularité des téguments conservés par l'opérateur; cependant l'effrayant tableau que trace le professeur allemand est formellement démenti par les faits. Pour ne parler que des cas que nous avons mis sous les yeux des lecteurs, en moins d'un mois dans le fait rapporté par Saucerotte, en seize jours dans celui que nous avons cité, la cicatrisation soi-disant impossible a été obtenue sans le moindre accident sérieux. Il y a même eu, dans notre cas, réunion immédiate pour un tiers de la plaie. Dans une autre observation très intéressante qui figure dans les archives de médecine de 1844, M. Desruelles, interne de Lourcine, rapporte un fait presque en tout point semblable au nôtre. La tumeur fut enlevée par M. Bazin, et au bout de douze jours la plaie sur laquelle on avait mis un pansement simple était complétement cicatrisée.

Un fait qu'il nous a paru utile de noter, c'est l'effusion considérable de sang qui se produit après la dissection de la tumeur; cette effusion, comme nous l'avons dit plus haut, ferait croire à la présence de gros vaisseaux. L'hémorrhagie, qui paraît si menaçante, cesse au bout de quelques secondes sans qu'on ait rien tenté pour la réprimer. Vidal (de Cassis) observa le même fait dans le cours de l'opération qu'il pratiqua à Lourcine.

Comme conclusion, nous nous bornerons à signaler l'inutilité à peu près absolue des divers traitements palliatifs employés jusqu'à ce jour contre l'éléphantiasis de la vulve, et la constante innocuité de l'extirpation, qui, malgré une récidive probable, soulage au moins pour un temps les malades en faisant disparaître une hideuse difformité, et en les délivrant d'un fardeau très lourd, très incommode et quelquefois très douloureux.

---

III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1861.— PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Sont nommés : MM. Velpeau, Bernard, Cloquet, Andral, Jobert, Serres, Rayer, Flourens et Longet.

CHIRURGIE. — *Note sur les opérations sous-périostiques considérées sous le point de vue de leur innocuité et de leur facilité d'exécution*, par M. *Maisonneuve*. — Indépendamment de la merveilleuse prérogative qu'ont les opérations sous-périostiques de permettre la reproduction des os, elles possèdent encore deux autres qualités, moins brillantes peut-être, mais dont l'importance n'est certainement pas moins considérable dans la chirurgie pratique.

Ces qualités sont d'être incomparablement plus simples dans leur exécution et plus innocentes dans leurs suites qu'aucune des opérations similaires exécutées par d'autres méthodes.

M. Maisonneuve cite pour exemple la résection de l'os maxillaire inférieur. Cette opération, dit-il, naguère si redoutable, est actuellement devenue si simple et si facile qu'elle a, pour ainsi dire, cessé désormais de compter parmi les opérations graves de la chirurgie, depuis qu'on l'exécute par la méthode sous-périostique. Sa

---

Dès à présent toutefois, nous pouvons affirmer à nos confrères de Londres que l'existence des sociétés spéciales ne devrait en rien nuire à la prospérité de la *Royal Medical and Chirurgical Society* : c'est dans des distributions rationnelles des sections scientifiques qu'il faut chercher la base d'une organisation puissante. Ainsi que l'a très bien fait remarquer l'un des orateurs, il existe à Paris vingt-sept ou trente sociétés médicales qui ne nuisent en rien à la prospérité, à l'autorité de l'Académie; il n'est donc pas nécessaire de supprimer les sociétés spéciales pour constituer une société centrale. La limitation du nombre des membres et une subvention du gouvernement (subvention qui permettrait de supprimer la contribution de 75 francs par an imposée à chacun des sociétaires), seraient des mesures autrement efficaces.

Dr ALIQUIS (*Junior*).

---

— On écrit de Naples, le 30 avril :

« Un document officiel, que l'on me permet de consulter, constate que le typhus a enlevé, dans l'espace de trois mois, les deux tiers des médecins, infirmiers ou desservants des hôpitaux de Naples et des environs. Cette maladie contagieuse sévit presque aussi cruellement dans la ville, où, depuis quelques jours, les petits enfants sont ses victimes privilégiées. » (*Constitutionnel.*)

— La Société médico-psychologique a chargé une commission, composée de MM. Trélat, président, Baillarger, Jules Falret, Moreau (de Tours), Girard de Cailleux, Cerise et Legrand du Saule, rapporteur, de suivre à l'hospice de la Salpêtrière les applications du courant voltaïque continu permanent au traitement des hallucinations, méthode imaginée et préconisée par M. le docteur Hiffelsheim.

— M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, a commencé ses leçons de clinique le vendredi 3 mai, à neuf heures du matin.

— Une épidémie de démonomanie règne depuis quelque temps en Savoie, dans l'arrondissement de Thonon. M. le ministre de l'intérieur vient d'envoyer sur les lieux M. le docteur Constant.

durée est à peine de quelques minutes, une simple incision verticale faite à la lèvre inférieure suffit pour l'exécuter, et souvent il n'est pas même besoin de pratiquer une seule ligature d'artère. Cela tient à ce que l'os, enveloppé dans son périoste, se trouve dans les plus parfaites conditions d'énucléabilité. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Velpeau, Bernard, Cloquet, Jobert, Longet.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la régénération des nerfs transplantés*, par MM. *J.-M. Philipeaux* et *A. Vulpian*. — Dans le mémoire que nous avons soumis l'année dernière à l'Académie des sciences, et qui a été récemment honoré d'une mention, nous avons démontré que, lorsque des nerfs séparés des centres nerveux se sont altérés et ont perdu leurs propriétés physiologiques, cette altération anatomique et physiologique n'est pas, comme on le croyait, nécessairement permanente si la séparation est elle-même permanente, mais qu'à une époque variable ces nerfs, quoique privés de toute communication avec les centres nerveux, recouvrent plus ou moins complétement leur structure et leurs propriétés normales.

Nous avons pensé que, pour rendre aussi nette que possible la démonstration de ce fait, il fallait recourir aux preuves les plus décisives.

Dans ce but, nous avons, sur différents animaux (chiens, cochons, poules), introduit sous la peau de la région inguinale (chiens, cochons) ou de la région externe de la cuisse (poules) des segments de nerfs détachés, chez les mammifères, du nerf lingual ou du nerf hypoglosse, et chez les oiseaux, du nerf médian brachial. Ni chez les cochons, ni chez les poules, nous n'avons vu un seul tube nerveux se régénérer dans les segments transplantés, au bout de plusieurs mois.

Nous avons observé, au contraire, une régénération manifeste du segment nerveux transplanté, sur deux chiens mis en expérience le 25 octobre 1860 ; ces deux chiens étaient alors arrivés déjà à peu près à leur taille définitive. On excisa un segment du nerf lingual ; ce segment, long de 2 centimètres, fut immédiatement insinué sous la peau de la région inguinale droite. Le 11 et le 19 avril 1861, près de six mois après l'opération, on examine sur les deux animaux la partie périphérique du nerf lingual dans la région sus-hyoïdienne et le segment placé sous la peau de l'aine. La partie périphérique du lingual est restée isolée de la partie centrale, et elle contient de très nombreux tubes restaurés. Le segment placé sous la peau a une teinte grisâtre, et est relié au tissu conjonctif de la région par de petits tractus fibreux. Dans l'un des deux cas, on a pincé fortement et à plusieurs reprises ce segment, et il n'y a eu aucun signe de douleur. L'examen microscopique a fait voir que ce segment, chez les deux chiens, contenait un certain nombre de tubes restaurés (nous en avons vu au moins de quinze à vingt).

Ainsi des tubes nerveux, transplantés loin du nerf dont ils faisaient naguère partie, et isolés entièrement, dans la nouvelle région qui les nourrit, du système nerveux central, peuvent se régénérer après s'être altérés complétement. C'est là une nouvelle preuve, et une preuve tout à fait décisive, à ajouter à celles qui nous ont servi à établir le fait de la régénération autogénique des nerfs.

PHYSIOLOGIE. — *Observations sur les générations dites spontanées*, par M. *A. Terreil*. — L'auteur, ayant renouvelé les expériences de Lœwel, s'est assuré qu'il ne suffit pas d'amener au contact des liquides organiques les germes tenus en suspension dans l'air atmosphérique pour que ces germes se développent aux dépens de la matière organique, mais qu'il faut encore que les liqueurs organiques soient dans un état favorable au développement des germes reproducteurs, puisque, placé sous l'influence des forces mystérieuses qui agissent dans les expériences de Lœwel, un liquide putrescible comme l'urine ne donne plus naissance au phénomène de moisissure. (*Comm. :* MM. Chevreul, Milne Edwards, Decaisne, Regnault, Bernard.)

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Nouvelle analyse chimique de l'eau thermale de Balaruc-les-Bains*, par MM. *A. Béchamp* et *A. Gautier*. — Voici le tableau sommaire de cette nouvelle analyse, rapportée à 1000 grammes :

Gaz pour 1000 centimètres cubes... { Oxygène... 1,79 ; Azote..... 11,63

| | | | |
|---|---|---|---|
| Acide carbonique... | 0,7570 | Lithine............. | 0,0025 |
| Acide silicique..... | 0,0228 | Chaux.............. | 0,7351 |
| Acide borique...... | 0,0080 | Magnésie........... | 0,4489 |
| Acide sulfurique.... | 0,6530 | Peroxyde de fer...... | 0,0012 |
| Acide nitrique ..... | traces | Alumine............ } | |
| Chlore ........... | 4,9490 | Oxyde de manganèse.. } | 0,0011 |
| Brome. .......... | traces | Acide phosphorique ... } | |
| Soude............ | 3,7333 | Oxyde de cuivre ..... | 0,0012 |
| Potasse........... | 0,0788 | | |

L'eau de Balaruc est donc une eau thermale salée, magnésienne, cuivreuse, et se trouve la première de la famille à laquelle appartiennent Bourbonne-les-Bains et Wiesbaden. Elle ne contient ni de l'iode, ni de l'arsenic. (*Comm. :* MM. Chevreul, Dumas, Pelouze.)

M. *Moura-Bourouillou* soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Description du pharyngoscope; origine, mode d'emploi et utilité de ce nouvel instrument d'optique*. (*Comm. :* MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

M. *Zenker*, professeur d'anatomie pathologique à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde, présente une série de propositions *Sur les altérations du système musculaire dans la fièvre typhoïde*. (*Comm. :* MM. Rayer, Bernard, Fremy.)

M. *Wilderberger* adresse au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, un ouvrage sur les *scolioses (courbures latérales de la colonne vertébrale)*, et leur traitement au moyen d'un appareil de son invention.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. *A.-B. Granville*, des recherches statistiques basées sur onze années d'observations dans deux hospices de femmes en couche et portant sur plus de 12,000 cas, recherches comprenant tout ce qui a rapport à la grossesse et à l'accouchement chez les femmes appartenant aux classes ouvrières de Londres, aux époques où commence et où cesse la fécondité, au nombre des enfants, etc.

M. *le Secrétaire perpétuel* signale parmi les pièces imprimées de la correspondance, un livre de M. *Hiffelsheim Sur les applications médicales de la pile de Volta*.

La propriété physiologique la plus importante que j'aie trouvée dans le cours de mes recherches, c'est, dit M. Hiffelsheim, pour les courants continus, leur action sédative sur les nerfs du sentiment et sur les centres nerveux eux-mêmes, et, pour le courant interrompu, l'action excitante, parfois avantageuse, qu'il exerce sur les nerfs du mouvement.

---

## Académie de Médecine.

### SÉANCE DU 7 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

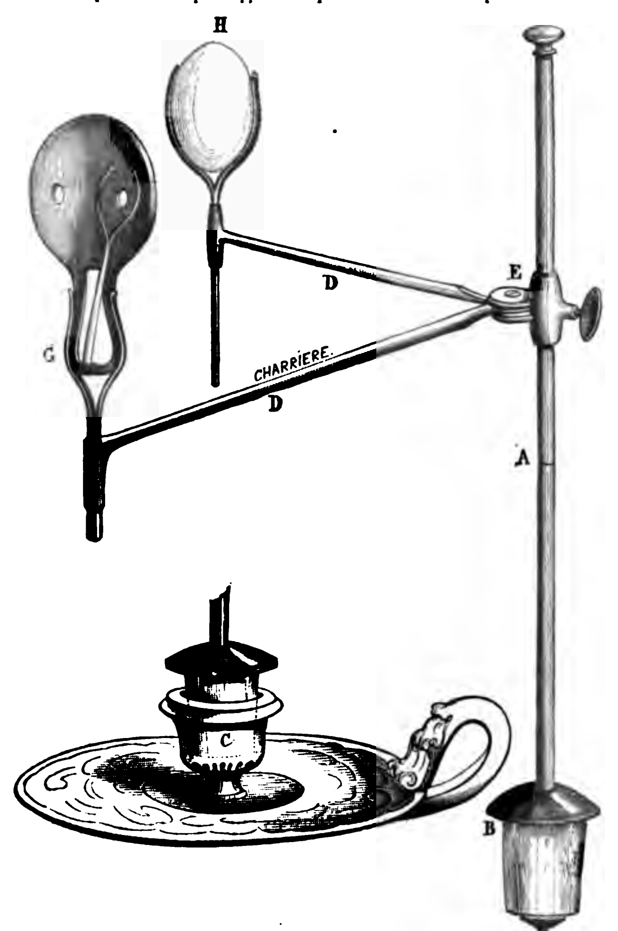
Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet une série de rapports sur les vaccinations pratiquées dans divers départements en 1860. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur un nouveau procédé d'extraction de la quinine, par M. *Robourdin*, pharmacien à Orléans. (*Comm.:* MM. Boudet, O. Henry et Bussy.) — *b*. Une note sur l'utilité des revaccinations, par M. *Lucciana* (de Bastia). (*Commission de vaccine.*) — *c*. Un pli cacheté déposé par M. *Delafond*, membre de l'Académie. (*Accepté.*) — *d*. La description et la figure d'un appareil porte-ophthalmoscope construit par M. *Charrière*, sur les indications de M. *Desmarres* fils pour faciliter surtout les commencements de l'étude de l'ophthalmoscopie. Il se compose 1° d'une tige d'acier A divisée en deux parties de la longueur totale de 30 centimètres, dont la base est terminée par un bouchon de liége B que l'on place dans un

bougeoir C ou un pied de plomb quelconque; 2° de deux branches DD articulées en E comme un compas, l'autre une lentille H de 2 centimètres 1/2 de foyer. Ces deux branches se rapprochent ou s'éloignent à volonté et sont maintenues fixes sur la tige A par une vis de pression. Ce petit appareil se place dans un étui de poche de 18 centi-




mètres de long sur 5 de large, et de l'épaisseur d'une trousse ordinaire, et il réunit à la fois la légèreté et la simplicité. Il est disposé pour recevoir le laryngoscope comme ceux de MM. Liebreich (de Berlin), Donders (d'Utrecht), Follin et Cusco (de Paris). Il suffit, pour fixer la tête, d'appuyer le menton sur quelques livres.

M. *Michel Lévy* dépose sur le bureau la traduction d'un ouvrage sur la dernière épidémie de fièvre jaune à Lisbonne.

*Discussion sur l'opération césarienne après la mort.*

M. *de Kergaradec* lit la seconde et dernière partie de son discours, et résume l'ensemble des opinions qu'il a développées dans les propositions suivantes :

1° En ce qui concerne les personnes étrangères à la médecine, la loi est suffisamment répressive ;

2° En ce qui touche les médecins, leur action étant gênée par la crainte de la responsabilité, il est nécessaire de leur faire savoir officiellement qu'ils sont autorisés à pratiquer l'opération césarienne ;

3° Il serait à désirer que l'Académie, dans les conclusions de son rapport, fît comprendre aux médecins toute l'étendue de leurs droits et de leurs devoirs.

M. *Devergie*, répondant d'abord à l'argumentation de M. de Kergaradec, fait remarquer que « la commission s'est attachée à traduire en termes très généraux tout ce qui a trait à la pratique médicale dans l'opération césarienne *post mortem*. Elle a voulu laisser le médecin entièrement libre de décider s'il y a ou s'il n'y a pas opportunité à faire l'opération ; parce que la pratique médicale ne doit ressortir que de la conscience du médecin éclairé par les données de la science.

» L'Académie sortirait de la sphère où elle est compétente si elle s'immisçait directement ou indirectement à des sentiments ou à des idées religieuses.

» Si nous voulons que nos doctrines et la jurisprudence de l'Académie aient plus tard quelque faveur auprès des tribunaux, et qu'elles soient utiles à nos confrères, limitons notre intervention au cercle *étroit*, mais *autorisé* de l'art médical. »

Abordant ensuite l'argumentation de M. Trebuchet, M. Devergie s'attache surtout à réfuter l'interprétation que son honorable contradicteur a donnée à l'arrêté de M. le préfet de la Seine sur le moulage des corps. Il fait voir que cette interprétation ne tendrait à rien moins qu'à empêcher le médecin, dans tous les cas, de pratiquer l'hystérotomie *post mortem* et qu'à laisser périr l'enfant dans le sein de la mère.

*Plusieurs membres* demandent la clôture de la discussion.

M. *de Kergaradec* demande le renvoi de la clôture à la prochaine séance.

M. *Gibert* propose que l'Académie passe à un ordre du jour motivé, en déclarant que ces questions relèvent de la conscience du médecin et que la Compagnie n'a rien à décider à cet égard.

Sur la proposition de quelques membres, M. *Devergie* donne lecture des conclusions du premier rapport, qui sont mises successivement aux voix.

*Première conclusion :* « La législation actuelle suffit au médecin pour l'accomplissement des devoirs de sa profession, en ce qui concerne l'enfant de la femme enceinte décédée. »

Cette conclusion, vivement combattue par M. *Malgaigne*, qui argue de l'incompétence de l'Académie pour apprécier la loi, est rejetée.

*Deuxième conclusion :* « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine *peut* et *doit* même, *médicalement parlant*, pratiquer l'opération césarienne en observant les préceptes de la science.

» Cependant, il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité de réaliser cette dernière condition. »

M. *Depaul* demande la suppression de ce deuxième paragraphe, qui est en contradiction avec le premier et qui ferait perdre tout le bénéfice de l'opération césarienne *post mortem*, en imposant l'obligation de la pratiquer toujours trop tard.

La proposition de M. Depaul est adoptée, et le deuxième paragraphe de la seconde conclusion est abrogé.

*Troisième conclusion :* « Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience, éclairée par les préceptes de l'art. »

Sur la remarque de M. *Malgaigne*, l'Académie rejette cette conclusion comme inutile.

Le *premier paragraphe de la deuxième conclusion* est donc et demeure seul adopté.

La discussion est close.

La séance est levée à cinq heures.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 8 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

EMPHYSÈME TRAUMATIQUE SPONTANÉ. — HYDRO-ENCÉPHALOCÈLE.

M. *Broca* communique une observation à ajouter à ces cas d'emphysème traumatique spontané sur lesquels on a déjà beaucoup écrit et discuté, et dont la physiologie pathologique est restée si obscure. Voici cette observation : Un ouvrier dont la

jambe a été prise sous une pierre, est transporté à l'hôpital avec une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, fracture compliquée de plaie et d'issue des fragments. L'accident était arrivé à six heures du soir; le lendemain matin à neuf heures, il s'était produit un emphysème considérable qui occupait tout le pied et remontait jusqu'au tiers supérieur de la jambe. M. Broca jugeant que l'amputation immédiate était indiquée, la pratiqua au lieu d'élection par le procédé circulaire, et comme il craignait la gangrène, il prit soin de ne tailler la manchette que dans des tissus qui n'étaient nullement emphysémateux. Dès le lendemain de l'amputation le moignon tout entier était gangrené, et huit jours après le malade mourait après avoir éprouvé des frissons et offert des signes d'infection purulente. On ne put faire l'autopsie, mais il avait été facile de constater que les artères de la jambe avaient subi une ossification très avancée et d'autant plus remarquable que le blessé n'avait pas plus de quarante-cinq ans. Cette ossification, M. Broca l'a notée, mais il croit que son rôle, si elle en a joué un dans le développement de la gangrène, n'a été que bien secondaire.

M. Broca s'est posé à l'occasion des faits de ce genre, quelques questions auxquelles il désirerait qu'on l'aidât à répondre. Il se demande :

1° D'où viennent les gaz infiltrés dans le tissu cellulaire? Sans s'arrêter à l'hypothèse qui les fait venir du dehors et qui lui paraît démentie par l'analyse chimique, M. Broca ne sait s'ils sont exhalés par les vaisseaux sanguins, ou s'ils résultent d'une décomposition rapide des tissus.

2° L'infiltration gazeuse et la gangrène s'accompagnant presque toujours, quel est leur rôle réciproque? Est-ce la présence des gaz qui détermine la mortification des tissus, ou bien est-ce cette mortification qui détermine le développement des gaz?

3° A quoi peut tenir la gangrène qui se produit, comme dans le fait précédent, quand l'amputation est faite au delà des limites apparentes de l'infiltration gazeuse?

M. *Chassaignac* croit qu'il est au pouvoir d'une lésion traumatique violente d'empoisonner tout à coup l'économie et de la placer dans les conditions les plus favorables à la mortification et à la décomposition rapide des tissus. Il a toujours été frappé de la rapidité avec laquelle se putréfient les cadavres de ceux qui ont succombé à ces lésions. Cette rapidité est telle qu'au bout de vingt-quatre heures ces cadavres ont subi parfois une décomposition aussi avancée que si la mort datait déjà d'un mois. L'analogie a donc conduit M. Chassaignac à admettre que du vivant des malades, la lésion traumatique exerçait déjà, localement au moins, son influence décomposante, due peut-être à une sorte de sidération nerveuse.

M. *Morel-Lavallée* ne veut pas nier que le nom d'emphysème spontané ne soit mérité dans certains cas, puisqu'il a vu lui-même une infiltration gazeuse de la jambe et de la cuisse se produire, mais sans conséquences fâcheuses, chez un jeune homme qui avait une fracture de la rotule sans plaie. Toutefois cette appellation lui paraît vicieuse dans la majorité des cas, et surtout quand il s'agit d'emphysèmes succédant à des fractures comminutives avec plaie et issue des fragments. Dans ces fractures, en effet, on peut se rendre compte de la pénétration de l'air par les changements de volume, les spasmes et les rétractions des muscles, par les mouvements des fragments, etc. Il ne faut pas tirer un argument contre la pénétration, des analyses chimiques qui prouvent que ce n'est pas de l'air pur qui infiltre les tissus. Pour que ces analyses fussent concluantes, il faudrait qu'elles fussent faites immédiatement après l'accident, avant qu'aucune cause d'altération de l'air infiltré se soit produite.

La conséquence qui résulte de cette théorie mécanique, c'est que le pronostic des emphysèmes traumatiques n'est pas aussi grave aux yeux de M. Morel-Lavallée que pour MM. Broca et Chassaignac. M. Morel-Lavallée a, du moins dans sa pratique, observé plus de guérisons que de terminaisons funestes à la suite des fractures compliquées de plaie et d'emphysème.

M. *Legouest* ne veut pas chercher à expliquer l'emphysème traumatique. Il veut seulement faire observer à M. Broca que la gangrène rapide du moignon, au lieu d'être rattachée à l'emphysème, peut très bien en avoir été indépendante. Il a vu plus d'une fois, sur des blessés de Crimée, des moignons tomber en gangrène du jour au lendemain, sans que les lésions qui avaient nécessité l'amputation aient jamais été compliquées d'emphysème. La gangrène s'expliquait suffisamment, dans ces cas, par l'encombrement, la pourriture d'hôpital, et par une disposition spéciale analogue à la disposition charbonneuse et aisée à comprendre chez des hommes surmenés.

M. *Follin* demande qu'on distingue deux catégories bien tranchées d'emphysèmes traumatiques dits spontanés. Dans la première se rangent les emphysèmes qui résultent bien évidemment de la pénétration de l'air extérieur dans les plaies. Certaines plaies du voisinage des jointures y exposent plus particulièrement. Il en est de même de ces blessures que les aliénés se font si souvent au cou, de même aussi de quelques plaies non pénétrantes de poitrine, etc. Goffres a publié dans le JOURNAL DE TOULOUSE des expériences qu'il a faites sur des chevaux, et qui montrent avec quelle facilité les plaies de certaines régions se compliquent d'infiltration gazeuse, quand on fait courir les animaux qu'on a blessés. Les emphysèmes de cette catégorie sont, en général, peu considérables, peu graves. Leur peu de gravité est attestée par Fabrice de Hilden, qui raconte que certaines gens ont pu impunément insuffler de l'air sous la peau du crâne de leurs enfants, afin d'exciter la pitié publique par la vue de ces têtes monstrueuses.

Dans les emphysèmes de la seconde catégorie, les gaz se forment dans les tissus mêmes qu'ils infiltrent. Ces emphysèmes prennent une étendue bien plus considérable que les premiers; c'est l'hydrogène protocarboné qui constitue presque tout le gaz infiltré, dans lequel on ne trouve guère qu'un cinquième d'air. Ils se produisent sous des influences générales ou *locales encore* inconnues en grande partie, mais dont quelques-unes, cependant, telles que les morsures de serpents et les affections charbonneuses, ont une efficacité incontestable.

M. *Broca* regrette que, après avoir entendu ses collègues, *il soit* condamné à la même incertitude sur la solution des questions qu'il avait soulevées. Il rappelle ensuite une théorie qu'il a entendu exposer par M. Maisonneuve touchant l'origine de certains emphysèmes spontanés. Suivant ce chirurgien, il n'y a d'infiltration gazeuse que parce qu'il y a déjà gangrène des tissus, en quelque sorte, tués dans la contusion. Une décomposition aussi rapide des parties mortifiées est assurément difficile à comprendre; mais en l'absence d'explications plus satisfaisantes, M. Broca paraît disposé à admettre, au moins provisoirement, la théorie de M. Maisonneuve.

M. *Voillemier* laisse de côté les emphysèmes qui succèdent à des plaies communiquant avec l'air extérieur, et ne s'occupe que de ceux qui surviennent après les contusions violentes. Dans ces derniers, les gaz lui paraissent avoir une double origine. Après les décollements considérables, les liquides qui baignent les mailles du tissu cellulaire trouvant un espace libre pour se volatiliser sous l'influence de la chaleur, constituent une première source de produits gazeux. A ces gaz s'ajoutent le plus souvent ceux qui résultent de la décomposition des tissus gangrenés par l'attrition. A l'appui de son opinion sur l'influence des décollements, M. Voillemier raconte qu'il a observé chez un de ses malades un emphysème produit presque instantanément par un violent coup de bâton sur la cuisse. Les gaz ont été résorbés, et la guérison est arrivée au bout de peu de temps.

M. *Velpeau*, revenant aux emphysèmes consécutifs aux fractures avec plaie, soutient la théorie de l'infiltration mécanique de l'air extérieur. Il ne croit pas du tout la gangrène inévitable après ces infiltrations gazeuses, et a observé au contraire, dans ces cas, bon nombre de guérisons. Les idées de M. Velpeau sur ce sujet, soutenues déjà dans cette séance par son ancien élève M. Morel-Lavallée, sont, ainsi qu'il l'a rappelé, exposées tout au long dans la thèse inaugurale de M. Bourreau.

Cette discussion sera reprise dans la prochaine séance.

— M. *Béraud* présente le cadavre d'un enfant qui a vécu quelques heures et sur lequel on observe plusieurs particularités intéressantes. Cet enfant est atteint d'un hydro-encéphalocèle. Du sommet de la tumeur part une bride, une sorte de cordon qui descend jusqu'à la partie inférieure de la jambe, s'enroule deux fois autour de ce membre et va s'attacher à la face fœtale du placenta. La jambe entourée par cette bride a subi un commencement d'amputation. La peau est très nettement coupée jusqu'à l'aponévrose. Si l'on examine de plus près ce cordon, on s'aperçoit qu'il est susceptible de s'étaler en une membrane assez large, non vasculaire, présentant les caractères de l'amnios,

M. Béraud rend compte de la formation de cette bride par l'allongement progressif d'une adhérence établie entre la tumeur du crâne et l'amnios. Cette élongation s'explique par les tiraillements qu'ont fait subir à la bride les mouvements du fœtus.

Dr P. CHATILLON.

---

IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Sur une forme particulière de contracture affectant les extrémités supérieures,** par M. le docteur CRISANTO-ZURADELLI.

L'auteur décrit spécialement, comme une forme à part, la contracture simultanée du biceps et du long supinateur à laquelle s'associe parfois un état analogue du coraco-brachial. Cette affection, qui est plus souvent symptomatique qu'idiopathique, se rencontre principalement, et parfois sous forme d'une véritable endémie, dans les localités où règnent les affections rhumatismales. Affectant une marche tantôt chronique, tantôt aiguë, tantôt légère, tantôt grave, elle présente comme variétés principales, la forme rhumatismale et la forme traumatique.

Le plus souvent, l'invasion est lente, insidieuse, et la maladie n'arrive qu'insensiblement et d'une manière progressive à se manifester par tous ses symptômes, qui sont les suivants :

Des douleurs, variables dans leur siége et d'intensité, quelquefois semblables à des névralgies, plus souvent sourdes, gravatives et affectant principalement les points qui répondent aux insertions tendineuses.

Une atrophie considérable de tout le bras, se produisant généralement quand la maladie existe déjà depuis un temps assez long, parfois aussi d'assez bonne heure, dès le vingtième jour par exemple.

La flexion de l'avant-bras sur le bras, qui est très variable, s'arrête souvent à l'angle droit, mais peut également arriver à un degré tel que l'avant-bras est étroitement serré contre le bras. La flexion complète est toujours possible, mais l'extension est toujours diminuée à un notable degré, correspondant à celui de la contracture, et dans les cas extrêmes ce mouvement est complétement supprimé.

Le biceps contracturé et son tendon se voient au niveau de l'articulation du coude au bras, sous forme d'une corde dure, se bifurquant supérieurement, et le long supinateur fait une saillie analogue le long du bord externe de l'avant-bras.

L'avant-bras est en supination et le mouvement de pronation est impossible.

A ces symptômes, se joint toujours un affaiblissement plus ou moins prononcé de toute l'extrémité, et le bras est élevé et porté en avant.

Les mouvements du bras sont d'ailleurs tous plus ou moins compromis, et, le plus souvent, presque complétement supprimés. L'avant-bras n'exécute plus que des mouvements incomplets de supination. Les mouvements de la main et des doigts sont au contraire conservés, à moins d'une complication névralgique qui peut condamner l'extrémité tout entière au repos le plus absolu.

Le plexus brachial est rarement douloureux à la pression ; il est plus rare encore de trouver une sensibilité des dernières apophyses épineuses du cou.

Au reste, apyrexie complète dans les cas simples, l'accélération du pouls ne se produisant que sous l'influence d'une névralgie concomitante.

Les causes les plus fréquentes de cette affection sont l'influence rhumatismale d'une part, divers traumatismes de l'autre.

Parmi ces derniers, il faut citer notamment : une contusion énergique au niveau de l'articulation scapulo-humérale, la compression du plexus brachial dans l'aisselle, soit par des appareils trop serrés, soit par des ganglions tuberculeux ou cancéreux; les plaies intéressant le nerf musculo-cutané ; la commotion du plexus brachial par le recul d'une arme à feu ou par une secousse électrique violente ; les luxations de l'humérus et les tractions opérées pour les réduire; les fractures de l'humérus consolidées avec un raccourcissement notable; plus rarement, les mouvements exagérés de l'extrémité, et enfin des inoculations de strychnine faites pour guérir certaines paralysies.

L'action répétée du froid et de l'humidité donne également assez souvent lieu aux contractures dont il s'agit.

La contracture ne présente d'ailleurs pas toujours le caractère tonique; il est des cas où elle revêt une forme essentiellement conique, et alors elle se produit sous forme d'accès.

Les complications les plus fréquentes sont : les névralgies affectant diverses branches du plexus brachial, des rhumatismes musculaires, la perte de la conscience musculaire, enfin l'arthrite de l'épaule et du coude, qui figurent autant à titre de cause que de complication.

La durée de ces contractures est toujours longue. Lorsqu'on les néglige, elles amènent souvent la paralysie et l'atrophie complètes de l'extrémité, et la guérison spontanée ne s'observe presque jamais. Le pronostic varie d'ailleurs naturellement suivant la cause de la maladie, sa durée et son degré, l'âge du malade, etc.

Le traitement doit avoir pour but, non-seulement de faire cesser la contracture, mais encore de rendre aux antagonistes des muscles affectés l'énergie qu'ils ont perdue par l'effet du repos forcé auquel ils sont condamnés.

Dans les cas aigus de nature rhumatismale, les évacuations sanguines générales et locales trouvent une application utile; il en est de même du sulfate de quinine uni aux narcotiques.

Le redressement forcé ne suffit que dans quelques cas récents et de médiocre intensité.

Les bains généraux prolongés et souvent répétés, doivent être rangés parmi les moyens les plus utiles. Mais celui qui mérite le plus de confiance, c'est l'usage méthodique de l'électricité. Les courants continus et la faradisation cutanée ne peuvent trouver une application utile que dans des cas tout à fait exceptionnels. C'est sur les antagonistes des muscles contractés qu'il faut agir à l'aide des courants à intermittences rapides. Ce traitement doit être continué pendant longtemps, et, dans ces conditions, il donne des résultats brillants. Il n'est contre-indiqué que dans les cas où la contracture se lie à une affection articulaire. (*Gazetta medica Italiana, Lombardia*, 1861, nos 4, 6, 7 et 8.)

**Mémoire sur les éruptions antimoniales,** par M. le docteur IMBERT-GOURBEYRE, professeur de matière médicale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

M. Imbert-Gourbeyre s'est surtout proposé de démontrer, dans ce mémoire, que les préparations stibiées, indépendamment de leur action irritante locale, peuvent produire, après avoir été absorbées, sur des points divers, un exanthème sympathique.

Voici les considérations qu'il développe à l'appui de cette opinion, qui était, comme on le sait, celle d'Autenrieth et de quelques autres médecins, et qui a été vivement combattue par des autorités imposantes : MM. Bretonneau, Rayer, Trousseau, Ricord, etc.

L'auteur part de ce fait, bien connu aujourd'hui, à savoir que les préparations stibiées, employées à l'extérieur, développent assez souvent des éruptions ailleurs qu'au lieu d'application, et principalement à la région ano-génitale. L'opinion généralement

admise, c'est que, dans ces cas, les éruptions secondaires sont produites par le contact direct du sel antimonial entraîné par les mouvements du corps, par les vêtements, et, le plus souvent, par les mains du malade. Contre cette manière d'interpréter M. Imbert-Gourbeyre soulève les objections suivantes :

Plusieurs malades soumis aux frictions stibiées ont affirmé n'avoir nullement touché la région du corps qui a été le siége des éruptions sympathiques.

Les médecins eux-mêmes, dans l'intention de constater ici un effet dynamique pur, se sont entourés de précautions rigoureuses pour éviter le transport mécanique de la pommade stibiée.

On a vu ces mêmes éruptions se produire chez des enfants constamment emmaillotés, ou sur des malades dont les membres étaient paralysés.

On a dit que la pommade se liquéfiait au contact de la peau, et, en coulant sur les parties déclives, allait produire ailleurs des éruptions; mais alors pourquoi ne survient-il pas d'éruptions dans les espaces intermédiaires? Entre l'épigastre et les parties génitales, il devrait y avoir une traînée de pustules, ce qui n'existe jamais.

Dans quelques cas, la moitié droite ou gauche du scrotum a été seule affectée. Cette délimitation si précise, qui rappelle celle du zona, ne saurait évidemment s'expliquer par le transport mécanique.

Comment expliquer en outre, dans cette hypothèse, l'étendue et la régularité de ces éruptions? On a même vu des éruptions générales.

Les éruptions stibiées ou bien des frictions laissent des cicatrices; les éruptions sympathiques, d'après ce que l'auteur a vu, n'en laissent point. En devrait-il être ainsi dans l'hypothèse du transport mécanique?

Lorsqu'on accuse les doigts du malade, comment se fait-il que ces éruptions secondaires ne se produisent pas plus souvent, et surtout qu'elles ne surviennent pas très fréquemment aux yeux, au nez, à la face en un mot? On ne les y a jamais vues. La peau de la face serait-elle réfractaire, et le malade n'y porte-t-il pas cent fois par jour les doigts alors qu'il les applique bien plus rarement à la région ano-génitale?

Que penser surtout de ces cas où la pustulation, faisant silence au lieu même des frictions, va se produire ailleurs?

Comment expliquer mécaniquement des observations où, à côté des éruptions génitales, on voit se produire des symptômes graves jusque sur les organes génitaux frappés d'impuissance et d'atrophie!

Que penser, enfin, de ces cas où les frictions ayant cessé depuis assez longtemps, l'antimoine réellement absorbé révèle sa présence au bout de quinze ou vingt jours et plus, et témoigne ainsi de sa longue durée d'action au sein de l'organisme.

Mais ce n'est pas tout, et l'on a vu des malades affectés d'éruptions cutanées à la suite de l'administration de l'émétique à l'intérieur. M. Imbert-Gourbeyre en cite cinq exemples, empruntés à Gohlius, Michel, Crichton, Boeckh et Constantin, et il fait remarquer que cette action particulière des antimoniaux est signalée dans différents traités de matière médicale (Sachs et Dulk, Vogt, Oesterlen, etc.). Il invoque enfin, comme preuve d'analogie, les rapports d'action physiologique et thérapeutique de l'antimoine avec le mercure et l'arsenic.

En résumé donc, le tartre stibié, quelle que soit la voie par laquelle il est administré, produit sur la peau diverses éruptions, le plus souvent pustuleuses; c'est un médicament *exanthématogène*.

« On peut même, dit l'auteur, aller plus loin, et affirmer avec avantage que la pustulation stibiée due à la pommade n'est pas au fond un effet local purement physico chimique, qu'elle est surtout le résultat d'une action générale, d'un effet d'absorption du médicament, d'une action véritablement interne; c'est un dynamisme pur qui échappe aux lois de la physique et de la chimie. J'en donne quatre raisons :

» La première c'est que, s'il y avait effet physico-chimique pur, il devrait se produire tout de suite et rapidement. Or, ce n'est qu'après des frictions répétées au moins pendant quarante-huit heures que commence à paraître la pustulation.

» Secondement, comment expliquer physico-chimiquement cette forme constante de la pustulation? N'est-ce pas là évidemment un *processus* tout à fait interne?

» En outre, il est des cas où la pommade ne produit aucune éruption sur le lieu des frictions, l'exanthème se produisant ailleurs.

» Et enfin un grand nombre d'auteurs ont constaté, sous l'influence de l'application extérieure, une série de symptômes généraux qui accompagnent souvent l'éruption stibiée... » (*Gazette médicale de Paris*, nos 1, 2, 5 et 6, 1861.)

**Des paralysies produites par les drastiques,** par M. le docteur Hervier, chirurgien de l'hôpital de Rive-de-Gier.

Stoll a signalé, comme on sait, l'embarras gastrique comme cause de paralysie, et Sauvages, Hoffmann, Zimmermann et Joseph Frank mentionnent, à la suite de la dysenterie, des paralysies portant sur un bras, une jambe, sur la langue ou sur plusieurs de ces parties à la fois. D'une autre part, les faits de paralysies consécutives aux fièvres graves et à d'autres maladies aiguës, se sont singulièrement multipliés depuis les travaux de Graves (de Dublin), et de M. Raoul Leroy (d'Étiolles). Enfin, Orfila a cité la paralysie parmi les symptômes qui suivaient l'ingestion des substances drastiques, dans ses expériences entreprises sur des animaux, et l'on sait depuis longtemps par les vétérinaires que les purgatifs répétés amènent parfois à leur suite la paralysie du train postérieur chez les solipèdes et chez d'autres animaux. C'est ainsi que M. Hervier, avec M. Pitiot, médecin-vétérinaire à Rive-de-Gier, a vu un cheval morveux qui, à la suite de l'administration de 60 grammes d'aloès, pendant douze jours, fut pris d'une paraplégie du train postérieur.

M. Hervier rapproche de ces faits trois cas de paralysies qu'il a observés chez des sujets soumis à une médication drastique exagérée.

Le premier de ces faits est relatif à un individu qui, pour se guérir d'accidents dyspeptiques accompagnés de constipation, absorba dix bouteilles d'élixir antiglaireux de Guillié. Cette médication eut pour résultat de nombreuses selles sanguinolentes, suivies de violentes coliques et de douleurs erratiques dans le dos, les lombes, etc. Le malade éprouva ensuite des secousses dans les membres inférieurs, qui furent suivies d'un affaiblissement notable des mouvements de ces extrémités. La marche était difficile, même avec le secours d'un appui. Le malade n'imprimait qu'avec peine, et seulement dans le décubitus dorsal, quelques petits mouvements de latéralité à ses membres inférieurs, dont la sensibilité était d'ailleurs normale, et qui étaient amaigris, un peu œdématiés vers l'articulation tibio-tarsienne et plus froids que le reste du corps. La contractilité électro-musculaire était conservée.

Après avoir tenté sans succès l'emploi des rubéfiants, des exutoires, de la noix-vomique, de la strichnine, de la vératrine, M. Hervier entreprit la faradisation des extrémités inférieures. Les courants continus ou à intermittences rapides, administrés pendant quelques minutes, produisirent bientôt une notable amélioration. Ce ne fut cependant qu'après vingt-neuf séances de trente à quarante minutes chacune que le malade put fléchir le pied sur la jambe. Dès ce moment, la motilité des pieds progressa si avantageusement que le malade put reprendre, quelques mois plus tard, les travaux de son ancienne profession de forgeron.

M. Hervier a obtenu un résultat tout aussi satisfaisant de la faradisation chez un sujet paralytique, à la suite de l'ingestion d'une pinte de teinture vineuse de colchique, administrée par un empirique pour guérir une gonorrhée ancienne. Des évacuations abondantes, séro-sanguinolentes, furent suivies de fourmillements, de crampes dans les extrémités, de rétention d'urine et d'un affaiblissement de plus en plus prononcé des extrémités inférieures. Cet affaiblissement s'aggrava à tel point que, au bout d'une quinzaine, la paralysie du mouvement était complète,

bien que la sensibilité fût intacte. Les mouvements convulsifs et les fourmillements avaient disparu ; le malade n'éprouvait aucune douleur quand on lui agitait les membres inférieurs dans l'extension ou la flexion, mais il lui était impossible de les déplacer spontanément. Une amélioration passagère succéda à l'application des vésicatoires saupoudrés de strychnine, à l'usage des toniques, des amers, des névrosthéniques et des bains sulfureux. Cependant l'état du paralytique menaçait de rester stationnaire. M. Hervier recourut alors à la faradisation, et dix séances suffirent pour amener la guérison.

Dans ces deux faits, la relation étiologique entre la paralysie et l'action exagérée des drastiques est évidente. M. Hervier cite en outre un cas d'hémiplégie survenu chez un individu qui avait eu, pendant assez longtemps, de nombreuses selles sanguinolentes, à la suite de l'usage prolongé de remèdes secrets; mais dans ce fait, il est plus que probable qu'il s'agit d'une simple coïncidence. Les remarques que l'auteur rattache à ses observations se rapportent d'ailleurs surtout aux deux premières.

M. Hervier range ces paralysies dans la classe des paralysies *sine materia ;* la guérison en effet s'est faite assez facilement et d'une manière persistante, et sa marche a toujours eu lieu de la périphérie au centre, comme dans les paralysies essentielles ; mais elles ont différé, ajoute M. Hervier, parce qu'elles n'ont point offert la motilité ou plutôt la propagation des symptômes, et parce que la décroissance de la maladie n'a pas débuté par les dernières parties envahies, qui sont revenues les premières à l'état normal, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des paralysies essentielles.

Ces paralysies sont-elles suffisamment expliquées par la modification profonde du sang, par la spoliation des éléments séro-albumineux entraînés au dehors avec les selles sanguinolentes? Sans rejeter complétement cette manière d'interpréter les phénomènes, M. Hervier croit qu'il est plus rationnel d'en rechercher la cause dans une action réflexe du grand sympathique sur la moelle épinière, explication déjà admise par le professeur Graves, pour les paralysies qui surviennent à la suite de la fièvre typhoïde. (*Montpellier médical*, 1861, n° 2.)

**Observation d'hémorrhagie utérine pendant l'accouchement ; inutilité de la compression de l'aorte, du perchlorure de fer et de la glace ; mort en moins de deux heures,** par le docteur Jules MASCAREL, médecin des eaux du Mont-Dore.

Une domestique âgée de vingt-six ans, forte, bien constituée et d'un tempérament sanguin, était parvenue au terme ordinaire de sa première et naturelle gestation, lorsque, se sentant brusquement prise, à trois heures du matin, des vives douleurs de l'enfantement, elle se rend précipitament à pied chez une sage-femme pour y faire ses couches.

Pendant le trajet, qui était d'environ 1,000 mètres, elle fut obligée de se reposer plusieurs fois, par suite de la grande quantité de sang qu'elle perdait et des vives douleurs qu'elle éprouvait. Aussitôt son arrivée, la sage-femme reconnaît une insertion du placenta sur le col, et s'empresse de faire chercher un médecin, qui arrive tout de suite. Celui-ci reconnaît aussi une insertion du placenta sur le col, centre pour centre, et se hâte de pratiquer le tamponnement, l'hémorrhagie se montrant par intervalle, quoique moins abondante. Vers huit heures du matin, tous les tampons sont traversés par le sang, et les douleurs du travail paraissent avoir cessé complétement. Le col est dilaté comme une pièce de 5 francs, très mou et très dilatable; le pouls est mou, dépressible, et se relève parfois ; la femme est en pleine connaissance et ne souffre que de quelques douleurs de *reins*. La vessie et le rectum étant préalablement vidés, un nouveau tamponnement est appliqué à l'aide du spéculum ; le premier tampon étant imbibé de perchlorure de fer au 30$^{e}$. Sous l'influence de ce corps étranger, les douleurs ne se réveillent pas ; mais, au bout de deux heures, l'hémorrhagie apparaît au dehors. Application de serviettes imbibées d'eau froide sur le ventre et sur les cuisses ; administration de 3 grammes de seigle ergoté par petites prises, de quart d'heure en quart d'heure ; pressions méthodiques sur l'abdomen : vains efforts, la contraction utérine n'est que partielle, et finit avant, pour ainsi dire, de commencer ; l'hémorrhagie continue ; la femme perd de plus en plus ses forces. J'arrive sur ces entrefaits avec un autre collègue, vers onze heures et demie. La malade est placée sur le bord de son lit, et convenablement soutenue ; le tampon enlevé, le sang qui coule toujours, s'épanche encore un peu plus abondamment. Le col est dilaté comme une pièce de 5 francs, aminci, mou et dilatable, sans résistance ; on sent manifestement les cotylédons du placenta et des *franges* irrégulières. Vers la commissure gauche du col, anfractuosités qui ressemblent à une déchirure, mais que nous ne pouvons affirmer être réellement une solution de continuité. Les battements du cœur du fœtus sont partant insensibles, et le pouls de la mère est d'une faiblesse très grande. Pour éviter les anfractuosités signalées plus haut, j'introduis la main gauche sur le côté droit de la femme, après avoir taillé en pointe l'angle de l'indicateur. Cette première partie de la manœuvre s'exécute sans aucune difficulté et se termine de même. Le doigt, puis la main, pénètrent au travers du placenta ; une petite quantité d'eau s'écoule ; les deux pieds de l'enfant sont saisis, et, en quelques minutes, sans beaucoup d'efforts, et par conséquent sans résistance, la gestation est accomplie, mais l'enfant a cessé de vivre.

Dix à douze minutes étaient à peine écoulées que la nouvelle accouchée perd connaissance ; elle est exsangue. L'abdomen est vigoureusement malaxé ; l'aorte est comprimée, quatre ligatures sont appliquées à la racine des membres, tandis que la main procède à l'extraction de caillots, puis s'engage avec la plus grande facilité dans l'utérus, entraîne caillots et placenta en totalité avec ses membranes. De nouvelles prises de seigle ergoté sont administrées ; la face est fouettée avec des linges imbibés d'eau froide vinaigrée ; plusieurs citrons dépouillés de leur écorce sont introduits dans l'utérus ; la femme renaît ; elle reprend connaissance, pour s'écrier de nouveau : Je n'y vois plus ; j'ai les écluses dans les oreilles. Elle se ranime encore pour pâlir de nouveau ; un vaste sinapisme est appliqué dans le dos ; la tête est plus basse que le bassin ; des cordiaux sont administrés. Un prêtre arrive au milieu de toute cette scène. La femme est inondée dans son lit d'eau froide vinaigrée et aluminée ; 250 grammes de perchlorure de fer sont employés en tampons successifs ; les fibres utérines restent dans l'inertie la plus absolue ; le sang s'arrête quelques minutes pour couler de nouveau. La compression de l'aorte, qu'on n'a pas cessé un seul instant depuis la délivrance, et qui se fait avec la plus grande facilité, est sans cesse continuée, mais sans succès ; nous faisons des irrigations continues dans l'utérus avec de l'eau froide acidulée, puis aiguisées de perchlorure ; cesse-t-on l'irrigation une minute, le sang reparaît. La malade se meurt encore ; alors nous couvrons le ventre de glace, tout en comprimant l'aorte, puis nous introduisons successivement des morceaux de glace dans la cavité utérine, puis dans tout le vagin ; inutiles efforts, le sang revient encore au dehors, et, après une lutte d'une heure trois quarts, la mort arrive pour la dernière fois en présence de deux habiles sages-femmes, de trois docteurs et d'un nombre d'aides suffisants. Il ne nous restait plus à faire que la transfusion. Pouvait-elle réussir ? Il est permis d'en douter.

Que trouvons-nous à l'autopsie ? Une simple déchirure du col de l'utérus, s'étendant depuis la commissure gauche jusqu'à 7 ou 8 centimètres sur le bord gauche de l'utérus, sans pénétration dans le péritoine. Cette déchirure est récente ; les fibres rompues ne paraissent pas malades, il y a quelques caillots de sang noir coagulé, enchevêtrés dans les mailles du tissu cellulaire sous-péritonéal et au milieu des fibres musculaires utérines déchirées ; puis de nombreuses ouvertures du sinus utérin.

Cette lésion existait avant que la version fût exécutée ; elle ne peut pas être attribuée au tamponnement, car on se rappelle que déjà toute contraction avait cessé ; les contractions énergiques du début du travail ont pu seules la produire. Il est plus difficile d'expliquer l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvés d'étancher le sang. Cette femme était brune, bien musclée, vigoureuse, et n'avait jamais été malade.

---

## V
## BIBLIOGRAPHIE.

**Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée,** par le docteur A. MARROIN, médecin en chef de cette flotte, 2$^{e}$ médecin en chef de la marine impériale à Cherbourg, officier de la Légion d'honneur et de l'ordre du Medjidié. — 1 vol. in-8. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

**Maladies de l'armée d'Orient** (*Campagne de* 1854-55-56), par le docteur Louis CAZALAS, médecin en chef de l'hôpital de l'École militaire à Constantinople, médecin principal de première classe à l'état-major de la première division militaire à Paris, etc. Un vol. in-8° ; J.-B. Baillière et fils. Paris, 1860.

On lit dans la préface de ce livre : « Mon seul but est de faire

connaître le rôle de la marine pendant la guerre de Crimée, rôle moins brillant que celui de l'armée, à coup sûr non moins méritoire. J'ai indiqué les opérations maritimes accomplies sous mes yeux, afin que le lecteur rapportât les phases pathologiques de la flotte aux événements qui exerçaient une incontestable influence sur l'état sanitaire... Le plan de ce travail est donc conforme à l'ordre historique de la campagne. J'ai esquissé chaque mois les faits de guerre accomplis, le rôle de la marine et la physionomie pathologique de la flotte. Des tableaux trimestriels et mensuels viennent à l'appui du texte. » Voulant, en quelques mots, faire connaître au lecteur l'ensemble du livre de M. Marroin, nous examinerons séparément d'abord les faits de guerre, puis les faits pathologiques.

Peu nombreux, probablement, sont ceux qui dans leur enthousiasme des prodiges opérés pendant ce grand drame qu'on appelle la guerre de Crimée, se sont arrêtés au genre de concours que lui a prêté la marine, n'y voyant autre chose qu'un service de transport et de ravitaillement, indispensable, sans doute, pour la marche prompte et le succès de l'opération, mais n'occupant que le second plan dans les difficultés vaincues et dans les résultats obtenus; qu'ils s'embarquent avec nous un instant, qu'ils suivent par mer les péripéties de cette campagne, et probablement naîtront pour eux de nouvelles impressions.

La narration de M. Marroin commence à mai 1854, au moment où il rallie l'escadre mouillée sur la rade de Baltchick, et finit à novembre 1855, époque de son départ, après la prise de Sébastopol. La désastreuse expédition de la Dobrutcha était à peine terminée, l'épidémie de choléra qui l'avait signalée était à peine éteinte, lorsque les médecins de la flotte furent officiellement consultés sur l'état sanitaire des navires de guerre, en vue d'un débarquement de l'armée. Prenant en considération l'état moral des troupes et des équipages, qu'une puissante diversion pouvait seule relever, ils assumèrent la grave responsabilité d'écarter toute idée de danger et de déclarer l'état sanitaire satisfaisant. Aussitôt quatre divisions sont embarquées en trois jours ; et le 2 septembre, l'escadre française, la première prête, comme elle l'a toujours été dans cette guerre, attend les escadres alliées dont les lenteurs retardent le départ jusqu'au 8. Le 11, pour donner à tous les navires le temps de se rallier, on mouille sur un banc en face du cap Karkan, hors de portée de vue de la côte. Le 12, on appareille, les bâtiments à vapeur remorquant les bâtiments à voile; et, malgré un coup de vent qui disperse le convoi pendant la nuit, on se trouve réuni le 13 devant Eupatoria, qui se rend sans coup férir. Dans la nuit même tous les navires appareillent de nouveau et arrivent de grand matin dans la baie d'Oldfort. A sept heures commence le débarquement, et à deux heures 25 000 Français et 28 bouches à feu sont à terre. Le 15, la mer devient grosse et le temps mauvais, ce qui n'empêche pas de continuer; au bout de deux jours toute l'armée avait quitté l'escadre. Les troupes s'ébranlent le 19, et les navires de guerre vont mouiller à l'embouchure de l'Alma. Le 20 a lieu la bataille de ce nom, commencée à une heure, finie à quatre. Le 21, les blessés sont enlevés par trois frégates et conduits à Constantinople. Le 23, l'armée se remet en marche ; les flottes alliées la suivent à petite distance du rivage, toujours en communication avec elle.

L'attaque de Sébastopol par le sud ayant été décidée, l'escadre va mouiller devant Kamiesh et débarque tout le matériel de siége. Ses hommes et ses canons vont s'ajouter à ceux de l'armée, et former cette batterie de la marine dont les pièces de 60 et de 80, prises aux vaisseaux, ont rendu de si grands services. Une division navale anglo-française part, au commencement d'octobre, pour explorer la côte sud-est; en même temps, les batteries du port de Sébastopol sont le but de fréquentes reconnaissances, pendant lesquelles, sous une pluie de boulets, quelques navires s'approchent jusqu'à s'échouer. On reconnaît malheureusement que les vaisseaux ne peuvent arriver assez près pour espérer de détruire les forts ; et, dès lors, le rôle de la flotte doit se borner à les inquiéter continuellement pour opérer une diversion. Une attaque sérieuse par les escadres alliées, concertée avec celle de l'armée, a lieu pourtant le 17 octobre; mais, n'ayant pas coïncidé avec celle de terre, qui était finie quand les vaisseaux commencèrent à tirer, à une heure, elle n'eut pas l'effet attendu.

La nécessité d'un siége régulier reconnue, pendant que de nouvelles batteries s'organisent, la flotte recommence le feu le 19, pour détourner l'attention de l'ennemi. De novembre à avril, les bâtiments font le service le plus pénible, par une mer affreuse, pour le débarquement d'un matériel immense et d'un personnel qui s'accroît incessamment. On se fera une idée des ouragans de la mer Noire en lisant la description succincte que donne M. Marroin de celui du 14 octobre 1854. Dans les premiers moments, neuf transports anglais et trois français brisent leurs chaînes et vont se perdre à la côte, où ils sont pillés par les Cosaques; puis deux vaisseaux sont jetés l'un sur l'autre et menacent de se broyer ; une frégate anglaise perd sa mâture, et un vaisseau turc, ainsi que plusieurs bâtiments de commerce, rasent la leur spontanément pour offrir moins de prise au vent. Sur la rade d'Eupatoria, un de nos plus beaux vaisseaux va se briser sur le rivage, et une corvette à vapeur subit le même sort, entraînée par un navire de commerce qui se jette sur elle.

Sur une telle mer, le transport des malades aux hôpitaux de Constantinople, qui se fait quelquefois par 5 et 6,000, n'est pas la tâche la moins rude qui incombe à la marine, à ses médecins particulièrement. Voici dans quelles conditions cela se passait à bord du vaisseau *le Jean-Bart :* « La batterie basse avait été affectée aux maladies les plus graves; par suite de la grosse mer, on dut en maintenir les sabords fermés. Ceux qui ont partagé les fatigues de cette campagne peuvent seuls se faire une idée du degré d'infection qui en fut la conséquence. La matière des vomissements se mêlait aux déjections alvines sur les matelas, sur le pont. L'eau de mer, embarquant par les écubiers, charriait d'une extrémité de la batterie à l'autre cette masse d'ordures d'une repoussante fétidité. Quels étaient les moyens dont on disposait pour lutter contre un pareil foyer d'infection? La ventilation, soit par les sabords, soit par les manches à vent, était impossible ; le nettoyage de la batterie rencontrait de graves obstacles. Comment déplacer cette masse de malades serrés les uns contre les autres, et dont la prostration était augmentée par le mal de mer? Sans doute, les soins de propreté, les fumigations chlorurées luttèrent avec constance contre cette cause sans cesse renouvelée d'empoisonnement miasmatique. Ai-je besoin d'ajouter que ce fut sans résultat efficace? »

Le 9 avril 1855, les batteries de siége ouvrent le feu contre la place; à partir du 11, les flottes alliées se mettent en ligne de bataille, et tirent de nuit et de jour pour faire diversion. Mais cela ne suffit pas à l'activité de notre marine, qui veut frapper des coups plus efficaces. Cachant à l'ennemi le départ des bâtiments à vapeur en les faisant remplacer par des bâtiments à voile, auxquels sont ajoutées des cheminées en toile peinte, elle embarque un corps de 15,000 hommes, les jette devant Kertch et Iénikalé, qui sont abandonnés par l'ennemi, et occupés aussitôt par nos troupes; puis elle lance dans la mer d'Azoff et dans la mer Putride des escadrilles de bateaux à vapeur et de chaloupes armées qui s'emparent des immenses approvisionnements destinés à l'armée russe, et ainsi coupent sa principale ligne de ravitaillement.

La première attaque de Malakoff, tentée le 18 juin, échoue avant que la flotte ait pu y prendre part. Aussitôt après, les chirurgiens de la marine vont se joindre aux médecins de l'armée pour soigner les cholériques et les blessés qui engorgent les ambulances. En août, a lieu la bataille de Tractir, à la suite de laquelle 1,200 blessés russes sont reçus dans une ambulance qu'on ouvre à Kamiesch, et qui est desservie encore par les chirurgiens de la marine. Le 8 septembre, le fort de Malakoff est enfin pris, et l'escadre débarque de nouveau ses chirurgiens pour prendre part au service des ambulances, auquel ne suffisent pas leurs confrères de l'armée.

Enfin la marine va aussi avoir sa prise de Malakoff. La forteresse de Kuiburn, qui défend l'entrée du Bug et du Dniéper, par où les puissances alliées veulent aller jusqu'à Kerson ou Nicolaïeff porter le dernier coup à la marine russe, est le but d'une expédition. Uue escadre de vaisseaux, de frégates, de bombardes, de canon-

nières, de batteries flottantes, portant une division de 8000 hommes qu'elle débarque pour couper les communications par terre, part le 7 novembre. Le 17, les navires s'embossent sur une triple ligne, les frégates alliées forcent la passe qui sépare Kiburn d'Otchakoff, et bientôt la forteresse, tournée et investie, est écrasée sous une pluie de projectiles : le feu avait commencé à neuf heures et demi, quatre heures après elle capitulait, nous livrant 174 bouches à feu, 1550 prisonniers et des approvisionnements considérables. L'honneur de ce brillant fait d'armes appartient entièrement aux marines alliées. Là s'arrête l'action de guerre : voyons les faits pathologiques :

On sait par divers écrits à quels fléaux, plus terribles que le feu de l'ennemi, ont été exposées les armées de terre et de mer pendant cette guerre. Avant l'entrée dans la mer Noire, l'escadre, dans ses divers mouillages, avait eu à subir l'influence paludéenne, qui se manifestait encore à l'arrivée de M. Marroin, et que ce médecin parvint à déraciner par l'administration préventive du quinquina donné tous les huit jours, longtemps après la fièvre. Quelques fièvres typhoïdes rapidement mortelles, quelques manifestations isolées de variole et de rougeole dont le germe venait de France, quelques cas de scorbut dus aux rudes conditions imposées aux navires, avaient encore été constatés. Mais pendant juillet et août 1854, l'escadre étant mouillée sur la rade de Baltchick, le choléra fait tout à coup explosion. M. Marroin trace ainsi son itinéraire : les provinces méridionales de la France furent le point de départ, les paquebots des messageries impériales, les moyens de transport, et l'hôpital de Gallipoli, où ces paquebots déposaient leurs malades, le premier foyer épidémique de la maladie. Les convalescents transportés de cet hôpital à Varna la communiquèrent à nos navires d'abord, puis à l'hôpital de ce dernier port : deux des frégates-transports eurent des épidémies, et les vaisseaux mouillés sur la rade de Varna ressentirent l'influence épidémique, avant que l'escadre mouillée à Balchick manifestât aucun symptôme inquiétant. Mais les deux premières divisions de l'armée, revenant de l'expédition de la Dobrutcha, décimées par l'*épidémie* qu'elles portaient encore dans leur flanc, passent à Baltchick et y laissent des malades qui sont recueillis et portés à Varna par nos navires, malgré l'extrême danger qu'on sait courir par cette mesure; de plus, la troisième division vient à son tour camper presque en face de l'escadre, communiquant fréquemment avec elle : le jour même du départ de celle-ci, le choléra s'abat avec une intensité inouïe sur les vaisseaux. En quelques heures, des batteries tout entières sont transformées en hôpital. On lève l'ancre pour une croisière, qui produit les meilleurs effets; toutefois, en huit jours, sur 13000 hommes d'effectif on compte 1500 malades et 800 morts. Après la bataille de l'Alma, pendant l'expédition de Kertsch, sur la rade de Kamiech, des recrudescences peu graves de choléra se manifestent encore sur la flotte, pendant que l'armée est en proie à des épidémies intenses.

Des faits rapportés par M. Marroin, il résulte que le choléra, en Crimée, a voyagé avec les hommes et s'est entretenu par eux, s'exaspérant par les marches ou les actions de guerre, subissant probablement des influences accidentelles de lieu ou d'air, mais, à coup sûr, transmettant et multipliant son germe par les malades. La maladie s'est montrée sous les deux formes spasmodique et intestinale, la première plus fréquente et plus grave à Baltchick qu'en Crimée. M. Marroin n'admet pas la forme sudorale sous laquelle M. J. Roux a décrit le choléra de la mer Noire. Le traitement thérapeutique mérite bien peu de confiance, dans de semblables cas; c'est à l'hygiène navale qu'il faut demander ses ressources.

Une autre maladie grave, sinon par le nombre de ses victimes, du moins par la fréquence de ses cas et par l'influence qu'elle exerce sur le moral des hommes et sur les forces vives des équipages, le scorbut, a sévi avec intensité. On avait pu croire qu'avec les progrès de l'hygiène cette affection était à jamais bannie des camps et des vaisseaux ; c'était compter sans les vicissitudes de la guerre qui, sur mer comme sur terre, trompe les prévisions de la science en paralysant les efforts les plus éclairés des gouvernements. Des germes de scorbut s'étaient montrés avant l'entrée dans la mer Noire; mais c'est pendant le quatrième trimestre de 1854 qu'on en observa une véritable épidémie : sur une moyenne de 8,000 hommes présents, on en compta 127 cas en octobre, plus de 1,000 en novembre, 601 en décembre ; puis le mal diminua, pendant qu'il faisait d'énormes progrès dans l'armée. Des recrudescences se manifestèrent plus tard sur les navires astreints à un service plus rigoureux. M. Marroin accuse surtout de cette épidémie l'usage exclusif et prolongé des vivres de campagne, mais il reconnaît aussi, comme causes secondaires puissantes, les fatigues dues à l'embarquement et au débarquement d'une armée entière et de son matériel de guerre, l'humidité, le long séjour à bord, les maladies antérieures. Vivres frais, obtenus par les efforts les plus persistants, repos et changement d'air pour les malades, tels ont été, comme toujours, les moyens reconnus les plus efficaces.

Pendant l'été de 1855, on vit apparaître la pathologie de pays chauds, fièvres et dysenterie; quant au typhus, qui frappa si cruellement l'armée pendant le second hiver, il toucha à peine l'escadre, jusqu'au moment où finit cette narration. Deux bâtiments seulement en eurent plusieurs cas en août, pour avoir transporté des troupes turques, parmi lesquelles, dit M. Marroin, le mal, entretenu par l'insouciance et par la saleté la plus révoltante, était en permanence depuis le commencement de l'hiver précédent.

La flotte a compté, comparativement, peu d'accidents par le feu de l'ennemi. A la suite du bombardement du 17 octobre, elle eut 215 blessés et 36 morts; à l'affaire de Kinburn, il n'y eut qu'une vingtaine de blessés et deux morts : du côté des Russes il y en eut un plus grand nombre qui furent soignés par nos chirurgiens. C'est surtout à bord, où les cris des opérés s'entendent de tout le monde et causent des impressions pénibles, que le chloroforme, en supprimant la douleur, est un bienfait apprécié de tous. M. Marroin dit qu'il fut employé sur une vaste échelle et ne causa aucun accident mortel. La chirurgie conservatrice est d'ailleurs celle qui lui a donné les meilleurs résultats pendant cette guerre ; et quand on se souvient que le médecin en chef de l'armée a signalé, au contraire, l'opération immédiate comme la pratique qui a prévalu dans les ambulances, il est permis d'expliquer les motifs qui ont inspiré une conduite si différente et procuré des résultats si dissemblables, par les conditions d'hospitalisation plus favorables où se trouvent placés les malades à bord qu'à terre.

Un chapitre est consacré par M. Marroin à la maladie qui a enlevé l'amiral Bruat pendant son retour en France ; on l'a lu en feuilleton dans la *Gazette des hôpitaux*, nous n'y reviendrons pas. Enfin, son livre se termine par une appréciation de la doctrine de M. Lefèvre sur la colique sèche, au point de vue des faits observés dans la mer Noire. Ces faits sont négatifs ; et pourtant, pendant cette guerre, ont existé sur les navires toutes les causes signalées comme favorables à l'intoxication saturnine : chaleur excessive des deux étés, appareils distillatoires fonctionnant continuellement, machines toujours allumées, alimentation exclusive par les vivres de campagne, acidulage colonial ou vin ajouté à l'eau des charniers, fatigues d'un service exceptionnel, épidémies de toutes sortes. Aussi l'auteur pense-t-il qu'on a exagéré l'influence toxique du plomb à bord; et, sans nier la possibilité d'accidents dus à cette influence, n'hésite-t-il pas à attribuer la colique sèche des pays chauds à un concours de causes inconnues.

En voilà assez pour faire comprendre l'importance du rôle qu'a joué l'élément maritime dans la guerre de Crimée, et pour faire apprécier le double intérêt historique et médical qui s'attache à la publication de M. Marroin. A ceux qui désirent être initiés aux pratiques de l'hygiène et de la médecine navales pendant les grands événements de cette nature, nous conseillons de lire ce livre où en sont tracés les préceptes avec autant de réserve que de sagacité.

Docteur DUTROULAU.

---

M. Cazalas a réuni en un volume des articles qui ont été insérés il y a quelque temps déjà dans la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. Le 25 janvier 1855, l'école militaire de Constantinople a

été transformée en hôpital français, et elle a conservé cette destination jusqu'au 31 juillet 1856. Pendant toute cette période, M. Cazalas a été chargé de la direction médicale de cet établissement.

La première partie de son travail est consacrée à l'histoire médicale de l'hôpital et à une étude approfondie du climat et de l'état sanitaire habituel de la ville de Constantinople; l'auteur résume lui-même ses recherches sur ce dernier point : « La scrofule, le carreau, la phthisie pulmonaire, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente et les cachexies résultant de ces éléments morbides, sont endémiques en toute saison, dans les quartiers bas, humides et pauvres où se trouvent accumulées les mauvaises conditions d'hygiène que j'ai signalées. A part ces affections, à peu près indépendantes du climat, et qui se développent sous l'influence immédiate et presque absolue de la misère et de l'incurie des habitants, je peux dire que généralement, par suite des intempéries si brusques et si profondes de l'atmosphère, des variations si fréquentes de la température et des vents en hiver et en été, des irrégularités si intempestives des saisons, il n'y a, pour ainsi dire, jamais de constitution médicale bien tranchée, ni à Constantinople ni dans les environs..... En été, la dysenterie, la diarrhée, les autres affections de l'appareil digestif et la fièvre typhoïde, sont fréquentes et surtout graves..... En hiver, ce sont les affections catarrhales, les phlegmasies superficielles des membranes et, plus rarement, des organes parenchymateux, les diarrhées, les bronchites, les pleurésies, les coryzas, les laryngites, les fièvres gastriques et typhoïdes, qui constituent ordinairement l'état pathologique dominant.... Au printemps et en automne, les maladies sont généralement peu nombreuses et bénignes; elles se fixent le plus souvent sur les membranes et rarement dans les organes parenchymateux. C'est surtout à la fin du printemps qu'apparaissent épidémiquement la rougeole et quelquefois la scarlatine. »

Dans la deuxième partie de son livre, M. Cazalas donne la relation des maladies qu'il a observées à l'hôpital de l'École militaire. Voici quelques chiffres intéressants : Du 27 janvier 1855 au 31 juillet 1856, il est entré dans l'hôpital 12,075 malades; sur ce nombre, 2,293 provenaient de Constantinople ou des environs; 8,994 avaient été envoyés de la Crimée; 788 étaient venus des hôpitaux voisins; ceux-là étaient presque tous cholériques. Sur ce chiffre total de 12,075, il y a eu 3,026 cas de scorbut et d'affections scorbutiques; 2,605 cas de dysenteries et de diarrhées; 1,490 cas de choléra; 670 cas de typhus et d'affections typhoïdes, et 1,589 cas de maladies intermittentes; le reste comprend les blessés et les maladies que l'auteur a désignées sous l'épithète de *diverses*, parce qu'il ne les a pas classées par groupes.

Dans une étude pleine de détails intéressants, M. Cazalas expose les diverses conditions qui ont influé sur l'état sanitaire de l'armée d'Orient, puis il aborde la description des différents groupes d'états morbides dont nous venons de parler. Nous ne pouvons nous arrêter sur chacun d'eux, mais nous voulons du moins dire quelques mots des affections intermittentes et du scorbut. En examinant les tableaux dressés par l'auteur, un fait frappe tout d'abord, c'est le rôle important que jouait l'intermittence dans la constitution médicale de la Crimée. Les affections paludéennes ont atteint le chiffre de 13,16 sur 100; mais, si l'on tient compte en outre « des nombreux cas d'intermittence compliquant les maladies continues », on voit que « le chiffre des affections où l'élément intermittent a été constaté, représente, en effet, le tiers environ du total des malades ». Du reste, « les fièvres intermittentes simples n'étaient jamais pernicieuses d'emblée; un accès de cette nature était toujours précédé d'un ou de plusieurs accès légers, complets ou incomplets, évidents ou larvés, et passant souvent inaperçus. » Cette fréquence de l'intermittence, simple ou compliquée, parmi les malades de la Crimée, tient évidemment à la situation des troupes qui campaient à peu près partout, au voisinage de foyers marécageux, dont l'influence se faisait sentir, en toute saison, à des degrés différents, sur toutes les armées, alliées ou ennemies.

L'auteur a décrit avec le plus grand soin le scorbut qui s'est déclaré parmi les soldats de l'armée d'Orient. Simple ou compliquée, cette maladie s'est montrée dans le rapport de 1 à 3 sur l'ensemble des malades traités dans l'hôpital de l'École militaire de Constantinople, et sur plus de la moitié des individus provenant de la Crimée. Elle a été identique avec le scorbut de terre et de mer peint par Boerhaave, Lind et Keraudren; et elle présentait dans sa marche trois périodes distinctes : la première était principalement caractérisée par des lassitudes générales, par la faiblesse du système musculaire, par la décoloration de la peau, et par une disposition générale aux congestions, aux hémorrhagies, aux hydropisies, etc.; il y avait en outre une gêne plus ou moins notable de la respiration. — A la deuxième période survenaient des accidents graves du côté des gencives et des dents; en même temps apparaissaient les pétéchies et les ecchymoses. — A la troisième période, la cachexie scorbutique était confirmée. Les altérations anatomiques peuvent être groupées sous les cinq chefs suivants : 1° altération du sang, 2° ramollissement des tissus, 3° congestions, 4° hémorrhagies, 5° hydropisies.

M. Cazalas a consacré en outre d'intéressants chapitres à la dysenterie, au choléra, et son livre sera lu avec fruit par tous ceux qui désirent acquérir des notions précises sur la médecine des armées et sur les maladies castrales. J.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

Nous recevons de M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Belgique, la note suivante : L'Académie a adopté dans sa dernière séance, les conclusions suivantes du rapport de la commission qu'elle avait chargée de juger les neuf mémoires reçus, l'année dernière, en réponse à la question mise au concours sur les méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique :

1° Décerner une médaille de 400 francs au mémoire ayant pour épigraphe : *Occasio præceps*. 2° Accorder une médaille de 200 fr. au mémoire portant pour devise : *Statutum est in theoria et praxi. — In medendi scientia omnis argumentatio vana, nisi experientia confirmetur*. 3° Accorder une seconde médaille de 200 fr. au mémoire ayant pour épigraphe : Μὴ τολμῇ μᾶλλον ἢ γνώμῃ, ἰαστῶ.ῆ μᾶλλον ἢ βίῃ. — En conséquence, les auteurs de ces écrits sont priés de faire connaître le plus tôt possible à M. le Président de la Compagnie, s'ils consentent à l'ouverture des plis cachetés joints à leurs mémoires et renfermant leur nom.

---

PELLAGRE DES ALIÉNÉS. — Voici la lettre adressée sur ce sujet à l'Académie de médecine (séance du 30 avril), par M. le docteur E. BILLOD, et que nous n'avons fait que mentionner :

« Monsieur le secrétaire perpétuel, je vous demande la permission de recourir à votre obligeant intermédiaire pour informer l'Académie que l'affection que j'ai décrite dans des travaux successifs, sous le nom de : *Variété de pellagre propre aux aliénés*, ou *pellagre consécutive à l'aliénation mentale*, manifeste de nouveau sa présence dans mon service pour quelques cas qui me semblent devoir être parfaitement caractérisés. En transmettant cet avis à l'Académie, et, par son intermédiaire, à tous les médecins qui désireraient venir s'éclairer sur l'identité de cette affection avec la pellagre des Landes ou de Lombardie, je vous serai reconnaissant de vouloir bien lui faire observer que, depuis la première communication que je lui ai faite à ce sujet, en 1854, et qui comprenait déjà deux années d'observation, c'est-à-dire depuis sept ans, l'affection précitée n'a pas manqué une seule fois de se montrer parmi les aliénés de Sainte-Gemmes, à l'époque ordinaire d'éruption ou d'exacerbation de toutes les pellagres connues, qu'elle y a constamment suivi la même marche, qu'elle a eu les mêmes modes de terminaison et qu'elle a présenté identiquement et dans leur ensemble les mêmes symptômes et les mêmes caractères anatomiques que ces mêmes pellagres. Pour le cas où il serait répondu à l'appel que je fais aujourd'hui, et où on voudrait profiter de ma présence à Sainte-Gemmes pour venir visiter mes pellagreux, permettez-moi d'ajouter que je me propose de m'absenter un mois, à partir du 25 mai prochain, pour aller poursuivre, en Vénétie et en Lombardie, mes recherches sur le même objet.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 17 MAI 1861. — N° 20.


### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.


I. **Paris.** Académie de médecine : L'hystérotomie *post mortem* devant la presse médicale. — Rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Opérations exceptionnelles pour rétablir la continuité du canal. — II. **Travaux originaux.** Nouvelles recherches sur la phonation. — Ténia expulsé par une émulsion de semences de citrouille. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Spasme facial rebelle guéri par le curare. — Observation de paralysie de la cinquième paire crânienne guérie par l'iodure de potassium. — Du pemphigus syphilitique des nouveau-nés. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VII. **Feuilleton.** Préparation à l'exercice de la médecine. — De l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs.


## I

Paris, le 16 mai 1861.

*Académie de médecine :* L'HYSTÉROTOMIE *post mortem* DEVANT LA PRESSE MÉDICALE. — RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES DE L'URÈTHRE. OPÉRATIONS EXCEPTIONNELLES POUR RÉTABLIR LA CONTINUITÉ DU CANAL.

Il nous faut l'avouer, nous avons été presque seul, dans la presse médicale, à nous plaindre du vote intervenu sur la question de l'opération césarienne. Disons tout, la plupart de nos collègues ont applaudi au rejet des conclusions du rapport, et félicité l'Académie de s'en être tenue à la déclaration générale que chacun connaît.

Trop peu sensible apparemment à l'influence des courants extérieurs, notre opinion demeure fixe dans son isolement, affermie encore, s'il se peut, par la réflexion. Impossible à notre esprit de se soustraire à l'empire des simples considérations qui suivent :

1° L'Académie possède-t-elle une section chargée d'examiner les questions de police médicale? Oui. La question des inhumations, impliquée dans celle de l'hystérotomie *post mortem*, concerne-t-elle la police médicale? Oui. Donc l'Académie avait qualité pour rechercher et pour dire si le médecin qui pratique l'opération contrevient ou non aux règlements ou arrêtés concernant la police des inhumations. Donc encore elle ne fût pas sortie de ses attributions en demandant, avec M. Trebuchet, que les dispositions d'un arrêté préfectoral, applicables seulement au département de la Seine, fussent étendues à tout l'empire.

2° A côté de la question légale introduite par une lettre de M. F. Hatin, la question scientifique a-t-elle été portée devant l'Académie par des communications ultérieures? Oui, *et ces communications ont été renvoyées à la commission déjà saisie de la lettre*. Donc, il y avait lieu de poser des conclusions relatives aux indications médicales ; de se prononcer, par exemple, sur l'âge approximatif de la viabilité du fœtus et sur la durée également approximative de la vie du fœtus

## FEUILLETON.

**Préparation à l'exercice de la médecine.** Ouvrage spécialement destiné à initier les jeunes médecins aux réalités de la carrière, par le docteur FÉL. SCHNEIDER. — 1 vol. in-12. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye.

**De l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs,** par le docteur LOUIS PENARD. — Broch. in-8. Paris, 1860. Chez J.-B. Baillière et fils.

« Autrefois les médecins étaient des demi-dieux, » dit quelque part M. F. Schneider. En ce temps-là Chiron tenait une place honorable parmi les habitants de l'empyrée ; Esculape avait un temple à Épidaure et des autels à Athènes ; Machaon recevait les hommages et l'encens des Messéniens ; le plus sage des Grecs, avant de mourir, immolait un coq au dieu de la médecine, et l'on appelait Hippocrate, aussi bien qu'Homère, le *divin vieillard*.

*O tempora ! O mores !* Que les temps sont changés ! et comme nous sommes loin de cet âge d'or, de ces siècles incomparables où les peuples se prosternaient aux pieds de la déesse Hygie et entouraient d'un culte mythologique la personne sacrée du médecin ! Si vous voulez trouver encore quelque trace de cette espèce de fétichisme médical, de ce respect antédiluvien pour notre profession, allez le chercher au milieu des tribus sauvages du désert, ou chez les Hurons, les Iroquois et les Peaux-Rouges. Mais dans notre vieille Europe, parmi les nations civilisées, l'idole d'autrefois n'a plus de temples aujourd'hui ; ses autels sont brisés ; sa statue est mutilée ; ses prêtres sont outragés ; et du symbole antique de notre art il ne reste plus en partage à la plupart de ceux qui s'y vouent que la coupe empoisonnée, le serpent et le bâton noueux, tristes emblèmes d'une carrière malaisée, ingrate, laborieuse, toute hérissée d'embarras, de soucis et de tribulations !

« O désintéressé jeune homme, que n'ont pu séduire ni les gains aléatoires du commerce, ni les lucratives opérations d'une étude de notaire », ni l'épaulette de sous-lieutenant, ni les étincelantes

après le décès de la mère. L'Académie n'est pas moins bien armée pour une telle détermination que pour une foule de décisions qu'elle prend chaque jour relativement au traitement de la fièvre typhoïde ou du rhumatisme, et son vote n'eût pas été plus impératif dans le premier cas que dans le second.

3° Au moment où l'Académie a déclaré, par le rejet de la troisième conclusion, qu'il ne lui appartenait pas de tracer aux médecins un devoir de conscience, ne venait-elle pas de leur en signifier un en termes formels? Oui. Donc il fallait reconnaître ce droit tout paternel de l'Académie, ou rejeter l'ensemble des conclusions, comme le voulait M. Gibert.

Plus on y songe, et plus ce système d'abstention paraît irréfléchi. L'Académie n'oublie pas seulement ce qu'elle est en droit de faire; elle oublie ce qu'elle a fait maintes fois. Dans les questions de statistique dans les questions de vaccination, il lui est arrivé de mettre le pied en plein dans l'administration, de réclamer de l'autorité des mesures entièrement indépendantes des questions scientifiques, et on l'a vue, par exemple (en 1847), demander par un vote qu'il fût tenu des registres de vaccination semblables aux registres de l'état civil; bien plus, que le clergé et les instituteurs fussent invités à prêter aide aux médecins pour la propagation de la vaccine. Elle ne veut pas s'ingérer dans la jurisprudence médicale, ni dans l'administration, elle qui y est invitée par son propre règlement, et des corps exclusivement voués à la science, comme les facultés, sont appelés par le ministre lui-même à donner leur avis sur les lois qui intéressent le corps médical comme on l'a vu en 1849 pour la loi Salvandy!

Qu'arrivera-t-il du parti que vient de prendre l'Académie? Que si les familles, les magistrats et les médecins éprouvent le besoin assez naturel de s'éclairer de la discussion actuelle, ils ne pourront interroger l'opinion de la majorité, mais seulement celle de chaque orateur. Devant une famille ou devant un magistrat, un discours vaut un discours, M. de Kergaradec vaut M. Depaul; conséquemment, la conduite du médecin peut être pesée à la balance du premier comme à celle du second. Quant aux médecins, nous supposons qu'ils s'en rapporteront plutôt à M. Depaul. Aussi un de nos collègues, le seul qui, sans déplorer la déconfiture du rapport, ne s'en réjouisse pas, le seul qui, avec nous, ait rappelé à l'Académie son droit et son devoir, M. Brochin présente-t-il au praticien le discours de l'honorable académicien comme une sorte de cathéchisme. Nous sommes de son avis. Les praticiens n'auront plus rien à désirer quand ils auront recueilli dans les documents de la discussion tous les conseils que l'Académie n'a pas voulu leur donner.

L'entraînement a parfois de singuliers effets. Les plus sages n'y résistent pas. Boileau rencontre un jour son ami Chapelle, qui avait la passion du vin. Il entame une remontrance. « Entrons là, dit l'autre, vous me parlerez plus à l'aise. » Et les voilà assis à une table de cabaret. On apporte une bouteille, puis deux; bref, Chapelle manœuvre si bien que, au bout d'un quart d'heure, Boileau était ivre. M. Malgaigne avait grisé l'Académie.

— On se rappelle le mémoire sur la phonation récemment lu à l'Académie des sciences par M. Battaille, artiste du Théâtre-Lyrique et ex-interne des hôpitaux de Nantes. Ce mémoire, qui forme une grosse brochure, paraîtra bientôt à la librairie Victor Masson. L'auteur et l'éditeur ont bien voulu nous autoriser à publier une grande partie du travail dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (voy. p. 308). Nos lecteurs regarderont sans doute comme une bonne fortune de pouvoir apprécier l'œuvre d'un célèbre professeur de chant, qui eût pu marquer sa place avec une égale distinction dans la famille médicale.

A. DECHAMBRE.

---

M. le docteur Bourguet (d'Aix), l'un des chirurgiens de province les plus laborieux et les plus dévoués aux progrès de l'art, envoya il y a quelques mois à l'Académie un mémoire lentement élaboré contenant la relation de quelques cas rares de rétrécissement infranchissable ou d'oblitération du canal de l'urèthre. L'auteur y joignit des documents historiques et des réflexions critiques; enfin il proposait des moyens opératoires qui, sans être tout à fait nouveaux, comme il le reconnaît lui-même, pourraient cependant recevoir leur application régulière dans des cas analogues à ceux qui ont relatés dans le mémoire. Par une rare bonne fortune, M. Bourguet a obtenu, dans un délai assez prompt, un rapport de M. Gosselin.

Malheureusement la séance était avancée, les bancs presque déserts, et les membres des sections compétentes presque tous absents; il en résulte qu'après quelques courtes observations de MM. Robert, Malgaigne et Laugier, les conclusions ont été votées. Il est regrettable de voir ainsi terminée une discussion qui aurait pu devenir si importante, car il s'agissait surtout de l'uréthrotomie externe sans conducteur, l'une des opérations les plus difficiles et les plus sérieuses de la chirurgie.

L'Académie avait beau jeu pour toucher quelques points litigieux

---

chamarrures d'un frac diplomatique, oyez, je vous prie, de la bouche d'un vétéran de nos phalanges le récit des misères grandes et petites de la vie médicale! O vous qui allez consacrer généreusement vos jours et vos nuits à soulager les souffrances d'autrui, apprenez combien de maux sont sortis à votre intention de la boîte de Pandore!

Vous arrivez de l'école frais émoulu, vous êtes fier, et à juste titre, de vos vingt-cinq ans et de votre diplôme; vous auscultez avec une rare précision, vous percutez à ravir; vous êtes d'une dextérité non pareille à manier la lancette et le bistouri; vous avez la tête farcie de belles formules et de recettes précieuses; nul ne vous égale à découvrir dans le champ du microscope la cellule cancéreuse ou le mycoderme du favus; vous excellez à passer une sonde ou à introduire un spéculum; vous vous servez merveilleusement du stéthoscope, du dynamoscope, du pharyngoscope, du rhinoscope, du laryngoscope, de l'ophthalmoscope, du dermoscope, voire de l'uréthroscope : en un mot, vous voilà ferré de pied en cap, armé de toutes pièces. Vous vous présentez à la face du monde, plein de confiance dans le présent et d'espoir dans l'avenir. Vous ne réclamez que des malades pour mettre à l'épreuve votre savoir et votre dévouement. Halte là, jeune et impatient docteur! Avant de faire votre entrée en scène, voici que M. Schneider vous invite à regarder par le trou du rideau la contenance et la mine de ceux que vous aurez pour spectateurs, pour clients, pour émules et pour confrères.

Voyez-vous cette foule hétéroclite qui s'agite tumultueusement aux premiers rangs, et qui déjà parle de vous sans vous connaître et vous apprécie sans vous avoir encore vu? Cet assemblage de juges frivoles, incompétents et fanfarons, c'est le *public*. Pendant tout le cours de votre carrière, comme à vos débuts, vous aurez à subir le choc de son ignorance présomptueuse, de son arrogante sottise, de ses orgueilleuses prétentions, de sa crédulité superstitieuse, de ses ridicules préjugés, de ses erreurs grossières, de ses cruels procédés, de ses injustices, de ses médisances et même de ses calomnies. A peine rencontrerez-vous par ci par là quelques esprits droits, quelques cœurs honnêtes, quelques amis dévoués,

de pratique, et nous aurions eu plaisir à lui voir aborder résolument, non-seulement l'uréthrotomie externe, qui depuis quelques années a pris un si grand développement, surtout à l'étranger, mais encore l'uréthroplastie, dont l'un des procédés de M. Bourguet fait intervenir les principes.

Ce que nos livres classiques renferment sur ces sujets est tout à fait insuffisant, et ne représente nullement l'état actuel de la science; il eût été digne de l'Académie de fixer la pratique sur les opérations que réclament les rétrécissements graves et les perforatiods permanentes du canal de l'urèthre.

Le rapport était sage, bien écrit, peu accessible à la critique. Nous en sommes presque à le regretter en voyant le résultat. Un brin de hardiesse eût peut-être galvanisé l'Académie. — Les plus brillants orateurs de l'Académie usent de ce moyen, et quand ils le veulent bien ils soulèvent des orages qui ne durent guère moins de deux mois. C'est une de ces tourmentes que nous appelions de tous nos vœux.

Il n'en a pas été ainsi. Nous mettrons donc simplement sous les yeux de nos lecteurs une analyse succincte du mémoire, analyse dont l'auteur lui-même a bien voulu nous fournir les matériaux. Le compte rendu reproduira plus loin le petit nombre d'objections faites par le rapporteur et par les membres qui ont pris part à la discussion. Nous verrons plus tard s'il y a lieu de revenir sur la question. AR. VERNEUIL.

**Résumé du mémoire de M. Bourguet.**

M. Bourguet cherche à établir, dans son travail, que, malgré l'état avancé de la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre, il se présente encore quelquefois dans la pratique, et particulièrement dans celle des hôpitaux, des malades chez lesquels toutes les ressources de la chirurgie restent inefficaces, quoiqu'elles soient mises en œuvre par des praticiens habiles et expérimentés.

Il divise les faits de ce genre en deux catégories :

1° *Oblitérations complètes du canal compliquées de fistules plus ou moins nombreuses au scrotum et au périnée;*

2° *Rétrécissements entièrement infranchissables compliqués ou non de fistules urinaires.*

L'oblitération de l'urèthre s'observe rarement. Cependant la science en possède aujourd'hui un certain nombre d'exemples incontestables. Aux faits antérieurement connus, l'auteur en ajoute un nouveau, dont voici les principaux détails. Cet exposé succinct donnera en même temps une idée du procédé particulier à l'aide duquel il a été possible d'y remédier dans cette circonstance.

OBS. I. — Un homme âgé de quarante-deux ans, entré à l'hôpital d'Aix le 14 janvier 1856, était atteint de huit fistules urinaires par lesquelles s'échappait la totalité des urines, le méat n'en laissant plus passer une seule goutte. L'oblitération s'était produite peu à peu et avait eu pour point de départ une fausse route pratiquée par le malade lui-même, pendant une tentative de cathétérisme, six ans auparavant.

Un grand nombre de tentatives diverses avaient été déjà faites sans succès dans les hôpitaux de Toulouse, Nîmes, Montpellier, etc., pour rétablir la continuité de l'urèthre, lorsque l'on eut recours à l'opération suivante :

Un cathéter courbe et cannelé, sans cul-de-sac à son extrémité postérieure, fut porté dans l'urèthre jusqu'au point où le canal cessait d'être perméable. Une pression assez forte exercée sur le pavillon, permit de refouler la portion oblitérée, de manière à ce que le doigt de l'opérateur put sentir le bec de l'instrument à travers les tissus qui le séparaient du fond de la fistule principale, située à près de 3 centimètres en arrière, et soumise auparavant à une dilatation aussi considérable que possible, à l'aide de cônes d'éponge préparée. Le reste de l'opération consista à pratiquer d'avant en arrière, parallèlement à l'axe de l'urèthre et en se guidant sur le relief formé par la pointe du cathéter, une incision de 12 à 15 millimètres de longueur, à travers laquelle l'instrument vint s'engager, et qui mit ainsi en communication directe la partie antérieure de l'urèthre avec le fond de la fistule, par conséquent avec la partie non rétrécie de ce conduit.

Cette opération, fort simple, eut pour résultat de pratiquer un nouveau canal dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la fistule, et rétablir la continuité de l'urèthre perdue depuis de longues années. Une sonde en gomme élastique fut portée dans la vessie et laissée à demeure.

Les suites n'offrirent pas la moindre gravité. Trois mois après l'opération, époque où le malade fut perdu de vue, il urinait en grande partie par la verge, et le nouveau canal permettait l'introduction de sondes de plus de 7 millimètres de diamètre.

Cette première observation est suivie de deux autres dans lesquelles on voit des rétrécissements très graves, compliqués d'induration de la portion bulbeuse et du commencement de la portion membraneuse, entièrement infranchissables, traités sans succès pendant très longtemps par tous les procédés de dilatation connus et même par des opérations plus graves, telles que l'opération de Syme et celle de la boutonnière uréthrale pratiquée au-devant de la coarctation, qui cèdent à une méthode fondée sur le même principe, c'est-à-dire à l'uréthrotomie périnéale externe, mais combinée cette fois avec la dissection et l'extirpation complète des tissus pathologiques.

Voici les principaux détails de ces deux faits :

OBS. II. — Le sujet de cette seconde observation, âgé de cinquante-trois ans, était atteint de rétrécissement depuis plus de trente ans. La coarctation siégeait au collet du bulbe et au commencement de la portion membraneuse. Elle était tellement prononcée, qu'aucun corps dilatant ne pouvait plus le traverser depuis longtemps. Il était même impossible de découvrir la lumière de l'urèthre et d'y engager le moindre corps étranger. Il existait en outre au périnée une fistule par laquelle l'urine s'écoulait presque en totalité, quelques gouttes sortant à peine par le méat. Le malade avait été traité au début par la dilatation, et plus tard par l'opération de Syme ; mais le rétrécissement s'était constamment re-

---

qui essayeront timidement d'élever la voix en votre faveur et de vous venger de ces préventions imméritées et de ces pénibles épreuves.

Ne vous reposez guère de ce soin sur vos *clients*. Sans doute il s'en trouvera dans le nombre de bons, de fidèles, de généreux et de reconnaissants ; mais ceux de cette qualité-là .... *apparent rari!* Quant à la masse, *profanum vulgus*, elle se distingue par sa « versatilité protéique », son « instabilité constitutionnelle », sa capricieuse inconstance, son indocilité, son outrecuidance, sa félonie, sa duplicité, sa monstrueuse ingratitude, son avarice sordide, sa honteuse lésinerie, sa promptitude à oublier les services rendus et son mauvais vouloir à solder les honoraires. Tel client à qui vous avez rendu la vie, dont vous avez supporté patiemment les exigences et les défauts durant le cours d'une longue maladie, qui aura troublé vingt fois votre sommeil et compromis votre santé par des réquisitions nocturnes, qui vous promettait monts et merveilles pendant qu'il tremblait sous la peur du mal, porte aux nues votre mérite et « bat volontiers le rappel en votre faveur, tant que vous ne lui apparaissez pas sous la forme désobligeante d'un créancier; mais si une note survient, voilà la guerre allumée. Malheur à vous! vous n'êtes plus bon à donner aux chiens.

Quand vous arriverez auprès d'un malade, surtout à la campagne, vous aurez à essuyer le feu de la *galerie*, c'est-à-dire les regards scrutateurs, les observations stupides, les réflexions déplacées, les demandes embarrassantes, les questions indiscrètes, les importunités de tout genre des parents, des amis, des voisins et des commères qui assiègent la chambre du patient et bourdonnent autour de son chevet. Cet « aréopage ignare et prétentieux » contestera votre diagnostic, discutera vos ordonnances, contrôlera vos prescriptions, ne vous épargnera ni ses critiques, ni ses reproches, ni ses récriminations, ni ses quolibets, et fera si bien qu'il ébranlera la confiance du patient, et décidera le pauvre diable à renoncer à vos remèdes pour adopter de préférence la tisane de la tante, l'onguent de la cousine et le baume de la grand'mère.

Quelques jours après, vous apprendrez avec étonnement que votre malade vous a fait défection, qu'il est passé aux mains d'un

produit au bout de peu de temps. Un grand nombre d'autres moyens avaient été pareillement employés sans utilité. Enfin, la position du sujet était extrêmement grave et paraissait au-dessus des ressources de l'art.

L'opération, pratiquée le 23 mars 1857, consista à introduire, comme chez le malade précédent, un cathéter courbe jusqu'au-devant de la coarctation, afin d'avoir un guide pendant toute la durée des manœuvres opératoires, puis à mettre complétement à découvert la nodosité de tissu induré qui constituait le rétrécissement, à l'aide d'une incision de 4 à 5 centimètres de longueur, dirigée d'avant en arrière, depuis la racine des bourses jusqu'à 15 millimètres au devant de l'anus, à isoler ensuite les tissus morbides des parties voisines au moyen d'une dissection minutieuse; enfin, à exciser complétement tous ces tissus, de façon à constituer, dans l'étendue d'environ 3 centimètres, un nouveau canal ouvert en bas, tandis que ses parois latérale et supérieure étaient formées par les téguments et les autres tissus de la région périnéale.

Les suites de cette opération présentèrent une très grande simplicité. Le malade conserva une fistule pendant six mois. Mais, à cette époque, la fistule s'oblitéra complétement, et aujourd'hui, deux ans et demi après l'opération, la guérison se soutient. Le canal laisse passer des sondes de 7 millimètres de diamètre. Le malade a repris une très bonne santé, et peut se livrer aux travaux les plus fatigants.

Obs. III. — Le dernier malade était un homme de trente-sept ans, atteint d'un rétrécissement infranchissable de nature traumatique, rebelle à la dilatation continuée pendant très longtemps, et pour lequel on avait pratiqué sans succès l'opération de la boutonnière uréthrale.

Le rétrécissement siégeait dans ce cas à la fin de la portion spongieuse. Il datait d'environ dix-huit mois, et était survenu à la suite d'une chute sur le périnée, avec déchirure de l'urèthre. On sentait sous la peau une induration du volume d'un gland de chêne qui paraissait entourer l'urèthre à sa face inférieure, le repoussait en haut du côté de la symphyse du pubis, et lui faisait décrire un coude très prononcé, qui joint à la diminution très grande de son calibre, empêchait la sonde ou tout autre instrument dilatant de s'engager dans la coarctation, quelles que fussent sa forme, ses dimensions, la force déployée et toutes les précautions prises. Ajoutons que plusieurs chirurgiens distingués qui avaient donné des soins au malade, n'étaient jamais parvenus à franchir l'obstacle, que l'urine était rendue goutte à goutte sans la participation de la volonté; enfin, que l'état général présentait une extrême gravité, et que la mort paraissait inévitable en abandonnant la maladie à elle-même.

L'opération pratiquée le 19 janvier 1857, consista, comme la précédente, à mettre à découvert le noyau de tissu fibro-plastique qui constituait la coarctation, puis à le disséquer à droite et à gauche, et enfin à l'enlever complétement en y comprenant la portion correspondante de l'urèthre, c'est-à-dire en pratiquant une véritable résection de toute la portion rétrécie de ce conduit. Une sonde en gomme élastique de gros calibre fut ensuite portée dans le canal et laissée à demeure dans la vessie.

Les suites immédiates de cette opération furent aussi simples que dans les deux premiers cas. Le jour même, le malade demandait à manger, et dès le lendemain il reprenait son alimentation habituelle. Au bout de huit jours, la plaie était cicatrisée dans les deux tiers de son étendue, l'opéré commençait déjà à se lever, et tout faisait espérer un résultat favorable, lorsque des symptômes d'infection purulente se manifestèrent le dix-septième jour, et amenèrent la mort le vingt-cinquième.

Ce travail ce termine par les conclusions suivantes :

1° L'oblitération complète du canal de l'urèthre, compliquée de nombreuses fistules au scrotum et au périnée, peut être traitée et guérie dans quelques cas particuliers au moyen d'une opération fort simple et d'une exécution facile.

2° Cette opération consiste à déplacer et à refouler en arrière le point où le canal cesse d'être perméable, à l'aide d'une sonde ou d'un cathéter introduit dans l'urèthre, et à mettre ensuite en communication avec le bistouri cette portion saine du conduit urinaire avec le fond de la fistule principale soumise auparavant à une dilatation suffisante.

3° Les rétrécissements, entièrement infranchissables, peuvent être attaqués avec succès par l'uréthrotomie périnéale externe combinée avec l'extirpation complète de dehors en dedans, après dissection préalable des tissus morbides qui constituent la coarctation; on forme ainsi de toutes pièces un canal nouveau aux dépens des tissus sains de la région périnéale.

4° L'opération ainsi pratiquée permet d'espérer une guérison solide et durable, la nouvelle portion du canal revêtant, avec le temps, les caractères du canal normal, et en remplissant toutes les fonctions.

5° Elle est spécialement indiquée dans les rétrécissements organiques très durs, calleux ou cartilagineux, complétement infranchissables, formés par une induration ou une nodosité volumineuse, rebelles à toutes les méthodes de traitement dont la chirurgie dispose à l'heure actuelle, et considérés jusqu'ici comme entièrement incurables.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelles recherches sur la phonation, par Ch. Battaille, ancien interne et prosecteur d'anatomie à l'École de médecine de Nantes, professeur de chant au Conservatoire impérial de musique et de déclamation. Mémoire présenté et lu à l'Académie des sciences le 15 avril 1861.

Les théories proposées pour expliquer la formation de la voix humaine et les modifications si admirables qu'elle présente dans le cri, le chant, la parole, etc., sont nombreuses; mais les travaux si remarquables d'ailleurs de Dodart, Ferrein, Vogel, Dutrochet, Frick, Savart, Malgaigne, Gerdy, Masson, Longet, Müller, etc., ont surtout pour but d'expliquer comment un courant d'air traversant le larynx peut engendrer un son, plutôt que d'étudier les phénomènes physiologiques qui se passent dans le larynx, alors

---

confrère adroitement introduit dans la maison, ou qu'il a commis le soin de sa précieuse santé à un Sganarelle de la localité ou à quelque Robert-Macaire fraîchement débarqué dans le pays.

Le charlatanisme est un vautour attaché aux flancs de la médecine. Ses déprédations, ses hardiesses incroyables, ses rapines inouïes, sont favorisées « par les instincts de la société, » par l'insuffisance de la loi et par la tolérance de l'administration. En quelque point du monde civilisé que vous alliez planter votre tente, vous aurez à soutenir la concurrence illicite des apothicaires, des herboristes, des sacristains, des curés, des sœurs de charité, des sages-femmes et des gardes-malades; vous serez forcé de subir patiemment l'audacieuse rivalité des vendeurs d'orviétan, des somnambules, des sorciers, des tireuses de cartes, des rhabilleurs, des médicastres mâles et femelles, et des imposteurs de toute catégorie; enfin vous serez en butte aux propos malveillants, aux dénigrements opiniâtres, aux insinuations perfides, aux manœuvres occultes d'un parti organisé contre vous ou d'une coterie à laquelle vous avez le malheur de déplaire, et qui emploiera griffes et dents pour miner votre crédit, abaisser votre mérite et déchirer votre réputation.

Assurément, le tableau n'est pas flatté, et vous allez me demander si le peintre ne serait point par hasard un de ces déshérités de l'art, un de ces abandonnés des dieux et des hommes qui ont l'esprit chagrin, l'humeur noire, le caractère atrabilaire, qui nourrissent une haine vigoureuse contre le genre humain, et qui, au lieu de s'en prendre de leur échec à leurs défauts ou à leur incapacité, trouvent plus commode d'accuser l'injustice du sort et la méchanceté de leurs semblables. Non! M. Schneider, comme il nous le dit lui-même, a embrassé la médecine par vocation : il a consacré à son étude toute son intelligence, et à sa pratique le plus grand amour pour l'humanité; il a reçu les témoignages de la plus vive reconnaissance, et il a trouvé dans l'exercice de son art l'aisance matérielle, la considération publique et les satisfactions intimes. J'ajoute (et je le tiens de source certaine) que M. Schneider est un des médecins qui honorent le plus la profession par son savoir, son honorabilité, et par les éminentes qualités de son es-

que le son produit change de timbre, d'intensité, s'élève ou s'abaisse pour parcourir toute l'échelle diatonique.

Cette étude spéciale demande, en effet, des aptitudes spéciales; deux auteurs, tous deux chanteurs émérites, s'y sont surtout livrés jusqu'à ce jour, MM. Garcia et Segond. Mais les expériences auxquelles ils s'étaient livrés sur eux-mêmes manquaient d'une base solide, la constatation directe au moyen de la vue des phénomènes étudiés.

M. Battaille, dont le talent comme chanteur est trop connu et trop admiré pour que nous ayions à en faire l'éloge, se trouve, pour continuer ces études, dans une position exceptionnelle. Professeur au Conservatoire impérial de musique et de déclamation, position que lui mérite sa profonde connaissance de l'art musical, il est de plus un transfuge de la médecine; ancien interne et prosecteur à l'école de médecine de Nantes, il pouvait ainsi faire appel à ses connaissances en anatomie et en physiologie, manier avec habileté le scalpel lorsqu'il fallait élucider un point douteux de structure organique, et réunir en lui seul le chanteur, l'anatomiste, le physiologiste et l'écrivain. Mais si ces avantages avaient déjà pu se rencontrer chez M. Segond, qui a quitté, dit-on, l'agrégation à la Faculté pour le théâtre, M. Battaille a sur son prédécesseur l'avantage de pouvoir se servir d'un nouveau moyen d'exploration, vulgarisé par MM. Türck et Czermak : le laryngoscope, il a pu ainsi observer directement et sur lui-même ce qui se passe dans le larynx pendant l'émission des sons si variés qui constituent la voix humaine, tandis que M. Segond ne paraît avoir examiné que le larynx de M. Garcia.

Garcia, qui publia ses recherches en 1855, avait essayé de se servir, pour ses belles expériences, d'un instrument analogue sinon identique avec le miroir laryngien. Il dit, en effet : « La méthode que j'ai adoptée est très simple; elle consiste à placer un petit miroir, fixé sur un long manche courbé d'une façon convenable, dans le pharynx et contre le voile du palais de la personne sur laquelle se fait l'expérience; la bouche doit être tournée vers le soleil, pour que les rayons lumineux tombant sur le petit miroir puissent être réfléchis sur le larynx. (*Philosophical Magazine*, t. X, 1855, p. 218, et *Gazette hebdomadaire*, 16 novembre 1855, n° 46.)

L'idée d'éclairer le larynx et d'en recevoir l'image sur un miroir placé dans la gorge n'est pas aussi nouvelle qu'on le pense généralement; de même que Guyot, maître de poste à Versailles, inventa, pour se guérir d'une surdité rebelle, une opération nouvelle, le cathétérisme de la trompe d'Eustache; de même aussi nous devons à un homme étranger à la science la première idée de la laryngoscopie. Ainsi que le rappellent MM. Trousseau et Belloc dans leur mémoire sur la *phthisie laryngée*, couronné à l'Académie en 1836, M. Selligue, très ingénieux mécanicien, atteint d'une phthisie laryngée dont il put guérir, exécuta pour son médecin un spéculum à deux tubes, dont l'un servait à porter la lumière sur la glotte, et l'autre à rapporter à l'œil l'image de la glotte réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité gutturale de l'instrument.

Aujourd'hui les perfectionnements de l'appareil instrumental ont fait entrer la laryngoscopie dans le domaine de la pratique médicale. Le mémoire lu par M. Battaille à l'Académie des sciences, et qu'il publie en ce moment, présente un intérêt remarquable. Il a bien voulu, sur notre demande, nous autoriser à le reproduire dans nos colonnes; mais son importance et son étendue nous empêchent de le publier *in extenso*. Nous avons dû nous borner à en détacher quelques-uns des principaux passages, que nous rapportons textuellement; ces extraits, suffisant, nous l'espérons, pour permettre d'apprécier comme elle le mérite l'œuvre de notre confrère, suffiront aussi, nous en sommes convaincu, pour engager nos lecteurs à lire en entier ce travail si intéressant à tant de titres.

Nous passerons rapidement sur la partie anatomique, bien que nous y trouvions plusieurs données nouvelles et très intéressantes sur la disposition de l'appareil musculaire du larynx. Après l'exposé anatomique, l'auteur continue ainsi :

De l'ensemble des recherches anatomiques qui précèdent il résulte trois ordres de faits principaux.

*A*. Relativement aux cartilages, on constate :

1° Que le cricoïde et le thyroïde sont articulés de façon à déterminer de la part du cricoïde un mouvement de bascule qui tend ou relâche les ligaments vocaux;

2° Que la facette articulaire commune au cricoïde et aux aryténoïdes permet à ces derniers des mouvements d'avant en arrière et réciproquement, des mouvements d'écartement ou de rapprochement, enfin des mouvements de rotation sur eux-mêmes;

3° Que la face interne des aryténoïdes, très légèrement convexe de haut en bas, permet à ces cartilages de s'écarter ou de se rapprocher alternativement par leurs bases et par leurs sommets;

4° Que les mouvements d'avant en arrière et de rotation de l'aryténoïde se combinent tour à tour avec ceux de rapprochement et d'écartement;

Grâce à cette combinaison, lorsque les aryténoïdes se rapprochent, ils peuvent entrer en contact graduellement depuis la base jusqu'au sommet de leurs apophyses; d'où il suit que, pour ce

---

prit et de son cœur. C'est donc un de ces confrères privilégiés qui ont tout lieu d'être contents d'eux-mêmes et satisfaits de leur prochain. Son livre, que j'ai lu très attentivement, ne renferme ni récriminations intempestives, ni déclamations superflues, ni alarmes exagérées, ni le plus petit grain de misanthropie. Comme il le dit lui-même, il a peint d'après nature, sans aucunement charger sa palette. Avec « une franchise un peu rude », mais aussi avec un tact parfait et une rare sagacité, il a signalé les embarras, les perplexités, les écueils, les mécomptes, les déboires, et les tribulations de la pratique, afin de mettre ses jeunes confrères en garde contre les faciles et dangereuses illusions de leur âge.

On trouvera dans ce petit volume les vues les plus ingénieuses, les conseils les plus sensés et les plus propres à guider le praticien dans les circonstances les plus délicates et les plus difficiles de la carrière médicale, le tout émaillé de traits piquants, de scènes plaisantes et d'anecdotes finement racontées. M. Schneider possède au plus haut degré le sentiment de la dignité professionnelle, et il enseigne l'art de plaire au public et de gagner la confiance des clients sans jamais forfaire à l'honneur de notre art ni déroger à la noblesse de notre mission.

Il dit des choses charmantes à propos des mœurs comparées du citadin et du campagnard, du médecin de la ville et du médecin de la campagne. Il y a là des portraits dignes de La Bruyère, des sentences qui valent celles de Vauvenargues, et des maximes dont n'aurait point rougi Larochefoucault.

L'auteur ne dédaigne point de descendre jusqu'aux menus détails du pot-au-feu, jusqu'aux soins les plus minutieux du ménage, et j'admire avec quelle habileté il règle le budget du praticien et lui indique le meilleur emploi de son temps et de son argent.

Il termine l'ouvrage en démasquant sans ménagement les vices de l'organisation de la médecine et en proposant une réforme, qui ne serait peut-être pas du goût de tout le monde, bien qu'elle soit inspirée par l'intention louable de faire cesser quelques abus, de mettre un terme aux rivalités entre confrères et d'accroître la considération médicale, en assurant à tous les praticiens une aisance

contact gradué, le sommet des susdites apophyses exécute un mouvement oblique d'arrière en avant, de dehors en dedans et de haut en bas. De plus, grâce à la convexité de haut en bas des faces internes aryténoïdiennes, les aryténoïdes peuvent s'affronter graduellement en avant, soit par le tiers inférieur, soit par les deux tiers supérieurs de ces mêmes faces internes.

Outre ce qui a rapport aux mouvements des cartilages, constatons :

Que les apophyses aryténoïdes, peu développées avant la mue, acquièrent pendant cette époque des proportions relativement très grandes, et continuent à se développer jusqu'à un âge variable, mais qui ne dépasse guère vingt-deux ans;

Que ces apophyses, courtes et peu volumineuses chez la femme et l'enfant, sont plus développées et plus longues chez l'homme, surtout si la voix de ce dernier est étendue et puissante;

Qu'enfin leur extrémité antérieure, plus ou moins ténue, plus ou moins allongée chez les divers sujets, et enfoncée, comme par une gomphose incomplète, dans les ligaments vocaux, possède une élasticité très grande qui diminue avec l'âge.

*B.* Relativement aux muscles, on est frappé tout d'abord de leur aspect général.

Quatre sont disposés en éventail, ce sont : le *crico-thyroïdien*, le *crico-aryténoïdien postérieur*, le *crico-aryténoïdien latéral*, et le *thyro-aryténoïdien* dans sa portion oblique.

Tous sont plus ou moins d'apparence fasciculée, sinon dans leurs surfaces, au moins dans leurs insertions.

Cette disposition en faisceaux de longueur inégale et graduée est très apparente dans le crico-thyroïdien, le crico-aryténoïdien latéral, le crico-aryténoïdien postérieur, l'aryténoïdien oblique et transverse, et la portion oblique du thyro-aryténoïdien; l'insertion du crico-aryténoïdien latéral depuis le tubercule externe, tout le long de la cavité aryténoïde, la possède manifestement.

Quant à la portion interne ou horizontale du muscle thyro-aryténoïdien, que j'ai désigné sous le nom de *faisceau plan;* elle s'insère par faisceaux très distincts à la loupe, tout le long et en dedans du bord inférieur de l'apophyse aryténoïde et jusque sur la membrane vocale.

Eu égard au muscle thyro-aryténoïdien, on doit convenir que sa structure est une des plus singulières et des plus remarquables de la musculature humaine.

Moteur évident des aryténoïdes, il contracte en même temps d'intimes alliances avec les ligaments vocaux dans leurs régions glottique, sous-glottique et ventriculaire.

Sa division en fibres horizontales ou internes, et fibres obliques ou externes de deux ordres, lesquelles peuvent agir ensemble ou séparément, est d'un intérêt considérable et qui sera démontré par l'observation laryngoscopique.

*C.* La membrane vocale présente sur toute l'étendue des ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs une apparence et des propriétés qu'elle n'affecte nulle part; elle y est douée d'une élasticité considérable; revêtue d'un épithélium vibratil très apparent, elle est peu adhérente jusqu'au tiers postérieur des apophyses aryténoïdes, et très solidement fixée à ce tiers postérieur. Son adhérence, en général, est de plus en plus forte d'avant en arrière.

*L'auteur divise la circonscription de la membrane vocale, spécialement affectée à la génération du son, c'est-à-dire les* ligaments vocaux *ou thyro-aryténoïdiens inférieurs, en trois régions :*

1° *Une région profonde ou* sous-glottique *limitée en haut par le bord des lèvres de la glotte, en bas par une ligne horizontale tendue entre l'articulation crico-aryténoïdienne et l'angle rentrant du thyroïde ;*

2° *Une région* ventriculaire *concave tournée en dehors et en haut, limitée en arrière par la cavité aryténoïdale, en avant par l'étendue des insertions thyro-aryténoïdiennes, en dehors par une ligne oblique tendue de la partie externe de la cavité aryténoïdale aux insertions thyro-aryténoïdiennes, en dedans par les lèvres de la glotte;*

3° Un bord libre *formé par les lèvres de la glotte.*

LARYNGOSCOPIE. — *L'appareil employé pour la laryngoscopie se compose, comme on le sait, de deux instruments principaux : 1° un miroir concave destiné à concentrer la lumière et à l'envoyer dans le pharynx, miroir percé à son centre d'un trou qui permet à l'observateur de placer l'œil au centre même du foyer des rayons lumineux projetés par le miroir; 2° un petit miroir plan de forme variable, supporté par un manche,* miroir laryngien, *destiné à renvoyer sur le larynx les rayons lumineux, et servant à recevoir l'image des parties profondes inaccessibles à la vue directe.*

*M. Battaille reproche au miroir concave ordinaire de laisser perdre une quantité considérable de lumière, surtout lorsqu'on se sert de tout autre foyer lumineux que la lumière solaire, et il l'a remplacé par un appareil spécial composé de deux tubes emboîtés contenant deux lentilles biconvexes destinées à concentrer sur le pharynx la lumière de la lampe, dont on est souvent obligé de se servir, le soleil faisant trop souvent défaut.*

*S'observant lui-même, l'auteur recevait, sur un miroir plan placé devant lui, l'image dessinée sur le miroir laryngien.*

*Ces moyens lui ont permis de constater les phénomènes suivants :*

Sous l'œil de l'observateur, le larynx exécute des mouvements divers.

Les uns s'accomplissent en silence : ce sont ceux qui ont lieu pendant la déglutition et la respiration tranquille.

Les autres sont accompagnés d'un certain bruit, et ont lieu dans l'exscréation, la respiration accélérée, la toux.

Enfin les autres ont pour but et pour résultat de produire la voix humaine, avec le concours de l'air, soit par l'expiration, soit par l'inspiration.

Dans l'examen des faits j'établirai deux catégories : celle des *mouvements non phonateurs*, qui comprendra les mouvements silen-

---

modeste et un bien-être indépendant. Nous n'en demanderions pas davantage pour le corps médical;

.....bene est cui Deus obtulit
Parcâ quod satis est manu.

Hélas ! que ne pouvons-nous encore pratiquer la médecine et la chirurgie à la façon d'Esculape, qui faisait ses visites escorté d'un chien pour lécher les plaies et les ulcères, et d'une chèvre pour allaiter les poitrinaires!

A. LINAS.

*(La fin prochainement).*

— Une maladie grave sévissait parmi les soldats de Gaëte, soignés à Naples, la population avait cru voir là le développement du typhus pétéchial contagieux. Le docteur Rima, médecin en chef du cinquième corps d'armée, après un examen attentif, a reconnu qu'il ne s'agissait que d'une fièvre gastrique à forme typhoïde, telle qu'elle peut naître chez des individus débilités. Par le fait, la maladie s'est éteinte, grâce aux mesures prises contre l'encombrement, et sans s'être propagée aux soldats de l'armée italienne.

— Les élèves du doctorat de la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles se sont réunis le 5 mai à Boitsford, dans un banquet où la plus franche cordialité n'a cessé de régner.

Cette fête avait été provoquée par une discussion clinique où les opinions avaient été fort partagées : il s'agissait d'un diagnostic difficile, et pour arrêter une discussion inutile, le professeur avait proposé un pari accepté avec empressement. (*Presse médicale belge.*)

— M. le docteur Duban, médecin en chef de l'état-major fédéral suisse, est décédé à Avenches.

— M. Guiseppe Tagliabo, président du collége de médecine et de chirurgie, vient de mourir à Rome.

cieux et les mouvements avec bruit étranger au son vocal, et celle des *mouvements phonateurs.*

MOUVEMENTS NON PHONATEURS. — *Après s'être rendu compte de l'aspect général du larynx, aspect qu'il décrit longuement dans son mémoire, et après avoir acquis sur ses aryténoïdes un empire suffisant, l'auteur observe de quelle manière la glotte se comporte pendant la respiration. Lorsqu'elle est tranquille, régulière et profonde, voici quels mouvements ont lieu :*

Au commencement de l'inspiration, les aryténoïdes s'écartent en tournant sur eux-mêmes; leur sommet soulève et entraîne en dehors les replis épiglottiques, tandis que leurs apophyses, portant leurs extrémités en dehors et en haut, soulèvent et écartent les ligaments vocaux dans leur partie postérieure. A mesure que l'inspiration continue, la glotte demeure largement ouverte.

L'inspiration terminée, au moment où l'expiration commence, les aryténoïdes font un léger mouvement de retour sur eux-mêmes, puis s'écartent de nouveau pour laisser passer l'air expiré.

Vers la fin de l'expiration, si l'on augmente la force du courant d'air, l'ouverture de la glotte devient considérable, les ligaments vocaux sont apparents dans toute leur région sous-glottique, et l'on voit en arrière les apophyses aryténoïdes, fortement écartées, s'enfoncer dans la membrane vocale. A ce moment on peut parfaitement apercevoir la bifurcation des bronches.

Tous ces mouvements, faciles si l'on emploie la respiration diaphragmatique, deviennent moins aisés et moins complets si l'on emploie la respiration costale supérieure, ou si l'on accélère cette respiration de manière à simuler l'essoufflement.

Dans ces derniers cas, au moment de l'inspiration, les aryténoïdes, avant de s'écarter, se rapprochent et ne laissent passer l'air qu'avec un bruit sifflant bien connu.

Du reste, si dans ces expériences on ne pousse pas l'inspiration forcée jusqu'à l'occlusion du larynx, ou l'expiration jusqu'à l'effort, les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs et l'épiglotte n'exécutent que des mouvements à peu près nuls.

Il n'en est pas de même dans la déglutition. L'examen de cet acte physiologique demande beaucoup de patience et de soin, et doit être étudié par phases successives.

Tout d'abord les aryténoïdes en s'affrontant par toute l'étendue de leurs faces internes ferment la glotte avec énergie. Presque simultanément, les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs se rapprochent, entrent en contact et recouvrent complétement la glotte, pendant que l'épiglotte entraînée en arrière applique sa base, puis sa face inférieure sur les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs affrontés. A ce moment, la base de la langue recouvre le tout, et dérobe à l'œil le reste du mouvement, que complètent les constricteurs du pharynx.

Une occlusion pareille a lieu dans la toux, et l'on voit l'air soulever énergiquement les parties supérieures du dôme, et les séparer brusquement pour s'ouvrir un passage.

Même occlusion dans l'effort, où elle est complète, et dans l'exscréation, où elle laisse en arrière un passage très étroit aux mucosités chassées par l'air.

Pendant tous ces mouvements, on voit en arrière les muscles aryténoïdiens et les muscles aryténo-épiglottiques soulever et gonfler la muqueuse tout le long de leur trajet, ces derniers entraînant évidemment l'épiglotte en arrière.

MOUVEMENTS PHONATEURS.— Ces mouvements peuvent déterminer la voix, soit pendant l'inspiration, soit pendant l'expiration.

La voix habituelle ou *expiratoire* a deux manifestations désignées depuis longtemps sous les noms de *registre de poitrine* et de *registre de fausset*. L'anatomie et la physiologie repoussent également la dénomination de voix de tête, fort improprement appliquée au registre de fausset.

A. *Registre de poitrine.* — Tant que la glotte demeure largement ouverte, quelle que soit la violence du courant d'air qui la traverse, on n'obtient aucun son.

Mais, si l'on rapproche peu à peu l'un de l'autre les ligaments vocaux et qu'on les ébranle par un courant d'air énergique, on les voit, parvenus à une très petite distance l'un de l'autre, entrer en vibration et produire la voix dite *de poitrine*. Les sons ainsi obtenus, la glotte étant légèrement entr'ouverte dans toute sa longueur, sont étouffés et sourds.

Si le contact des lèvres de la glotte devient de plus en plus intime, l'éclat du son augmente.

Le point de départ une fois établi, je cherchai d'abord à constater le phénomène de la génération du son de poitrine dans son expression la plus simple. Pour cela, je fis passer un courant d'air, d'abord très faible, puis augmenté progressivement à travers la glotte, très légèrement ouverte dans toute sa longueur, en cherchant à produire, en voix de poitrine bien entendu, l'un des sons de l'échelle diatonique, *fa*². D'abord, je vis les aryténoïdes, écartés pour l'inspiration, soulever par leurs sommets la muqueuse et les ligaments aryténo-épiglottiques, se rapprocher en même temps qu'ils rapprochaient les lèvres de la glotte, de manière à laisser entre elles une fente étroite où plongeait mon regard. Les ligaments vocaux se soulevèrent et se tendirent à la fois dans leur région sous-glottique, dans leur région ventriculaire et dans leur bord libre. Parvenus à une très petite distance l'un de l'autre, les ligaments entrèrent en vibration dans toute leur étendue; seulement, les vibrations n'avaient pas partout la même amplitude.

Dans la région ventriculaire, les excursions de la membrane, moins visibles en dehors, devenaient de plus en plus sensibles à mesure que je les examinais plus près du bord libre des ligaments.

Le bord libre vibrait en plein; mais où les vibrations se manifestaient de la manière la plus évidente et la plus saisissable, c'était dans la région *sous-glottique*, immédiatement au-dessous du bord libre. Là, je vis de chaque côté la membrane vocale se soulever, comme la peau sous une ventouse, former un ventre arrondi qui venait à la rencontre d'un ventre opposé et semblable, s'y accolait, s'effaçait, puis se reformait, et ainsi de suite, chaque apparition des ventres correspondant évidemment à une vibration.

Plus le courant d'air était énergique, plus les ventres étaient volumineux. Confondus en haut avec le bord libre des ligaments vocaux, ils offraient leur partie la plus saillante vers le milieu de ces mêmes ligaments, c'est-à-dire plus près de la partie antérieure de la glotte que de la postérieure. De là ils allaient s'abaissant vers les extrémités glottiques par deux pentes d'inégale longueur.

Pendant cette expérience, il m'a semblé, sans que je puisse le prouver, que, dans la totalité de la membrane, les vibrations étaient isochrones.

Fixé désormais sur la génération des sons dans le registre de poitrine, je m'attachai à découvrir le mécanisme de l'élévation et de l'abaissement du son.

N'ayant plus besoin cette fois d'interroger la région sous-glottique, j'affrontai très légèrement les lèvres de la glotte, je fis passer entre elles un courant d'air très faible, et je séparai chaque son par une inspiration très courte.

Je commençai par les sons les plus graves de ma voix, et, à partir de l'*ut*¹, j'observai les phénomènes suivants : d'abord, les aryténoïdes s'affrontèrent par le tiers inférieur et postérieur de leurs faces internes. Les ligaments vocaux, très faiblement tendus, exécutaient des vibrations molles et amples, parfaitement saisissables dans le bord libre et la région ventriculaire. Les ventres sous-glottiques eux-mêmes devenaient parfaitement visibles, surtout si j'augmentais la force du courant d'air.

A mesure que je franchis les degrés supérieurs de l'échelle diatonique, écartant et accollant successivement les aryténoïdes à chaque expiration, je vis se reproduire les mêmes phénomènes, quoique d'une manière de moins en moins sensible; seulement, l'ouverture glottique se rétrécissait graduellement en arrière par l'accollement progressif des aryténoïdes, dont les faces internes, en s'affrontant de plus en plus pour chaque son, diminuaient peu à peu l'étendue de la surface vibrante.

Lorsque je fus parvenu à l'*ut*², les lèvres de la glotte, en s'affrontant davantage, me cachèrent les ventres vibrants; mais les

vibrations du bord libre et de la région ventriculaire demeurèrent très apparentes.

A ce moment, les apophyses aryténoïdes commencèrent à se mettre en contact par leurs extrémités ténues. En même temps, les ligaments vocaux présentèrent les traces d'une tension de plus en plus forte, tension qui devint très apparente lorsque les extrémités apophysaires se furent affrontées en entier. A ce moment-là, j'étais parvenu au *ré*[3].

Je continuai à élever le son.

Les vibrations devinrent de plus en plus rapides, la région ventriculaire diminua peu à peu en largeur, ce qui prouvait qu'elle était fortement tendue en longueur; la diminution en arrière de l'ouverture glottique devint de moins en moins perceptible, et il me sembla que la tension longitudinale me conduisait presque seule jusqu'au *fa*[3], limite extrême de ma voix.

Je dois consigner ici une remarque importante : avec un courant d'air faible comme celui que j'emploie dans l'expérience ci-dessus, chacun des sons est mince, faible quoique éclatant, et les vibrations membraneuses ont peu d'étendue. Si j'augmente la force du courant d'air, chaque son acquiert de l'intensité, un éclat plus grand, et l'étendue des vibrations augmente.

La contre-épreuve de l'expérience que je viens de décrire me donna des résultats identiques en sens inverse, c'est-à-dire qu'en redescendant avec les mêmes précautions l'échelle diatonique, je vis diminuer d'abord la traction antéro-postérieure et la traction ventriculaire, puis la glotte s'ouvrir progressivement en arrière, les ventres vibrants reparaître, et enfin les vibrations redevenir de plus en plus amples et molles jusqu'au point de départ.

Pendant cette expérience, et pendant toutes celles relatives aux sons de poitrine, les ventricules de Morgagni demeurent linéaires, et les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs ne prennent aucune part à la génération du son.

De la série d'observations faites sur le registre de poitrine, il résulte que, dans ce registre :

1° Les ligaments vocaux vibrent à la fois dans leur région sous-glottique, dans leur région ventriculaire et dans leur bord libre; c'est-à-dire dans toute leur étendue.

2° Les vibrations deviennent moins amples et plus rapides à mesure que le son devient plus aigu, le contraire ayant lieu à mesure que le son devient plus grave.

3° Pour aller du grave à l'aigu, la glotte se rétrécit sensiblement d'arrière en avant jusqu'aux limites suivantes : du *si*[2] au *ré*[3] chez les basses-tailles, du *mi*[3] au *sol*[3] chez les ténors, du *fa*[3] au *la*[3] chez les femmes. Le contraire a lieu en allant de l'aigu au grave à partir des mêmes limites. De plus, ces limites sont aussi celles des apophyses aryténoïdes en avant.

4° Pour aller du grave à l'aigu, les ligaments vocaux sont soulevés et tendus graduellement dans leurs trois régions; mais la tension la plus énergique a lieu dans le sens antéro-postérieur. Cette tension est plus forte que dans le registre de fausset.

5° A partir des limites tonales indiquées ci-dessus, l'agent principal de l'élévation du son m'a paru être la tension des ligaments vocaux; néanmoins, l'ouverture de la glotte continue encore à diminuer en arrière, mais imperceptiblement et d'une quantité minime.

6° Les aryténoïdes, en diminuant en arrière l'ouverture glottique, diminuent en même temps l'étendue de la surface vibrante.

7° On peut produire une certaine série de sons, la glotte étant ouverte dans toute sa longueur; mais cette série est bornée à la partie la plus grave de la voix, et les sons n'ont aucun éclat. L'affrontement des aryténoïdes est indispensable à l'éclat des sons et au parcours entier de l'échelle vocale.

8° La glotte demeure rectiligne, et les aryténoïdes s'affrontent par le tiers inférieur de leurs faces internes.

9° Les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs ne prennent aucune part à la génération du son.

10° Les ventricules de Morgagni demeurent linéaires.

11° Pour passer du grave à l'aigu, le vestibule de la glotte se rétrécit dans toutes ses dimensions. Ses parois se redressent et deviennent moins concaves, sa profondeur diminue beaucoup dans la voix claire, moins dans la voix sombre. Le contraire a lieu en revenant de l'aigu au grave.

B. *Registre de fausset.* — Ainsi que je l'avais fait pour le registre de poitrine, je cherchai à découvrir les phénomènes généraux du registre de fausset avant de passer à l'examen des mouvements qui permettent au larynx de parcourir, avec ce registre, l'échelle vocale.

Les chanteurs exercés savent que l'on peut faire entendre alternativement le même son en voix de poitrine et en voix de fausset, à l'aide d'un courant d'air non interrompu.

Je me suis servi de ce procédé pour étudier les modifications glottiques inhérentes, en général, au registre de fausset. Je tiens la glotte légèrement affrontée en arrière, et à l'aide d'un courant d'air énergique, je produis en voix de poitrine le son *mi* bémol[3].

Les aryténoïdiens sont rapprochés en arrière dans toute la longueur de leurs apophyses et par le tiers inférieur de leurs faces internes, les ligaments vocaux vibrent en plein, les ventres vibrants sont formés, la glotte est rectiligne. Tout à coup, et sans interrompre le courant d'air, je passe à la voix de fausset toujours avec le son *mi* bémol[3].

Alors se produit la série suivante de phénomènes. D'abord l'ouverture de la glotte devient subitement elliptique et augmente en arrière; simultanément les ventres vibrants disparaissent, quelle que soit l'intensité du courant d'air, *pourvu toutefois que celui-ci ne soit pas assez fort pour amener le registre de poitrine;* la tension longitudinale diminue, et la région ventriculaire des ligaments est comme sollicitée de dedans en dehors par une traction latérale; du reste, cette région ventriculaire et le bord libre continuent à vibrer très sensiblement quoique avec des excursions moins amples que dans le registre de poitrine; les aryténoïdes ont entr'ouvert leurs bases et rapproché leurs sommets; les ligaments aryténo-épiglottiques sont tendus plus que pour le son de poitrine; les cartilages de Santorini se pressent fortement l'un contre l'autre, et l'on voit la muqueuse se gonfler derrière eux, puis sur le bord externe de l'aryténoïde et jusque sur la face externe des parois du vestibule de la glotte. En même temps, la face externe de ces parois s'aplatit dans toute son étendue, et j'ai même vu, chez moi, se tendre la muqueuse au fond de l'espace vide situé entre les faces externes des parois vestibulaires et la face interne correspondante du thyroïde.

L'air contenu dans ma poitrine étant épuisé, je le renouvelle, et je recommence l'opération en sens inverse.....

*M. Bataille signale ensuite un phénomène très remarquable, c'est que les ligaments vocaux sont, dans la voix de fausset, tendus non-seulement suivant leur longueur, mais aussi suivant leur largeur, et il rapporte les expériences qui lui ont prouvé directement la réalité de ce fait important.*

*Après avoir observé et classé les phénomènes survenus pendant la production du registre de fausset, pour un son unique, il poursuit les modifications de ce phénomène, alors que la voix parcourt les divers degrés de l'échelle diatonique à partir toutefois de si bémol*[1]*, car, au-dessous, l'auteur reconnut qu'il lui était impossible de produire la voix de fausset.*

*Résumant toutes les observations relatives au registre de fausset, il conclut pour ce registre, que :*

1° Les ligaments vocaux vibrent seulement dans leur bord libre et leur région ventriculaire, leur région sous-glottique cessant de vibrer d'une manière efficace.

2° Les vibrations deviennent moins amples et plus rapides à mesure que le son devient plus aigu, le contraire ayant lieu à mesure que le son devient plus grave.

3° La glotte prend une forme elliptique plus ou moins sensible, suivant les sujets, la nature des voix et leurs aptitudes, la gravité ou l'acuité des sons.

4° Pour aller du grave à l'aigu, la glotte se rétrécit d'arrière en avant jusqu'aux limites tonales suivantes : du *fa*[3] au *la*[3], chez les basses-tailles; du *sol*[3] au *si*[3], chez les ténors; et du *ré*[4] au *fa*[4].

chez les femmes ; le contraire ayant lieu pour aller de l'aigu au grave, à partir des mêmes limites. De plus, ces limites sont en même temps celles des apophyses aryténoïdes.

5° Pour aller du grave à l'aigu, les ligaments vocaux sont tendus graduellement dans leur bord libre et dans leur portion ventriculaire ; la tension principale a lieu dans le sens antéro-postérieur, et est moindre que dans le registre de poitrine ; pour aller de l'aigu au grave la tension diminue.

6° A partir des limites tonales ci-dessus indiquées, l'agent principal de l'élévation du son m'a paru être la tension ligamenteuse antéro-postérieure, aidée d'une faible diminution de l'ouverture glottique en arrière.

7° Les aryténoïdes, cause de la diminution de l'ouverture glottique jusqu'aux limites tonales indiquées, diminuent en même temps en arrière l'étendue de la surface vibrante. L'accolement de ces cartilages est presque nul dans le tiers inférieur de leurs faces internes, tandis qu'il est très marqué depuis leur sommet jusque un peu au-dessous du bord supérieur de leurs apophyses.

8° Les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs ne prennent aucune part à la génération du son. Ils vibrent plus facilement que dans le registre de poitrine, et seulement dans les sons puissants.

9° L'entonnoir ou vestibule de la glotte diminue dans toutes ses dimensions, plus dans la voix claire, moins dans la voix sombre ; la paroi postérieure se redresse ainsi que les parois latérales : sur la surface externe de celles-ci, on peut voir la muqueuse soulevée et tendue jusqu'au fond de l'espace libre que j'ai signalé entre cette surface et la moitié thyroïdienne correspondante. Les ligaments épiglottiques sont plus tendus que dans la voix de poitrine, et sollicités en bas.

10° Les sons inférieurs du registre de fausset naissent pendant que la glotte intercartilagineuse est largement ouverte, et n'ont que très peu ou pas d'éclat. C'est seulement à partir du moment où l'affrontement aryténoïdal augmente que le registre de fausset acquiert tout l'éclat dont il est susceptible.

*Après avoir étudié ce qui se passe dans le tolle, le son filé, l'auteur résume ainsi les observations laryngoscopiques relativement aux mouvements phonateurs dans les registres de poitrine et de fausset.*

A. — *Phénomènes communs aux deux registres :*

1° La génération du son vocal n'a jamais lieu sans que les ligaments vocaux soient tendus et sans qu'ils vibrent en totalité ou en partie.

2° La rapidité des vibrations est en raison directe de la tension membraneuse.

3° L'amplitude des vibrations est à la fois, en raison inverse de la tension, en raison directe de l'intensité du courant d'air et en raison directe de l'étendue de la surface vibrante.

4° La tension membraneuse est en raison inverse de l'intensité du courant d'air, et en raison directe du degré d'occlusion de la glotte, en arrière pour un son donné.

5° L'occlusion de la glotte en arrière peut augmenter graduellement jusqu'un peu au delà des extrémités antérieures des apophyses aryténoïdes.

6° Son étendue est en raison directe de l'élévation du son ; son énergie est en raison directe de l'intensité du courant d'air.

7° Cette occlusion est très manifeste jusqu'à certaines limites tonales qui correspondent aux limites antérieures des apophyses aryténoïdes.

8° A partir du moment où les apophyses aryténoïdes se sont affrontées dans toute leur longueur, l'agent principal de l'élévation du son est la tension longitudinale. L'occlusion de la glotte en arrière est beaucoup moins apparente.

9° L'occlusion postérieure de la glotte est indispensable à l'état et à l'élévation du son. Néanmoins on peut produire une certaine série de sons, la glotte étant ouverte dans toute sa longueur, mais cette série est limitée à la partie la plus grave de l'échelle vocale, et les sons n'ont aucun éclat.

10° Pour un son donné, le degré d'occlusion de la glotte en arrière est en raison inverse de l'intensité du courant d'air.

11° Les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs ne prennent aucune part à la génération du son, et les ventricules de Morgagni demeurent linéaires.

B. — *Phénomènes particuliers au registre de poitrine.*

1° Les ligaments vocaux vibrent dans toute leur étendue.

2° La tension longitudinale est, en général, plus forte que dans le registre de fausset.

3° L'ouverture de la glotte est rectiligne.

4° Les aryténoïdes s'affrontent principalement par le tiers inférieur de leurs faces internes.

5° Les parois du vestibule de la glotte sont moins tendues que dans la voix de fausset.

C. — *Phénomènes particuliers au registre de fausset.*

1° La région sous-glottique des ligaments vocaux cesse de prendre une part directe à la génération du son, et les vibrations n'existent plus efficacement que dans la région ventriculaire et dans le bord libre de ces mêmes ligaments.

2° La tension longitudinale est, en général, plus faible que dans le registre de poitrine.

3° L'ouverture de la glotte prend une forme plus ou moins elliptique, suivant la nature de la voix, la grosseur et la densité des ligaments vocaux.

4° Les aryténoïdes s'affrontent principalement par les deux tiers supérieurs de leurs faces internes.

5° Les parois de la glotte sont plus redressées et aplaties que dans le registre de poitrine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

Ténias expulsés par une émulsion de semences de citrouille. — Observation présentée à la Société de médecine de Paris par le docteur Rigaud, dans la séance du 5 avril 1861.

Au mois d'août dernier (1860), je lisais dans la Gazette de l'Algérie qu'un de nos confrères de l'armée, le docteur Farneau, venait d'employer avec succès contre le ténia une émulsion de semences de citrouille. Notre confrère, atteint d'un ténia qui avait résisté à toutes les médications habituellement mises en usage pour l'expulsion de cet helminthe, s'était radicalement guéri au moyen de l'administration d'une émulsion de semences du *Cucurbita pepo*, remède, dit-il, aujourd'hui vulgaire dans les environs de Bordeaux. Cette guérison me parut d'autant plus intéressante qu'à cette époque, j'avais, dans ma clientèle, une dame qui, depuis deux ans, était tourmentée par la présence de ce parasite, contre lequel tous les remèdes connus avaient été mis en usage, sans aucun résultat ; elle rendait des fragments nombreux et plus ou moins longs ; elle en trouvait constamment dans son lit et ses vêtements, mais c'était tout : le but n'était pas atteint.

A l'époque dont je parle, c'est-à-dire au mois d'août 1860, cette dame présentait les symptômes suivants :

L'haleine était fétide ; il y avait des éructations fréquentes ; l'abdomen se distendait parfois, de façon à faire croire à une affection organique d'un des viscères contenus dans cette cavité ; d'autres fois, au contraire, son volume paraissait moindre que dans l'état normal ; tantôt vif désir de prendre certains aliments, puis tout à coup dégoût invincible pour ces mêmes aliments ; toujours digestions lentes et difficiles ; constipation alternant avec de la diarrhée, plus souvent de la diarrhée ; douleurs vagues dans le ventre ; sensation de piqûre à l'épigastre ; la pupille souvent dilatée, à ce point que la malade a des troubles de la vision et craint de perdre la vue ; point de prurit aux fosses nasales ni à l'anus, mais bien à la vulve, ce qui oblige à des frottements prolongés occasionnant de légères érosions. Chez cette dame, qui est âgée de trente-quatre ans, qui est brune, qui a eu une bonne santé et une

solide constitution, qui a eu deux enfants qui eux-mêmes se portent bien, il y a un amaigrissement considérable; la face a pris une teinte pâle et jaune, surtout autour des paupières inférieures; la faiblesse est extrême; il y a une grande tristesse et beaucoup d'éloignement pour toute espèce de mouvement et même de distraction.

Tous ces accidents, légers dans le principe, ont été en augmentant, surtout depuis quatorze mois environ, après un accouchement naturel à terme. Pendant la grossesse, le parasite l'a laissé tranquille; c'est à peine si, dans les premiers mois, quelques fragments ont été rendus.

Depuis deux ans, époque à laquelle avaient été expulsés quelques morceaux de ténia, j'avais employé tous les ténifuges connus; j'avais commencé par l'écorce de racine de grenadier sèche, puis fraîche, puis étaient venus le kousso, puis la fougère mâle, l'huile de Dippel, l'huile de térébenthine, le remède de Chabert, l'asafœtida, les pilules de Bremser (*aloès et tanaisie*), le tout sans succès; en désespoir de cause, elle avait usé du remède dit d'Empren, remède secret exploité actuellement par un officier de santé des Batignolles; ce remède était, comme les autres, resté sans résultat.

Sans avoir une très grande confiance dans cette émulsion que vantait notre confrère de l'armée, je fis part à ma malade de ce que je venais de lire, et je lui proposai d'essayer cette médication si simple, si facile; je n'eus pas besoin d'insister pour qu'elle y consentît.

Je suivis en tout point les indications de notre confrère. La veille, diète sévère et administration de 40 grammes d'huile de ricin. L'huile de ricin occasionne plusieurs selles et la sortie de quelques fragments de ténia. Le lendemain, 40 grammes de semences de citrouille mondées de leur pellicule, pilées dans un mortier avec quantité suffisante de sucre; sur cette pâte, la valeur d'une tasse de lait, et le tout avalé par la malade. Deux heures après, 40 grammes d'huile de ricin.

Je le répète, je doutais du succès, et ma confiance n'était pas robuste à l'endroit d'un tel médicament, quand j'avais mis en usage tant de remèdes énergiques qui n'avaient eu aucun succès, et j'attendais avec impatience pourtant, quand, huit jours après avoir pris cette émulsion, ma malade rendit sans douleur, sans colique aucune, un paquet ou plutôt une espèce de peloton de la grosseur d'un petit œuf; je le déroulai avec une précaution infinie, avec un soin extrême, et j'arrivai à une partie se rétrécissant de plus en plus et devenant presque filiforme. Je m'armai d'une bonne loupe, et je découvris le *scolex* et ses crochets.

Il y a sept mois que j'ai employé cette médication; il y a sept mois que ma cliente a repris appétit, embonpoint, et que tous les symptômes qui avaient occasionné chez elle presque un dégoût de la vie ont complétement disparu. Depuis le mois de décembre 1860, elle a quitté Paris, et il n'y a pas longtemps qu'elle m'écrivait que sa santé était excellente, que ses forces étaient revenues, que, par le temps froid et rigoureux, elle pouvait sans fatigue faire de longues courses; que les digestions étaient bonnes, et qu'elle n'avait pas rendu le plus petit fragment du parasite qui l'a tourmentée pendant de si longs mois; qu'enfin, elle se considérait comme entièrement guérie.

Cette observation, si elle était unique, n'aurait certes pas une grande valeur, et le moyen thérapeutique employé pourrait être fort contestable; mais, venant s'ajouter au fait personnel de notre confrère et à d'autres faits qu'il a publiés depuis, elle vient confirmer la bonté de la médication mise en usage par le docteur Farneau.

Je crois important cependant de continuer l'expérimentation, d'appeler l'attention du corps médical sur ce remède, et je me propose de ne pas manquer de l'employer de nouveau à la première occasion.

Il est d'autant plus avantageux qu'il n'a rien de dégoûtant, qu'il se prend avec facilité, avec plaisir même, et n'a rien de repoussant comme l'écorce de racine de grenadier, le kousso et les autres ténifuges.

Je dois ajouter que le remède préconisé par notre confrère n'est pas nouveau, comme on pourrait le croire. Mérat et De Lens, dans leur DICTIONNAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE, signalent les semences du *Cucurbita pepo* comme ténifuges, et s'expriment ainsi :

« M. le docteur Hoaran nous a rapporté qu'à l'île de France on » donnait les semences d'un cucurbitacé à chair comestible, qu'il » assure être une variété plus petite que notre potiron, contre le » ténia. On mêle deux onces de ces semences écorcées dans une » chopine d'eau que l'on fait prendre au malade en une seule fois, » et deux heures après on lui donne deux onces d'huile de ricin; » il assure que ce moyen est infaillible. »

Si à Saint-Maurice ce remède obtenait des succès il y a plus de trente-cinq ans, ce ne serait plus aujourd'hui que du vieux neuf : il est bon cependant de faire ou plutôt de continuer l'administration de ce remède, puisqu'il a eu et qu'on peut avoir des résultats avantageux : un médicament tombé dans l'oubli peut être un bon remède (1).

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

COMITÉ SECRET. — La commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place d'associé étranger vacante par suite du décès de M. *Tiedemann* présente la liste suivante :

En première ligne : M. *Liebig*, à Munich.

En deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. *Agassiz*, à Boston; *Airy*, à Greenwich; *Bunsen*, à Heidelberg; *De la Rive*, à Genève; *Martius*, à Munich; *Murchison*, à Londres; *Steiner*, à Berlin; *Struve*, à Pulkowa; *Wohler*, à Göttingue.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État adresse une ampliation du décret par lequel l'élection de M. *Reynal* est approuvée.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Reynal* prend séance.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Deux rapports, l'un de M. le docteur *Balme*, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1860 à Saint-Julien-Chapteuil (Haute-Loire); l'autre, de M. le docteur *Haime* (de Tours), sur une épidémie d'angine à Neuillé en 1860. — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département de la Charente-Inférieure. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Caillat* sur les effets thérapeutiques des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Chabrand* sur le service médical des eaux minérales de Monestier (Hautes-Alpes) en 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur une nouvelle préparation du proto-iodure de fer, par M. *Véau*, pharmacien à Lyon. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b*. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Briau*. (*Accepté.*)

M. *Larrey*, au nom de M. *Tholozan*, médecin du schah de Perse, offre en hommage un *Traité de palpation, de percussion et d'auscultation*, écrit en langue persane.

M. *Gavarret* présente, de la part de M. *Harker*, un nouvel appareil *gazogène*.

(1) Nous publierons le rapport fait sur ce travail à la Société de médecine par M. Duparcque. — Voir, en attendant, une note de M. Soubeiran (*Gaz. hebd.*, n° 14, p. 211).

M. *Depaul* dépose sur le bureau un exemplaire d'un discours prononcé par M. le docteur *Rey* dans la séance publique de la Société impériale de médecine de Bordeaux, et intitulé : *Des droits et des devoirs réciproques de la société civile et de l'art médical.*

M. *le Président* fait part à l'Académie du décès de M. le docteur *Lemazurier*, membre correspondant à Versailles.

*Lectures et Rapports.*

PLESSIMÉTRISME. — M. *Piorry* lit un rapport concernant un mémoire de M. le docteur *Cros*, ayant pour titre : *Sur un progrès réalisé dans l'étude et la pratique de la percussion médiate par une modification du plessimètre.*

Les avantages que M. Cros attribue au nouveau plessimètre sont les suivants : 1° il est moins lourd et moins volumineux que les plessimètres ordinaires ; 2° il a une forme plus convenable ; 3° il est plus portatif ; 4° il permet de rendre plus facile la limitation des organes, et il donne des résultats plus précis, plus clairs et plus certains que les plaques larges.

M. Piorry reconnaît, en effet, que le plessimètre de M. Cros réunit toutes les qualités que lui attribue son inventeur, et il termine son rapport en proposant à l'Académie :

1° D'adresser des remercîments à M. Cros ; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. *Bousquet* demande la parole pour la prochaine séance.

M. *Barth*, qui faisait partie de la commission avec M. *Piorry*, déclare ne pas souscrire à toutes les opinions développées dans le rapport.

M. *le Président* fait remarquer qu'il y a quelque chose d'insolite et d'irrégulier dans la présentation d'un rapport dont la teneur n'a pas été préalablement adoptée par la majorité de la commission.

Après quelques réflexions échangées entre MM. *Barth*, *Chatin*, *Devergie* et *Piorry*, l'Académie, sur la proposition de M. *Gibert*, *décide que*, le rapport étant l'œuvre isolée de M. Piorry, il y a lieu de renvoyer de nouveau le mémoire de M. Cros à l'examen de la commission.

CHIRURGIE. — M. *Gosselin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Robert* et *Malgaigne*, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Bourguet* (d'Aix), intitulé : *De l'uréthrotomie externe par section collatérale et par l'excision des tissus pathologiques dans les cas d'oblitération ou de rétrécissement infranchissable de l'urèthre.*

Le travail de M. Bourguet renferme la relation de deux opérations insolites d'uréthrotomie, exécutées en 1856 et 1857 dans deux cas de rétrécissement infranchissable, où le procédé de la dilatation avait été reconnu absolument impraticable.

M. Bourguet a eu recours à l'uréthrotomie externe qu'il nomme *par section collatérale*, pour un rétrécissement occupant la région membraneuse et de nature cicatricielle, accompagné de plusieurs fistules périnéales qui laissaient passer toute l'urine.

Ce procédé ne diffère de l'opération dite *de la boutonnière*, qu'en ce qu'on laisse de côté la portion rétrécie ou oblitérée de l'urèthre, et qu'on la remplace par une portion nouvelle qui se creusera au milieu des parties molles du périnée. Une sonde étant placée dans l'urèthre, le canal est incisé sur la sonde au-devant, puis en arriere de l'obstacle. Une sonde est placée à demeure dans la vessie ; elle suit dans la portion périnéale de son parcours la plaie elle-même, c'est-à-dire une surface sanglante dont un des côtés est constitué par l'ancienne portion, actuellement oblitérée, du conduit.

Au bout de trois mois, le malade soumis à cette opération urinait facilement par la voie naturelle ainsi restaurée et ne conservait plus au périnée qu'une très petite fistule laissant couler peu d'urine.

A propos de ce fait, M. Bourguet rappelle les exemples d'opérations analogues pratiquées par Ledran, Ant. Dubois, Levanier (du Havre), et par MM. Arlaud (de Rochefort), Verneuil et Beauchet (Thèse de M. Andrade, *Sur les rétrécissements infranchissables, et leur traitement par l'uréthrotomie externe sans conducteur*. Paris, 1859.) Seulement la plupart de ces auteurs ont publié leurs résultats sans s'expliquer nettement sur la question de savoir s'ils avaient réellement ouvert le rétrécissement ou s'ils l'avaient laissé de côté. M. Bourguet a donc surtout le mérite d'avoir formulé catégoriquement un procédé qu'on exécutait sans trop s'en rendre compte.

Si M. Bourguet avait poussé plus loin ses recherches bibliographiques, il aurait trouvé que son opération avait été indiquée, à propos des autoplasties uréthrales par Aug. Bérard (art. URÈTHRE du *Dictionnaire* en 30 volumes), et par M. Jobert (de Lamballe) dans sa *Chirurgie plastique*. Il aurait trouvé encore deux observations du même genre communiquées à l'Académie par M. Gaillard (de Poitiers).

La deuxième opération de M. Bourguet consiste dans l'excision du rétrécissement. Il l'a pratiquée deux fois, dans des cas où il existait au niveau de la portion rétrécie une induration tellement épaisse et volumineuse, que la formation d'un nouveau conduit par la section collatérale paraissait devoir être impossible. La masse calleuse étant retranchée avec des ciseaux, une sonde fut placée à demeure dans la vessie, et c'est autour d'elle que se forma le nouveau canal par le rapprochement des deux bouts de l'urèthre et par le bourgeonnement de la plaie.

Le succès fut complet dans le premier cas ; et, dans le second, le malade succomba au bout de vingt jours, à une infection purulente.

M. Bourguet rappelle encore à cette occasion que des opérations du même genre ont été pratiquées avant lui par MM. W. Henri Robert et J. Roux.

L'auteur signale comme une des difficultés des opérations qu'il décrit, la recherche du bout postérieur de l'urèthre. M. Gosselin, après avoir exposé sommairement les procédés imaginés et proposées pour atteindre ce but par MM. Voillemier, Chassaignac, Guersant, Demarquay et Gaillard (de Poitiers), incline à donner la préférence à la section de l'urèthre faite au moyen du guide fourni par les fistules et par l'urine, réservant la ponction de la vessie et la recherche par le col vésical pour les cas où le rétrécissement serait compliqué d'une rétention d'urine, et le procédé de M. Gaillard (incision de l'espace recto-prostatique), pour les cas où les moyens précédents seraient absolument inapplicables.

Une autre question est de savoir si, après les opérations proposées par M. Bourguet, il convient mieux de rechercher la cicatrisation par première intention ou de laisser suppurer. M. Gosselin, considérant que la restauration après suppuration est démontrée, et que la réunion par première intention est pour ainsi dire impossible, opte en faveur de la non-réunion immédiate et de la suppuration.

Maintenant, quelle est la valeur et quel est l'avenir de l'urèthre ainsi reconstitué ? Les observations publiées jusqu'à ce jour sont malheureusement insuffisantes pour résoudre cette question.

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments à M. Bourguet ; — 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

M. *Robert* s'associe aux éloges donnés au travail de M. Bourguet.

Mais il ne voit pas de motifs suffisants pour rejeter le procédé ordinaire d'uréthrotomie externe en faveur du procédé par section collatérale. Le principe qui domine l'opération habituelle est fondamental et mérite qu'on ne l'abandonne pas. Il consiste, comme on le sait, à pratiquer la boutonnière à travers les tissus normaux. Avec le procédé de M. Bourguet, il arrivera quatre fois sur cinq que le canal restauré présentera une incurvation, un changement de direction permanent qui rendra plus ou moins difficile toute tentative ultérieure de cathétérisme, si elle devenait nécessaire.

Le second procédé de M. Bourguet diffère plus encore des procédés ordinaires. Il consiste à exciser les parties compromises de l'urèthre dans les cas de fistules urinaires périnéales calleuses. La cicatrisation simple à laquelle tend M. Bourguet sera souvent compromise par l'hémorrhagie et la nécessité de l'emploi des hémostatiques.

Enfin, dans les cas où les fistules s'ouvrent dans le rectum ou à la marge de l'anus, les procédés préconisés par M. Bourguet deviennent inapplicables.

M. Robert saisit cette occasion pour mentionner un cas de rétrécissement infranchissable auquel il a remédié en arrivant dans la vessie à l'aide d'une sonde à dard. Toutefois, il n'hésite pas à considérer ce procédé comme téméraire, et il ne veut pas en préconiser l'emploi.

M. *Gosselin* cherche à expliquer la pensée de M. Bourguet, qui ne paraît pas avoir été parfaitement saisie par M. Robert. M. Bourguet n'a pas prétendu apporter une réforme radicale dans l'uréthrotomie, et surtout il n'abandonne pas les principes généralement adoptés. Il pose seulement quelques préceptes plus formels relatifs à certains cas difficiles, et particulièrement à ceux où l'urèthre est complétement effacé et oblitéré dans une certaine étendue de son trajet, et où il est impossible de trouver les traces de ce canal.

M. *Malgaigne*. La vraie loi est de chercher l'urèthre et de pratiquer l'incision dans les tissus sains; ce n'est qu'alors qu'on ne trouve pas ce canal qu'il faut aller à la recherche des deux bouts.

M. *Laugier* ne trouve pas une différence radicale entre l'opération décrite par M. Bourguet et le procédé déjà proposé par M. Gaillard (de Poitiers).

Comme M. Gosselin, il estime qu'il est bon que la plaie suppure, et à ce propos il cite l'observation d'un malade chez lequel un rétrécissement infranchissable avec fistules urinaires a guéri seul après une suppuration de six mois.

M. *Gosselin* tient à établir que M. Bourguet n'a présenté ses deux procédés que comme insolites et applicables seulement dans les cas exceptionnels, où la continuité de l'urèthre échappe à toute tentative de cathétérisme.

M. *le Président* propose, au nom du bureau, d'adjoindre M. *Beau* à MM. Barth et Piorry pour l'examen du mémoire de M. Cros, que l'Académie vient de renvoyer à la commission déjà nommée. (*Adopté.*)

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 17 MAI 1861.

Rapport de présentation du docteur Cavasse, par M. Jacquemain.

Scrutin d'élection.

Communications diverses.

---

### Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

M. *Vulpian* lit un travail intitulé : *Note sur l'anatomie pathologique des granulations grises*. L'auteur rappelle, dans un historique succinct, que, dès le temps de Bayle et de Laennec, deux opinions ont été formulées sur la nature des granulations grises : selon le premier, ces produits étaient considérés comme différents du tubercule, et il y avait lieu d'admettre une phthisie granuleuse distincte de la phthisie tuberculeuse; selon le second, la granulation grise n'était que la première phase du développement des tubercules. Les travaux des auteurs subséquents parurent donner gain de cause à Laennec; mais les travaux des micrographes remirent la question en cause. L'examen histologique signalant entre ces produits des différences de structure très notables, on revint aux idées de Bayle, et M. Ch. Robin particulièrement (Voy. Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés*, 2e édition, p. 241, 405 et suiv., et Robin et Lorain, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1854), ainsi que M. Vulpian lui-même dans un premier travail (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1856), soutinrent la distinction du tubercule cru et de la granulation grise. Des études subséquentes ont amené M. Vulpian à modifier entièrement ses premières opinions, et l'ont fait revenir à la manière de voir de Laennec, qui du reste a été celle qu'ont adoptée à l'étranger MM. H. Bennett et Virchow, et en France M. Luys, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1857).

Les auteurs qui se sont occupés de cette question anatomo-pathologique depuis Laennec, Bayle, M. Louis, etc., avaient observé des granulations grises dont la partie centrale commençait à revêtir les caractères du tubercule cru. C'est à l'étude histologique attentive de ces produits de transition que M. Vulpian s'est attaché, après avoir bien déterminé les caractères des granulations grises au début.

La granulation grise, perlée, demi-transparente, est constituée par des éléments constants et des éléments adventices. Les éléments *constants* sont : 1° une matière amorphe finement granuleuse, formant comme la gangue de la production morbide et semée de très petits nucléoles protéiques et de granulations graisseuses d'un très petit diamètre. Si ces granulations ne font pas partie absolument nécessaire du tubercule perlé, leur présence est tellement constante au milieu de la matière amorphe qu'on peut les y considérer comme un élément normal; 2° des noyaux de 3 à 12 millièmes de millimètre, arrondis ou elliptiques, avec ou sans nucléoles, dont les dimensions varient suivant l'âge de leur évolution; la plupart des noyaux sont libres, mais d'autres sont encellulés; 3° des éléments du tissu conjonctif, noyaux elliptiques, corps fusiformes ou fibrilles du tissu élastique. Les éléments *accidentels* ou *adventices* que l'on trouve dans les granulations grises sont : 1° des granulations graisseuses, dont la multiplication coïncide en général avec le passage de la granulation à l'état opaque; 2° des cellules épithéliales plus ou moins altérées ou des granulations pigmentaires provenant des tissus dans lesquels se développent les granulations ; 3° un vaisseau simple ou ramifié dont la lumière au début n'est pas sensiblement rétrécie ; 4° enfin, des tubes nerveux, des tubules rénaux, des glomérules de Malpighi, ou autres éléments des tissus voisins englobés dans la production pathologique.

Pour étudier le lieu d'origine et l'évolution de ces produits, M. Vulpian a eu soin d'écarter ceux qui se sont développés dans des viscères ou dans des parenchymes complexes, pour observer surtout ceux qui apparaissent dans les membranes, comme la plèvre, le péritoine, l'arachnoïde et la pie-mère. Dans ces conditions, la granulation grise lui a semblé naître constamment par une multiplication des éléments du tissu conjonctif.

La présence du tissu conjonctif dans les parois des petits vaisseaux paraît prédisposer ceux-ci à devenir le lieu d'origine des granulations grises, mais on en trouve aussi dans des points privés de vaisseaux. On ne peut affirmer que le tissu conjonctif soit la source exclusive des granulations grises, mais c'est certainement la plus commune. Dans les viscères, les parenchymes, on retrouve partout le tissu conjonctif; aussi l'opinion de M. Vulpian est que, dans ces organes, la granulation grise a le même point de départ. L'identité de structure des granulations plaide en faveur de cette manière de voir. Les éléments adventices qu'on y rencontre varient, au contraire, suivant l'organe dans lequel elles se sont développées. Quant au travail particulier qui produit les granulations, on ne peut encore rien affirmer à ce sujet.

La matière amorphe précède-t-elle ou suit-elle la production des noyaux, des cellules, des granulations graisseuses? Il a été impossible jusqu'ici de saisir sur le fait le mode suivant lequel se produit cette abondante genèse d'éléments cellulaires. Les lois générales du développement, appliquées par les anatomo-pathologistes modernes, et par Virchow en particulier, au développement des produits morbides, autorisent à considérer la production des granulations tuberculeuses comme le résultat d'une prolifération des éléments normaux du tissu conjonctif. La matière amorphe est-elle un blastème exsudé par les vaisseaux? M. Vulpian pense-

rait plutôt qu'elle est formée aux dépens des liquides qui imbibent partout le tissu conjonctif dans les points qui sont le siége de l'irritation spéciale à laquelle est dû le développement des granulations grises.

Une fois la granulation grise produite, elle subit une évolution qui va changer ses caractères. Les granules graisseux s'y multiplient, et en même temps la transparence, l'aspect perlé sont remplacés par une opacité croissante et une couleur jaunâtre. Le microscope révèle ce commencement de transformation dans des granulations grises qui paraissent encore perlées à l'œil nu, et dès lors on peut étudier tous les degrés intermédiaires. Quand le tubercule est parvenu à la période de crudité, il est assez difficile de reconnaître les éléments primitifs de la granulation grise, mais les réactifs permettent de reconnaître les noyaux sphéroïdaux ou elliptiques et les fragments des cellules; la matière amorphe paraît se fragmenter facilement en particules irrégulières. A cette période, l'étude du tubercule rentre dans les descriptions ordinaires des histologues. Malgré quelques différences peu importantes de consistance et de volume, on doit reconnaître que les éléments propres des granulations grises sont toujours les mêmes, et que les variétés sont dues au plus ou moins de mélange avec les éléments adventices.

On a prétendu que les tubercules crus pouvaient commencer à se montrer dès le début avec l'aspect opaque et jaunâtre, et l'on y a vu la preuve de la distinction à établir entre les véritables tubercules et les granulations grises. Cette différence n'existe pas, selon M. Vulpian, puisqu'on vient de voir les transitions par lesquelles la granulation se transforme en tubercule. Mais cette première phase est-elle nécessaire? Le tubercule cru a-t-il toujours existé d'abord à l'état perlé? Il est certain que, dans certains cas de tuberculisation aiguë disséminée, tous les grains tuberculeux que l'on observe dans les différents organes apparaissent à l'état de crudité, quelle que soit leur petitesse; mais cela prouve seulement que, sous l'influence des prédispositions héréditaires, de la diathèse scrofuleuse ou de causes analogues, l'évolution du produit morbide a été plus rapide, et une recherche plus attentive ferait sans doute découvrir les produits de transition et les granulations primitives. Ainsi l'histoire des granulations ne peut être séparée de celle des tubercules; quelques amas d'épithélium, signalés par M. Robin comme simulant des granulations, ne doivent être considérés que comme des exceptions.

Des études de M. Vulpian, il résulte que les éléments de ces granulations sont des éléments du tissu conjonctif multipliés à l'excès et plus ou moins altérés. Ce ne sont pas des éléments spéciaux originairement hétéromorphes. Les granulations ne sont pas un produit distinct du tubercule, et l'on ne peut s'appuyer sur l'anatomie pathologique pour créer dans le cadre nosologique une place spéciale pour ces produits, et admettre des phthisies, des péritonites, des méningites granuleuses différentes des phthisies, péritonites ou méningites tuberculeuses. Au point de vue clinique, il y a une maladie à part, la tuberculisation générale aiguë, où l'on trouve des granulations grises dans la plupart des viscères; mais, au point de vue anatomique, cette maladie n'a pas d'existence distincte, et l'on peut ne la considérer que comme une des formes sous lesquelles se manifeste la diathèse tuberculeuse.

M. *Roger* exprime, à propos de cette intéressante communication, sa satisfaction de voir les vues cliniques de Laennec confirmées par l'histologie. Pour son compte, il n'a jamais cru qu'on dût admettre des méningites, des péritonites granuleuses distinctes des maladies tuberculeuses. Dans les cas de méningite granuleuse, il a toujours trouvé en même temps que des granulations grises, des tubercules opaques, si ce n'est dans les méninges, au moins dans les poumons ou dans d'autres organes. La seule objection qui resterait dans son esprit pour l'assimilation complète des deux lésions, est la rareté des produits de transition, qu'il a bien souvent cherchés inutilement chez les enfants atteints de tuberculisation.

M. *Vulpian* répond que ces produits de transition ne sont pas rares, qu'on les reconnaît à l'apparition d'un point jaune opaque au milieu de la granulation grise, et qu'il a eu l'occasion de les étudier précisément chez les enfants, lorsqu'il a été chargé du service de M. Bergeron. M. Leudet avait déjà signalé ces produits de transformation dans les cas de tuberculisation générale.

M. *Woillez* demande à M. Vulpian s'il a une opinion au sujet de la cause du développement des granulations. Les mots d'irritation, de subinflammation, d'exsudation, que M. Vulpian a prononcés plusieurs fois, pourraient faire penser qu'il attribue la formation du tubercule à un travail inflammatoire. M. Vulpian répond qu'il n'attache pas cette acception aux mots dont il s'est servi, et qu'il a évité d'émettre une opinion qui ne serait pas justifiée suffisamment par les faits.

Dr E. ISAMBERT.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

CAS DE MORT A LA SUITE DE L'INTRODUCTION D'UN CORPS ÉTRANGER DANS LE RECTUM. — GUÉRISON D'UNE ANKYLOSE INCOMPLÈTE DU COUDE. FIN DE LA DISCUSSION SUR LES EMPHYSÈMES TRAUMATIQUES SPONTANÉS. POLYPE NASO-PHARYNGIEN.

M. *Follin* a communiqué au nom de M. Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes, une observation dont voici la substance : Un homme condamné à vingt ans de travaux forcés est pris tout à coup, dans sa prison, de coliques et de vomissements, avec météorisme et constipation opiniâtre. Il est transporté à l'hôpital, où ces symptômes s'aggravent rapidement. Au-dessous de la région épigastrique, on sent par la palpation une tumeur dure, allongée transversalement. La première idée qui se présente à l'esprit de M. Closmadeuc, c'est d'expliquer cette tumeur par la présence de fèces dures accumulées dans le côlon transverse, et d'expliquer, par cette obstruction du gros intestin, les symptômes d'étranglement interne présentés par le malade. Celui-ci cependant avoue, sous l'influence de la peur, qu'il s'est introduit dans le rectum quelques pièces de monnaie enveloppées dans un petit sac de toile. Puis, comme on lui fait observer que la tumeur, au lieu d'être à peu près globuleuse, est allongée, et qu'il s'est sans doute introduit dans le rectum autre chose que ce qu'il dit, il fait alors un second mensonge, et prétend que le corps étranger en question est un morceau de bois cylindrique fendu au milieu, et dans la fente duquel il a placé des pièces de monnaie qu'il a ensuite fixées avec un fil.

Mais les progrès du mal continuant, la mort arrive. A l'autopsie on trouve dans le côlon transverse un objet que M. Follin a mis sous les yeux de ses collègues. C'est un étui métallique, formant un cylindre dont la hauteur est de 14 centimètres et dont le diamètre est de 4 centimètres et demi. Il est entouré d'une enveloppe de baudruche pour le protéger contre l'oxydation. Il y a dans ce cylindre treize objets d'acier fortement trempé, qui sont tous des instruments d'évasion et de vol disposés très habilement pour occuper le moins de place possible. Le poids total de l'étui est de 650 grammes. A l'une de ses extrémités, cet étui, qui dans le langage des bagnes s'appelle *un nécessaire*, est terminé par un cône mousse; à l'autre extrémité, son fond est régulièrement circulaire et par conséquent dans le plan d'une coupe perpendiculaire à l'axe du cylindre. C'est habituellement par la grosse extrémité que ce forçat introduisait *son nécessaire*. En laissant le bout conique près de l'anus, il le retirait plus aisément. Mais cette fois, dans un moment de précipitation, il l'avait introduit par l'extrémité conique, ce qui avait empêché l'extraction et facilité la progression du corps étranger dans le gros intestin.

— M. *Bauchet* a présenté un jeune homme qui, à la suite d'une arthrite blennorrhagique du coude, compliquée de la formation d'abcès périarticulaires, avait eu une ankylose incomplète de cette articulation. Grâce au redressement et à des mouvements réguliers communiqués à la jointure, celle-ci a recouvré la presque totalité de ses mouvements.

Ce succès est, d'après M. Désormeaux, moins étonnant que s'il s'était agi d'une arthrite rhumatismale. M. Désormeaux voit, en effet, dans la cause rhumatismale une continuité d'action qui ne se trouve pas dans la cause blennorrhagique. Et c'est cette continuité d'action qui, dans les tentatives ordinaires dirigées contre les ankyloses, reproduit à la longue les adhérences rompues, détruit insensiblement tout le bien qu'on a obtenu, amène enfin les récidives.

— La discussion sur l'emphysème traumatique spontané revenant à l'ordre du jour, M. *Chassaignac* demande la parole pour défendre par de nouveaux arguments la théorie de l'empoisonnement général par le fait des lésions traumatiques violentes. Il considère, comme venant à l'appui de cette théorie, la stupeur toute spéciale qui suit les plaies d'armes à feu. Cet état, tout à la fois général et local, est si bien lié à la lésion mécanique, et il offre si bien les caractères d'un empoisonnement que, dans les premiers temps de l'emploi des armes à feu, on a cru que les plaies d'arquebuse étaient empoisonnées. Quelque obscure donc que soit la façon dont procède une lésion mécanique pour déterminer une sorte d'empoisonnement, M. Chassaignac n'hésite pas à admettre cet empoisonnement, ou si l'on veut cette perturbation nerveuse, dont un des effets est la tendance, au niveau des parties blessées, à l'exhalation des gaz et à la gangrène.

M. *Morel-Lavallée*, qui n'admet guère que les emphysèmes par infiltration de l'air extérieur, a insisté sur le mécanisme de cette infiltration. Qu'une gaîne musculaire vienne à communiquer par un pertuis avec l'air extérieur, celui-ci pénétrera par l'ouverture lorsque le corps du muscle remontera en se contractant. M. Morel, si nous l'avons bien compris, assimile alors le corps du muscle au piston d'une pompe aspirante, de même qu'il lui attribue l'office d'une pompe foulante au moment où, les muscles antagonistes se contractant, le corps du muscle redescend dans sa gaîne. Si l'aspiration de l'air n'a pas lieu plus fréquemment dans les plaies, cela tient, le plus souvent, à ce que les mouvements musculaires sont très rares, à cause de la douleur qu'ils détermineraient, ou à ce que les orifices par lesquels l'air pourrait s'introduire se trouvent accidentellement obstrués par des caillots sanguins ou par un simple gonflement inflammatoire.

M. Morel-Lavallée ne s'explique pas sur les emphysèmes vraiment spontanés, c'est-à-dire ne résultant pas de la pénétration de l'air extérieur ; mais il semble ne les admettre qu'avec une extrême difficulté. Il rappelle, en passant, l'histoire devenue classique de l'emphysème observé par Desault, dans le creux de l'aisselle, à la suite d'efforts violents faits pour réduire une luxation de l'épaule. Cette tumeur de Desault lui paraît avoir été formée par du sang et non par de l'air; il en voit la preuve dans les limites étroites et très bien circonscrites que présentait la tumeur, qui, si elle eût été composée d'air infiltré, eût été beaucoup plus diffuse.

A la théorie de M. Voillemier, fondée sur la vaporisation des liquides dans les espaces vides laissés par les décollements du tissu cellulaire, M. Morel oppose l'impossibilité matérielle de ce vide qui serait tout aussitôt comblé par la pression atmosphérique. Grâce à cette pression, deux couches de tissus décollées n'en restent pas moins aussi fortement appliquées l'une contre l'autre, que si elles avaient gardé leurs liens anatomiques.

M. *Giraldès* défend avec M. Chassaignac l'idée d'une perturbation profonde du système nerveux. Cette perturbation amènerait des changements subits dans la constitution des liquides de l'économie et dans les sécrétions, et disposerait à l'exhalation des gaz et à la gangrène.

Un chirurgien anglais qui, il y a dix ans, a fait des recherches sur les causes de la mortalité après les amputations, a remarqué, comme M. Chassaignac, la décomposition très prompte des cadavres de ceux qui succombent à de grandes lésions chirurgicales ou traumatiques ; il a remarqué en outre un certain changement dans la couleur du sang. Si l'on ajoute à ces signes cadavériques la physionomie toute particulière présentée de leur vivant par les malades, si l'on tient compte des symptômes de dépression profonde qu'on observe chez eux, on verra que ces symptômes et l'emphysème qui s'y rattache souvent font partie d'un ordre de faits bien différent de ceux qui se lient aux emphysèmes par infiltration.

Ces derniers, en effet, sont des accidents purement locaux ; ils sont, en général, d'une petite étendue, ne produisent que des phénomènes d'irritation locale, et ne constituent pas une complication bien sérieuse. Les emphysèmes vraiment spontanés, n'étant au contraire que l'expression symptomatique d'un état général très grave, ne permettent aussi qu'un fâcheux pronostic.

M. *Larrey* soutient, comme MM. Giraldès et Chassaignac, la théorie qui attribue un rôle dans la production de l'emphysème, à la commotion locale et générale qui suit les grands traumatismes. Il cite, à propos des effets généraux des blessures, les travaux de Dufouarre, chirurgien militaire, qui a surtout étudié, à ce point de vue, les plaies d'armes à feu.

M. *Broca* insiste sur la nécessité de ne pas confondre dans la discussion, ainsi que l'a fait M. Morel-Lavallée, les emphysèmes par infiltration et les emphysèmes traumatiques spontanés, qu'il vaudrait peut-être mieux appeler emphysèmes par exhalation. Après tout ce qui a été dit, M. Broca, au lieu de se demander lequel de ces deux phénomènes, emphysème ou gangrène, tient l'autre sous sa dépendance, est porté à les regarder tous les deux comme les effets d'une même cause. Cette cause, c'est la violence extérieure. D'une part, elle produit l'attrition profonde des tissus et leur mortification, d'où l'emphysème ;

D'autre part elle détermine une perturbation nerveuse qui, par les modifications inconnues qu'elle imprime aux solides et aux liquides, favorise l'exhalation de gaz au sein des parties contuses : nouvelle source d'emphysème que deux causes pour une tendent ainsi à développer.

Après quelques débats entre MM. Broca et Morel-Lavallée à propos de la théorie physique que ce dernier a donnée de l'*infiltration* de l'air dans les plaies des membres, la discussion sur ce sujet est close.

M. *Marjolin* présente une pièce anatomique recueillie sur une petite fille de deux ans, morte au milieu d'un accès de suffocation. Cette pièce consiste en un polype naso-pharyngien très volumineux, obturant les orifices postérieurs des fosses nasales et descendant presque jusqu'à la base de la langue. Partout où la tumeur a touché, elle a contracté des adhérences, adhérences en de certains points si intimes, qu'il est assez difficile de déterminer exactement le point de départ et d'implantation du polype. M. Marjolin le fait partir du périoste de la cloison, pendant que M. Houël lui assigne pour origine l'apophyse basilaire. Toutefois cette difficulté pourrait être tranchée, ainsi que l'a dit M. Houël, par une dissection plus attentive et plus complète de la tumeur.

D[r] P. Chatillon.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Spasme facial rebelle guéri par le curare,** par M. le docteur Bartolomeo-Gualla.

**Observation de paralysie de la cinquième paire crânienne, guérie par l'iodure de potassium,** par M. le docteur Eug. Azam.

Obs. — P. Gualli, âgé de cinquante ans, fut pris de spasmes convulsifs du côté droit de la face à la suite d'une nuit passée à la belle étoile en 1855. Cette affection résista opiniâtrément à tous les moyens imaginables : saignées générales et locales, médicaments nervins et antispasmodiques, éther, chloroforme, acupuncture, vésicatoires, avulsions de toutes les molaires, et cautérisation des alvéoles avec le fer rouge.

Entré à l'hôpital de Brescia le 20 octobre 1860, le malade était encore affecté de contractions spasmodiques extrêmement douloureuses des muscles crotophyte, masséter, buccinateur; élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, et orbiculaire des lèvres. Les accès convulsifs duraient quelques minutes, se reproduisaient très fréquemment, et s'accompagnaient fréquemment d'une roideur des muscles de la nuque, simulant un commencement d'épisthotome. A son tour, M. Gualla essaye en

vain contre cette affection rebelle une foule de moyens : sangsues, évacuants, infusion de tilleul avec tartre stibié, purgatifs, quinine et morphine, extrait d'opium, fer et belladone, vésicatoires, chloroforme, acupuncture; tout échoua.

Le 18 novembre, un cautère fut appliqué à l'aide d'un cylindre de potasse, un peu au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire. M. Gualla se proposait, par ce moyen, de détruire la branche du nerf facial qui traverse les muscles affectés; mais ce résultat ne fut pas obtenu, et l'application du cautère fut seulement suivie d'une légère diminution dans l'intensité et la fréquence des accès qui reprirent peu à peu toute leur violence, à mesure que la cicatrisation s'opérait.

A la fin du mois de novembre, M. Gualla utilise le cautère, qui était réduit aux dimensions d'une pièce d'un centime, pour y faire des applications de curare. Il se servit de bandages de charpie, imbibés d'une solution de 10 centigrammes dans 80 grammes d'eau d'abord, et maintenus constamment au contact de la plaie. En même temps, on faisait, à l'aide d'une aiguille, un grand nombre d'inoculations de la même solution dans les muscles de la joue. Au bout de trois jours, le résultat étant complétement nul, on augmenta la dose de curare, parfois portée jusqu'à 10 centigrammes dans 20 grammes d'eau, et l'on fit également des inoculations à la face interne de la joue et aux gencives. Dès lors, une amélioration prompte et décisive se manifesta, et le malade put quitter l'hôpital, le 10 décembre, complétement débarrassé de l'affection qui l'y avait fait entrer. (*Gazetta medica italiana*, Lombardia, 1861, n° 5.)

Obs. — Ch..., âgé de trente-quatre ans, entre le 25 octobre 1860 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. En 1850, quatre ou cinq chancres qualifiés de volants, guéris rapidement après une cautérisation et six semaines de traitement mercuriel. Aucun accident constitutionnel depuis.

Au mois de mai 1860, le malade commence à ressentir dans le côté droit du crâne des douleurs profondes, sourdes, sans exacerbations nocturnes. Bientôt il s'aperçoit que l'ouïe de ce côté a diminué de finesse, et que la vue est légèrement troublée; puis, en buvant, il laisse échapper les liquides, et son visage perd de son expression et de sa symétrie. Il remarque enfin qu'en se rasant, il ne sent pas de ce côté le passage du rasoir. De mai à octobre, aggravation lente et progressive de ces symptômes.

État du malade à son entrée : atrophie des plus caractérisées des muscles du côté droit de la face; amaigrissement extrême de tout le côté *droit de la face* et du crâne; peau littéralement collée sur les os. Les muscles temporal et masséter ont presque entièrement disparu. Contractilité des muscles de la face diminuée, mais moins que dans la paralysie faciale idiopathique. Le buccinateur se laisse distendre; l'articulation des lèvres se contracte incomplétement et laisse échapper la salive; l'orbiculaire des paupières ne recouvre plus entièrement le globe de l'œil. L'aile du nez est immobile et les zygomatiques presque paralysés; voile du palais abaissé et immobile du côté droit; pas de déviation de la langue.

Depuis une ligne qui, partant du milieu du front et passant par le méat auditif, arriverait à l'os hoïde jusqu'à la ligne médiane, la sensibilité est diminuée ou abolie; elle a disparu entièrement au voisinage des orifices naturels, aux lèvres, aux paupières et aux narines; la peau et la muqueuse ne sentent ni contact, ni piqûre, ni chaud, ni froid.

On remarque sur la cornée de petites ulcérations peu profondes et un commencement de ramollissement. La conjonctive est rouge; la pupille plus dilatée à droite qu'à gauche. Vue affaiblie; le malade a la sensation d'un brouillard qui entoure les corps lumineux. Rien de particulier à l'examen ophthalmoscopique; odorat très affaibli; le goût n'est pas aboli, mais sensiblement diminué, et une pincée de sel placée sur la langue du côté malade n'est perçue qu'à la longue. L'ouïe est également abolie à droite. (Le malade n'a jamais eu d'inflammation profonde de l'oreille.)

Quoique les antécédents syphilitiques du malade fussent douteux, M. Azam prescrivit l'iodure de potassium qui produisit une amélioration rapide. *Tous* les symptômes énumérés plus haut, à l'exception de la surdité, avaient complétement disparu le 1er février 1861. Le malade quitta l'hôpital; mais il a dû continuer quelque temps encore l'iodure de potassium.

En résumé, ce malade présentait :

1° Des lésions de nutrition caractérisées par l'atrophie des muscles incurvés par la cinquième paire et par l'amaigrissement du côté malade; en outre, un trouble de la vue qui pouvait tenir à un commencement de ramollissement de la cornée;

2° Des lésions de sensibilité portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux;

3° Enfin des lésions de motilité.

Les fonctions des deux premières catégories étant sous la dépendance du trijumeau, on devait supposer que ce nerf était atrophié ou qu'une tumeur quelconque comprimait le ganglion de Gasser du côté droit, et en même temps, mais plus gravement, le nerf acoustique. Ce dernier nerf était apparemment détruit, puisque ses fonctions sont restées abolies alors que tous les autres symptômes ont disparu.

Quant à la paralysie incomplète des muscles de la face, M. Azam croit qu'elle n'était pas symptomatique d'une lésion du nerf facial, mais que ces muscles étaient paralysés secondairement à la paralysie du trijumeau. La nutrition de tous ces muscles est en effet sous la dépendance de ce nerf; celui-ci étant malade, les muscles se sont atrophiés; quelques-uns même ont presque complétement disparu. S'ils ne se contractaient plus, ce n'est pas par absence d'innervation motrice, mais par atrophie de la fibre musculaire elle-même. (*Journal de médecine de Bordeaux*, février 1861.)

**Du pemphigus syphilitique des nouveau-nés**, par M. le docteur Vauverts.

On sait que la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés, admise par MM. P. Dubois, Depaul, Cruveilhier, Huguier, a été niée par M. Cazeaux. C'est certainement à tort, et l'opinion de M. Cazeaux se trouve aujourd'hui en présence d'un assez grand nombre de faits bien démonstratifs pour qu'elle ait perdu en grande partie son importance. Il ne sera pourtant pas hors de propos de donner ici un aperçu des faits communiqués par M. Vauverts à la Société centrale de médecine du département du Nord. Ces faits sont d'autant plus importants qu'ils ont été observés en dehors de toute idée quelconque, et que l'auteur ne s'est formé une opinion qu'après avoir bien vu.

« Dans tous les cas, dit-il, les enfants appartenaient à des filles qui, vivant de la prostitution dans un quartier où la syphilis fait de profonds ravages, aux environs d'une caserne, il ne pouvait y avoir de doute sur l'origine du mal; et, du reste, nous avons pu, dans chacun des cas, reconnaître chez la mère des traces de syphilis déjà ancienne, comme roséole, plaques muqueuses, tubercules des mamelons; ou bien il nous souvenait avoir eu quelques temps auparavant à l'examiner pour des accidents primitifs. »

L'opinion de M. Vauverts n'a cependant pas été admise sans quelques restrictions par la Société. M. Wannebroucq, tout en accordant que le pemphigus des nouveau-nés soit quelquefois de nature syphilitique, a posé en fait qu'il n'en est pas ainsi dans la plupart des cas, et que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de conclure à l'infection syphilitique par le fait seul de la présence de l'éruption pemphigoïde chez un enfant nouveau-né. L'opinion de M. Wannebroucq, relativement à la fréquence du pemphigus syphilitique, est certainement beaucoup trop absolue, et elle allait bien au delà des faits observés par ce médecin. Quelques-uns des nouveau-nés affectés de pemphigus qu'il a observés ont guéri, dit-il; « la plupart ont succombé..., et l'autopsie ne faisait découvrir aucune lésion qu'on pût attribuer à l'infection syphilitique. » Mais il s'en faut de beaucoup que ces lésions viscérales existent chez tous les enfants syphilitiques. Les observations de M. Wannebroucq ont, d'ailleurs, été faites à un hospice d'enfants trouvés et manquaient par conséquent des anamnestiques si importants en pareil cas. (*Bulletin médical du nord de la France*, janvier et février 1861.)

---

## V

## VARIÉTÉS

Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 2 mai, dispose qu'à la fin de chaque année scolaire, il sera ouvert, près la Faculté de médecine de Strasbourg, un concours entre les internes ayant au moins une année de service.

L'interne classé le premier prendra le titre de premier interne aide de clinique. Il sera attaché, à tour de rôle, pendant une année, à chacune des trois cliniques magistrales.

Les avantages suivants lui seront accordés : La durée de ses fonctions sera prolongée de trois années. Il aura le droit, pendant ce laps de temps, de se faire recevoir docteur, sans cesser pour cela d'exercer, jusqu'à leur terme, les fonctions d'aide de clinique. Il pourra lui être attribué une indemnité de 300 francs en sus du traitement de 500 francs alloué aux internes.

— Par décret du 3 avril, M. Ed. Bruch, docteur en médecine et ès sciences, chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur suppléant pour les sciences physiques et naturelles, à l'École de médecine d'Alger, en remplacement de M. le docteur Lauras, décédé.

— M. le ministre de l'intérieur vient de prescrire d'une manière formelle l'envoi dans les campagnes des enfants valides ou infirmes qui se trouvent actuellement dans les hospices d'enfants trouvés. La mise en pratique de cette mesure aura lieu à partir du 1er août prochain.

La circulaire de M. le ministre de l'intérieur établit que les enfants assistés étaient en 1860 au nombre de 158,754, et qu'en présnce d'un tel chiffre les revenus des hospices ne sont pas au niveau de leurs obligations.

Les instructions ministérielles s'appliquent aux filles comme aux garçons. Les orphelinats ruraux offrent la preuve irrécusable que les filles sont parfaitement propres au travail de la ferme.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE. — La Société centrale, dans sa séance du 3 mai dernier, a statué sur les admissions suivantes : MM. Voisin, Meunier, Auzoux, Morpain, Gentil, Finot, Landry, médecins civils, et MM. Martenot de Cordoue, Busschaërt, Vallin, Boyreau, Janin, Tissier, L'honneur, médecins de l'armée.

— Un nouveau formulaire du service de santé de l'armée belge vient d'être distribué à tous les médecins et pharmaciens militaires.

— Les épreuves d'aptitude pour l'emploi de médecin traitant dans le service hospitalier, viennent de se terminer, au Val-de-Grâce, par l'inscription des médecins-majors de 1re classe ci-après dénommés, sur les états de candidature, savoir :

Pour la médecine : MM. Masse, du 24e de ligne, et Fickelscherer, du 29e de ligne de ligne.

Pour la chirurgie : MM. Quesnoy, du 57e de ligne; Brault, du 39e de ligne; Martenot de Cordoux, du 103e de ligne; Vallin, du 33e de ligne; Souville, du 98e de ligne; Jourdeuil, du 84e de ligne; Hounau, du 20e de lignet, et Viry, du 16e d'artillerie monté.

Les jurys étaient et resteront composés de la manière suivante :

*Médecine*. — M. Vaillant, médecin inspecteur, *président*; MM. Laveran, Cazalas et Grellois.

*Chirurgie*. — M. Hutin, médecin inspecteur, *président*; MM. Goffres, Thomas et Mounier.

— Ont été autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées : M. Nublat, la décoration de chevalier de l'ordre de *François-Joseph d'Autriche*; M. Galand, celle de chevalier de 2e classe de l'ordre de *François Ier des Deux-Siciles*; M. Périer, médecin principal de 2e classe à l'hôtel impérial des Invalides, la croix de commandeur de l'ordre de *François-Joseph d'Autriche*; M. Boulongne, médecin aide-major de 1re classe, la croix de chevalier de l'ordre de *François-Joseph d'Autriche*; M. Colau, médecin-major de 1re classe, la décoration du Medjidié (5e classe).

— Un arrêt a été rendu le 9 avril par la cour de Colmar, en matière de magnétisme et de somnambulisme. Cet arrêt a confirmé un jugement du tribunal correctionnel de Mulhouse, renfermant le considérant que voici : « Attendu que l'emploi du somnambulisme magnétique comme » moyen de découvrir les maladies et d'appliquer les remèdes, n'est point » à considérer en lui-même comme un élément du délit d'escroquerie ; » qu'en effet, l'inanité des phénomènes de cette sorte, comme auxiliaire » de l'art de guérir, est loin d'être scientifiquement démontrée.... »

— M. le docteur Alphonse GUÉRIN commencera, le 15 mai 1861, à neuf heures du matin, à l'hôpital de Lourcine, un cours clinique sur *les maladies des organes génitaux de la femme*. Ce cours sera continué le lundi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau*. — M. E. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ces leçons le samedi 25 mai, à neuf heures précises du matin, et les continuera tous les samedis, à la même heure. M. Bazin complétera, cette année, l'étude de la pathologie cutanée, d'après la méthode et les doctrines qu'il enseigne depuis 1855. — Visite des malades à huit heures et demie.

## VI

## BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

### Journaux.

SCHWEIZERISCHE MONATSCHRIFT FUER PRAKTISCHE MEDIZIN. — 1860. — N° 4. Sur la pathologie et le traitement des plaies de tête, par *Schryder*. — 5. L'acupressure, par *Vogt*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT FUER GERICHTLICHE UND ÖFFENTLICHE MEDICIN. — Juillet. Deux observations faites sur des têtes de sujets décapités, par *Vezin*. — La syphilis et les sociétés de secours, par *Martin*. — Empoisonnement par l'hyoscyamine, par *Möller*. — Remarques sur la voierie, par *Finkelnburg*. — Action du sel marin sur les animaux domestiques, par *Blümlein*. — Octobre. Action du phosphore sur l'organisme, par *Mayer*. — Perte de la parole à la suite d'une plaie de tête, par *Droop*. — Démonstration de la vie de l'enfant contrairement aux résultats de la docimasie pulmonaire, par *Simeons*. — Des règlements sanitaires relatifs à la pustule maligne, par *Jösting*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N° 21. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache et le rhinoscope, par *Semeleder*. — 22. Observations chirurgicales, par *Kugler*. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache, etc. (fin). — 23. Sur l'ictère dans la pneumonie, par *Drasche*. — 24. Observations cliniques, par *Güntner*. — 25. Hernie étranglée traitée avec succès par les lavements plombiques, par *Franz*. — Guérison d'un anévrysme poplité par la compression digitale, par *Giarich*. — 26. L'iodisme, par *Patruban*. — 27. Communications anatomo-pathologiques, par *Wallmann*. — Les eaux thermales de Groswardein, par *Hauer*. — Anévrysme traumatique de la paume de la main guéri par la compression digitale, par *Winkelhofer*. — 28. Observations cliniques, par *Güntner*. — 29 et 30. Sur les relations entre les fistules du gros intestin et les autres maladies, par *Nasser*. — 31. Contributions à la chirurgie de campagne, par *Neudörfer*. — 32. Sur la coagulation de l'albumine par les courants électriques, par *Frommhold*. — Chirurgie de campagne (suite). — 33. Sur l'anatomie pathologique du pancréas, par *Klob*.

### Livres.

ANNUAIRE DE LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE POUR 1861, résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger pendant l'année 1860, traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par le docteur *Noirot*. 5e année. In-18. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr. 50

DE LA CONGESTION UTÉRINE PENDANT LA GROSSESSE, par le docteur *Bastin*. In-4 de 85 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

DE L'ALCOOLISME MODERNE, ÉTUDE SOCIALE SUR LE POISON A LA MODE EN FRANCE, par le docteur *F. Issartier*. Brochure in-8. Paris, Louis Leclerc. 1 fr.

DE L'EXPLORATION DE LA RÉTINE ET DES ALTÉRATIONS DE CETTE MEMBRANE VISIBLES A L'OPHTHALMOSCOPE, par le docteur *S.-J. Métaxas*. Brochure in-4, avec 2 planches coloriées. Paris, Louis Leclerc. 6 fr. 50

DES PARALYSIES SYPHILITIQUES, par le docteur *J. Ladreit de Lacharrière*. Grand in-8. Paris, P. Asselin. 2 fr. 50

LEÇONS SUR LA SCROFULE, CONSIDÉRÉE EN ELLE-MÊME ET DANS SES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS, LA DARTRE ET L'ARTHRITIS, par le docteur *Bazin*. 2e édition, revue, corrigée et augmentée de recherches sur la scrofule viscérale, et de nombreuses observations. In-8 de plus de 700 pages. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr. 50

MONOGRAPHIE CLINIQUE DE L'AFFECTION CATHARRHALE, par le docteur *J. Fuster*. In-8 de 620 pages. Montpellier. 8 fr.

PARALLÈLE ENTRE L'IDIOTIE ET LE CRÉTINISME, par le docteur *Leven*. Grand in-8 de 48 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 25

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES FRACTURES CHEZ LES ENFANTS, par le docteur *A. Coulon*, revu et précédé d'une préface, par le docteur *Marjolin*. In-8 de VIII-264 pages. Paris, F. Savy. 4 fr.

TRAITEMENT DES ANGINES DIPHTHÉRITIQUES ET DU CROUP PAR LA RESPIRATION DES LIQUIDES PULVÉRISÉS SELON LA MÉTHODE DU DOCTEUR SALES-GIRONS. In-8 de 32 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

DIPHTHERIA, ITS SYMPTOMS AND TREATMENT (La diphthérite, ses symptômes et son traitement), par *W. Jenner*. In-12. Londres, Walton. 3 fr. 50

ON URINE, URINARY DEPOSITS AND CALCULI : THEIR MICROSCOPICAL AND CHEMICAL EXAMINATION, etc., par le docteur *Beale*. In-8, avec fig. Londres, Churchill. 12 fr.

DIE BEHANDLUNG DER LUNGENENTZUENDUNG UND IHRE STATISTISCHEN VERHÆLTNISSE (Le traitement de la pneumonie et ses proportions statistiques), par *M. de Huss*. Traduit du suédois par *J. Anger*. Grand in-8. Leipzig, Engelmann. 4 fr.

LEHRBUCH DER ALLGEMEINEN UND SPECIELLEN CHIRURGIE (Traité de chirurgie générale et spéciale), par *C.-F. Lohmeyer* et *H.-J. Paul*. Tome II : TRAITÉ DE CHIRURGIE SPÉCIALE, par le docteur *H.-J. Paul*. 3e et 4e parties. 2 vol. in-8. Lahr, Schauenburg et Comp. 8 fr.

OPERATIONSLEHRE UND STATISTIK DER RESECTIONEN (Traité des opérations et statistique des résections), par *O. Heyfelder*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 13 fr. 50

PATHOLOGIE UND THERAPIE DER RESPIRATIONS-UND CIRCULATIONS-ORGANE VOM THEORETISCHEN UND PRAKTISCHEN STANDPUNKTE AUS, NACH DEN NEUESTEN FORTSCHRITTEN DER WISSENSCHAFT, etc. (Pathologie et thérapeutique des organes de la respiration et de la circulation), par *L. Günsburg*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 18 fr.

UEBER HYSTERISCHE KRÆMPFE UND HYSTERISCHE LÆHMUNGEN (Les convulsions et paralysies hystériques), par *A. de Franque*. Grand in-8. Munich, Lentner. 2 fr.

*Le Rédacteur en chef* : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 24 MAI 1861. — N° 21.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Des rétrécissements infranchissables et de l'oblitération de l'urèthre. Uréthrotomie par voie collatérale : M. Bourguet (d'Aix). — II. **Revue clinique.** Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des difformités de la hanche. — III. **Histoire et critique.** Des cysticerques de ténias chez l'homme. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** Fragments d'étude sur l'absorption des médicaments. — Note relative à des expériences faites sur des lapins et des chiens avec le grain de l'ivraie. — VI. **Bibliographie.** Recherches sur les suppurations endémiques du foie. — Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine. — Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra. — VII. **Variétés.** Les établissements de bains de feuilles de pin en Allemagne. — VIII. **Feuilleton.** Préparation à l'exercice de la médecine. — De l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs.

## I

Paris, le 23 mai 1861.

### DES RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES ET DE L'OBLITÉRATION DE *L'URÈTHRE*. *URÉTHROTOMIE* PAR VOIE COLLATÉRALE : M. BOURGUET (D'AIX).

Nous avons donné, dans le dernier numéro, une analyse du mémoire de M. Bourguet sur quelques maladies graves de l'urèthre. Nous revenons aujourd'hui sur ce travail pour en examiner le but et la portée, et pour juger surtout les procédés opératoires qui ont été mis en usage.

Ayant eu nous-même l'occasion de traiter quelques cas de ce genre, nous avons réfléchi sur la question depuis longtemps, et acquis assez d'expérience peut-être pour nous permettre de suppléer, jusqu'à un certain point, au silence des académiciens et à la concision du jugement qu'ils ont porté.

M. Bourguet établit qu'il existe des cas d'oblitération et de rétrécissement infranchissable de l'urèthre, inaccessibles aux opérations ordinaires, et qui exigent d'autres ressources ou du moins des procédés particuliers, modifiés suivant les cas. Aux faits exceptionnels des remèdes exceptionnels, rien n'est plus juste. Pour les cas usuels, l'uréthrotomie externe sans conducteur convient, et nous avons, pour l'exécuter, des règles assez fixes; c'est ce que l'auteur reconnaît; mais, lorsque ces règles sont en défaut, il faut ou abandonner les malades ou imaginer autre chose : c'est à ce dernier parti que notre confrère s'est arrêté. Sans rejeter, comme quelques personnes ont paru le croire, sans rejeter, dis-je, le manuel accoutumé de l'uréthrotomie externe, sans vouloir y substituer ses procédés personnels, M. Bourguet nous raconte seulement comment, en présence de plusieurs cas insolites, il a triomphé des difficultés, et logiquement il conseille à ceux qui se trouveraient en pareille occurrence d'agir comme lui. Voici, si je ne me trompe, le point de départ et l'esprit du mémoire.

La publication des faits rares, outre l'intérêt intrinsèque qui s'y trouve, est toujours utile, car, à la longue, les excep-

## FEUILLETON.

**Préparation à l'exercice de la médecine.** Ouvrage spécialement destiné à initier les jeunes médecins aux réalités de la carrière, par le docteur FÉL. SCHNEIDER.—1 vol. in-12. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye.

**De l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs,** par le docteur LOUIS PENARD. — Broch. in-8. Paris, 1860. Chez J.-B. Baillière et fils.

(Suite et fin. — Voir le numéro 20.)

M. Schneider a touché, dans son livre, la plupart des points délicats et des questions ardues de notre profession. Mais il est des faits d'un certain ordre qu'il a passés sous silence, fort à dessein assurément, soit qu'ils ne ressortissent pas suffisamment à ses études personnelles, soit que, en raison de leur caractère spécial, il les ait considérés comme s'écartant du domaine de la pratique habituelle et journalière du médecin. Je veux parler de ce qui a trait à l'exercice de la médecine légale.

Cette lacune a été comblée, en partie, par un autre médecin distingué, et qui s'est acquis en ces matières une incontestable autorité. Je dis en partie; car M. Penard se borne aujourd'hui « à développer certaines considérations pratiques sur l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs », se réservant, dans la suite, d'envisager plus complétement son rôle tout entier et d'aborder les diverses inconnues que l'équation médico-légale comporte.

Il semblait que le dernier mot eût été dit sur les attentats aux mœurs par MM. Toulmouche et Tardieu, tant ces maîtres habiles avaient profondément creusé et supérieurement traité ce difficile sujet. La lecture attentive du livre de M. Penard m'a prouvé qu'il restait encore quelques problèmes à résoudre et d'utiles préceptes à formuler, qu'il y avait surtout à fournir à l'expert, chargé des missions de la justice, un guide sûr et pratique qui lui traçât une règle de conduite s'appliquant à toutes les circonstances,

tions se multiplient, et, lorsque le nombre en est assez grand, de nouveaux préceptes s'établissent; et c'est ainsi que la science s'enrichit et que la pratique se perfectionne.

Reste à savoir si l'on doit élever à la dignité de précepte la conduite que notre confrère a tenue dans des cas isolés; et pour cela il convient d'examiner scrupuleusement les observations, afin de savoir si, dans l'espèce, on pouvait mieux faire ou faire autrement que l'auteur. Cet examen me paraît d'autant plus utile, qu'à mon sens le mémoire de M. Bourguet n'a pas été peut-être suffisamment approfondi par ceux qui en ont parlé même avec éloge.

Notre confrère relate trois cas où il y avait rétrécissement infranchissable ou oblitération; peu importe ici la variété anatomique, car si, en dépit de toute la patience et de tous les soins désirables, l'on ne parvient à franchir un obstacle uréthral, ni par le méat, ni par une voie artificielle ouverte au-devant, c'est comme si on avait affaire à une oblitération véritable, quand bien même le rétrécissement serait perméable dans le sens littéral du mot. Pour ma part, je soutiens qu'au lit du malade, un rétrécissement est infranchissable quand on ne parvient pas à le franchir. Tout le monde comprendra le sens de cette proposition fort naïve en apparence.

Il s'agissait donc de trois cas de cette nature, d'ailleurs très graves, mettant sérieusement en danger la vie des sujets, et ayant résisté à la plupart des moyens ordinaires et extraordinaires. Pour y remédier, M. Bourguet a pratiqué deux opérations différentes.

Il appelle la première *uréthrotomie par déplacement* ou *uréthrotomie par voie collatérale*. Ces dénominations sont peu significatives, et si elles ont l'avantage d'être courtes, elles ont, en revanche, le double inconvénient d'assigner un nom nouveau à un procédé qui ne l'est pas, et de ne pas donner du premier coup une idée de ce qui a été fait. N'ayant ni mission ni envie de chercher un nom approprié, je vais résumer la teneur de l'acte opératoire dans la première observation.

Je passe sous silence les antécédents, les accidents généraux, les complications locales, les traitements et opérations antérieures. Voici quel était l'état des choses au moment de l'opération. La sonde portée par le méat est invinciblement arrêtée vers la fin de la portion spongieuse par une masse indurée très dense formant un cylindre dur, épais de 2 centimètres et se prolongeant vers la profondeur dans une étendue de 2 centimètres au moins. Au périnée, une fistule unique à peu près médiane, donnant passage à la totalité de l'urine et conduisant aisément dans la vessie. Cette fistule avait été préalablement dilatée.

Entre le point où le cathéter était arrêté et la fistule, existait donc un pont induré d'une certaine longueur et qui renfermait naturellement dans son épaisseur la portion de canal rétrécie ou oblitérée. Cette barrière s'interposait entre les deux portions de l'urèthre restées perméables et à la manière d'un épais diaphragme, empêchait le rétablissement de la continuité entre ces deux portions.

Que fallait-il faire de ce pont, de ce diaphragme, de cette virole? Fallait-il rechercher laborieusement, sans guide, au milieu d'un tissu fibreux très dense, les vestiges problématiques d'un canal à coup sûr très réduit, puisqu'il refusait d'admettre une bougie d'un demi-millimètre? L'entreprise fut tentée d'avant en arrière et d'arrière en avant; elle resta sans succès. Fallait-il, à travers ce rempart inodulaire, creuser par la ponction un tunnel provisoire, qui n'avait presque aucune chance de suivre l'ancien trajet de l'urèthre, et que tous les corps dilatants n'auraient pu maintenir béants, en raison même de la nature du tissu perforé? L'expédient eût été frappé de stérilité dans l'avenir. Quelle était, en somme, l'indication? C'était de réunir les deux bouts, en d'autres termes de conduire jusque dans la vessie une sonde introduite par le méat. La chose était possible pour la portion spongieuse jusqu'à l'obstacle; d'un autre côté, la fistule était largement béante depuis son orifice inférieur jusqu'au col vésical, dès lors, et sans se préoccuper de ce que pouvait être devenu le canal lui-même dans l'épaisseur de la barrière fibreuse, il fallait creuser dans cette dernière une gouttière longitudinale ouverte en bas, et qui pourrait recevoir dans son écartement la sonde en question. Les téguments extérieurs formant les bords libres de la gouttière seraient ensuite ramenés artificiellement ou par cicatrisation secondaire sur la ligne médiane; ils recouvriraient la partie visible de la sonde, et, fermant ainsi la fosse béante, reconstitueraient la paroi uréthrale inférieure.

Pour diminuer autant que possible la distance comprise entre le bout en cæcum de la portion spongieuse et la lumière de la fistule, M. Bourguet utilisa une disposition qui existait dans le cas présent, je veux parler de la mobilité de la virole inodulaire dans le sens antéro-postérieur. Grâce à cette mobilité, en pressant fortement avec le sommet mousse du cathéter contre l'obstacle, on pouvait déplacer ce dernier et le pousser d'une manière très notable à la rencontre de la

---

M. Penard s'est imposé cette tâche et il l'a dignement remplie.

L'ouvrage de M. Tardieu est un véritable traité *ex professo* sur la matière. C'est une étude didactique et régulièrement méthodique, où toutes les questions sont dogmatiquement exposées et résolues d'une manière magistrale.

L'œuvre de M. Penard est plus modeste dans ses allures, mais non moins utile dans son but. Comme il le dit lui-même, ce n'est point une monographie qu'il a tenté d'écrire. Ayant traversé de grandes inquiétudes d'esprit et de graves perplexités de conscience, il a voulu simplement retracer ses impressions, exposer en toute humilité les difficultés pratiques qui l'ont arrêté nombre de fois, afin d'alléger à ses confrères, pour des circonstances identiques, quelque peu des angoisses de leur terrible responsabilité. « Que les forts dogmatisent par leurs préceptes, dit-il avec beaucoup de sens, les faibles instruiront par leur exemple, quand ce ne serait qu'en montrant l'écueil où ils se sont brisés! »

Mais avant de diriger l'homme de l'art, en ce qui touche aux attentats aux mœurs, dans toutes les phases de son mandat, M. Penard soulève et discute une intéressante question de jurisprudence. La loi, dit-il, traite des outrages aux mœurs sans définir et, partant, sans limiter, soit l'attentat à la pudeur, soit le viol. De là un certain malaise dans les appréciations, une fâcheuse ambiguïté dans le langage, des arrêts contradictoires de la part des tribunaux, et une hésitation toute naturelle dans l'esprit du médecin légiste. M. Penard aurait à cœur de mettre un terme à cette indécision, qu'il trouve périlleuse pour la société.

Il suffirait, selon lui, d'intercaler entre les deux chefs extrêmes de criminalité, entre l'attentat à la pudeur et le viol, un degré de plus, bien nettement établi, bien précisé : la *tentative de viol*.

L'auteur définit ce nouvel élément de sa classification : « Tout attentat à la pudeur spécialisé par un commencement de rupture de la membrane hymen, alors que la pénétration du membre viril est rendue impossible sans un nouvel accroissement de la solution de solubilité. »

Pour mieux faire comprendre sa pensée, M. Penard dit, dans un autre passage : « Le misérable poursuit ses violences, tente

fistule, d'où une plus grande facilité pour inciser à ciel ouvert, et diminuer la dimension de la plaie tégumentaire ou superficielle.

Telle fut l'opération de M. Bourguet. Elle fut couronnée du succès le plus satisfaisant; il me suffit d'énoncer le résultat, en renvoyant pour le détail des suites à l'observation elle-même. Le canal se trouva reconstitué, à la vérité, de pièces et de morceaux, si je puis ainsi dire. En effet, il était composé d'avant en arrière de la manière suivante : 1° la portion spongieuse; 2° une portion de nouvelle formation ayant pour paroi supérieure la gouttière creusée dans le tissu induré et pour paroi inférieure, les téguments soudés consécutivement par une sorte d'uréthrorrhaphie naturelle; 3° une portion nouvelle également ayant pour paroi une partie de la fistule dilatée; 4° le reste de la portion membraneuse et la portion prostatique.

Maintenant, faisons abstraction du succès, qui n'est pas à dédaigner, mais qui ne suffirait pas à juger le plan opératoire, et demandons-nous si l'on pouvait faire mieux ou autrement. Il est clair que l'opération diffère essentiellement de l'uréthrotomie externe sans conducteur, telle qu'elle est classiquement décrite. En effet, cette dernière opération compte trois temps principaux : 1° recherche de l'extrémité postérieure du bout pénien; 2° recherche de l'extrémité antérieure du bout vésical; 3° abouchement des deux bouts trouvés par une incision intermédiaire, suivant le trajet normal de l'urèthre, et offrant à son sommet, c'est-à-dire à la rencontre de ses deux côtés latéraux, la surface étalée du canal rétréci, longitudinalement ouvert, si étroite que puisse être cette surface. Or, il est facile de voir en quoi le procédé de M. Bourguet diffère de ce type. Je n'ai pas besoin davantage de répéter qu'à l'exception du premier temps, les deux autres étaient *irréalisables*; dès lors l'impossibilité matérielle d'observer les règles classiques justifie amplement l'emploi de manœuvres exceptionnelles. Utiliser une fistule qui conduisait sûrement à la vessie; creuser une gouttière pouvant servir d'aqueduc nouveau, sans s'inquiéter beaucoup de la position inconnue et impossible à connaître de l'aqueduc ancien : telle est la double caractéristique de la belle opération que j'analyse. On comprend maintenant pourquoi M. Bourguet a cru devoir donner à son procédé le nom d'*uréthrotomie par voie collatérale*, puisque le chemin artificiel qu'il ouvre est plus ou moins parallèle à l'ancien canal.

MM. Gosselin, Robert, Laugier ont reconnu que la conduite suivie avait été bonne, et ils n'ont pas marchandé l'éloge à M. Bourguet; cependant ils ont fait leur réserve, et continuent à préconiser le procédé classique; ils ont déclaré que la création de la voie collatérale devait rester à l'état de ressource exceptionnelle. Nous l'accordons, et certainement, lorsqu'on peut ouvrir l'urèthre rétréci, la chose est bonne, d'abord parce qu'on est sûr de placer le canal restauré dans ses rapports et sa direction naturelle, ensuite parce que la voie nouvelle aura d'autant moins de chances de s'oblitérer qu'elle renfermera dans sa paroi une bande longitudinale de l'ancienne muqueuse.

A cela je réponds avec M. Bourguet : Bien que n'ayant pas pris place comme procédé régulier dans les traités de médecine opératoire, la création d'une voie collatérale plus ou moins parallèle à l'urèthre normal n'est pas une conception nouvelle; bien souvent déjà elle a été réalisée involontairement, il est vrai, et par nécessité; car plus d'une fois il a dû arriver, dans le cours d'une uréthrotomie externe sans conducteur, de ne pas suivre rigoureusement l'urèthre, faute de le trouver au milieu de tissus indurés ou mortifiés. Pour ma part, j'ai fait une fois cette opération dans un cas d'infiltration d'urine commençante. Une virole de tissu enflammé, à demi mortifié, était interposée entre les deux segments perméables du canal; elle n'avait guère moins de 3 centimètres d'étendue antéro- postérieure. J'ai incisé à petits coups, longitudinalement et dans la direction présumée de l'urèthre. J'ai pu aboucher ainsi les deux bouts par un trajet direct et rectiligne; mais à coup sûr j'ignore si, au point rétréci lui-même, j'ai passé au-dessus, au-dessous ou sur les côtés du conduit infiniment petit qui représentait la voie naturelle.

Au reste, il ne faudrait pas s'exagérer l'importance d'ouvrir précisément la filière rétrécie, et les inconvénients qui surviendraient si on la laissait intacte dans les parois du nouveau canal. En effet, faisons un petit calcul; que se propose-t-on par l'uréthrotomie externe? De constituer un conduit ayant pour le moins 6 millimètres de diamètre (je prends un chiffre moyen), par conséquent 18 à 20 millimètres de paroi circonférentielle. Où trouver l'étoffe nécessaire pour obtenir cette ampleur? Evidemment dans la membrane granuleuse qui se développera sur les lèvres de la gouttière créée par l'incision. S'il y a véritablement oblitération, tout le calibre de l'urèthre futur sera dû à cette paroi artificiellement creusée et formée de toutes pièces; s'il n'y a que rétrécissement, il sera à coup sûr très étroit, puisqu'il sera infranchissable (je mets de côté les dispositions particulières empêchant la sonde

---

une intromission, et ses efforts sont déjà assez efficaces pour rompre en partie la membrane hymen, quand un mouvement de la victime, qui fait résistance, ou toute autre cause accidentelle, ne permet pas la rupture complète de la membrane; légalement le viol n'existe pas encore, mais il y a là déjà un degré de plus que dans le simple attentat à la pudeur, degré dont la rupture incomplète de la membrane deviendra le critérium. »

Examinons ce projet de réforme, au triple point de vue de la science, de la loi et de la morale.

La définition citée plus haut est tellement précise qu'elle ne saurait prêter à l'équivoque. Suivant M. Penard, la *rupture incomplète* de la membrane hymen est essentiellement le signe caractéristique et *constitutif* de la tentative de viol.

D'où il suit, si je ne m'abuse, que la tentative de viol ne saurait être admise, ni sur une femme mariée, ni sur une fille déjà déflorée, ni sur les femmes qui ont l'heureux privilége de s'adonner au coït, et de conserver, en dépit de Vénus, l'intégrité de la membrane hymen. Or, la loi admet, et M. Penard admet avec la loi, que les femmes et les filles, dans ces conditions-là, peuvent être victimes d'un viol. Pourquoi donc, et *à fortiori*, ne pourraient-elles pas être également victimes d'un attentat moindre, d'une *tentative de viol?* Qui peut le plus, peut le moins.

La définition de M. Penard nous paraît donc trop restrictive, et, à ce compte, un peu défectueuse.

En second lieu, M. Penard, si j'ai bien compris le sens de ses paroles, cherche à établir (p. 16 et 17) que, non-seulement le viol, mais encore la tentative de viol, ne sont guère présumables à l'égard d'enfants au-dessous de dix ans. Selon lui, les abus commis sur les filles de cet âge ne peuvent être et ne doivent se qualifier que de simples attentats à la pudeur. « Les attentats à la pudeur, dit-il, *à l'exclusion de la tentative de viol et du viol*, ont lieu le plus ordinairement sur des enfants de deux à dix ans.

Je ne puis, à ce propos, partager encore l'opinion trop absolue de M. Penard. En effet, la coïncidence, rare à la vérité, mais pourtant vraisemblable, de certaines conditions anatomiques favorables, telles qu'un développement précoce chez la jeune fille et

de passer dans un détroit relativement assez large encore). Supposons-lui un millimètre de diamètre : lorsqu'il sera longitudinalement incisé et étalé, il fournira 3 millimètres de large sur l'étendue totale de la nouvelle paroi qu'il est nécessaire d'établir, c'est-à-dire qu'il contribuera à peine pour un sixième à la reconstitution du canal.

Sans entrer dans des considérations historiques, j'ajouterai que l'utilisation d'une fistule périnéale préalablement dilatée et conduisant dans la vessie, n'appartient pas plus à M. Bourguet que la création d'une voie collatérale. Ceci n'est point un reproche que j'articule; l'auteur lui-même a pris soin de citer des cas nombreux où pareilles conditions anatomiques et opératoires ont été mises à profit. J'en veux au contraire tirer un argument en faveur de l'opération de notre confrère d'Aix. D'accord avec M. Gosselin, je crois que le mérite de M. Bourguet consiste précisément à avoir dogmatisé des manœuvres de circonstance qui jusqu'alors étaient restées sans lien ; d'où il résulte qu'on peut les faire entrer dans un plan opératoire raisonné d'avance et qu'elles sont utilisables plus souvent qu'on ne l'aurait cru.

Il en est de l'uréthrotomie externe sans conducteur comme de la kélotomie, de l'opération des anévrysmes, de l'extirpation des tumeurs, etc.; ce sont des opérations où l'on est guidé par des règles, mais ce ne sont pas des opérations réglées. Le but est précis, mais les moyens sont variables ; plus on en connaît, moins on est pris au dépourvu.

Il nous resterait quelque chose à dire sur la seconde opération proposée et exécutée deux fois par M. Bourguet ; nous voulons parler de l'extirpation de certains rétrécissements, ce qui constitue sans contredit une méthode plutôt qu'un simple procédé. Cette tentative hardie a été mal accueillie à l'Académie, et, sans être trop sévère, nous voudrions pourtant de notre côté présenter quelques objections à notre confrère. Nous voudrions aussi dire notre mot sur l'opportunité de la réunion immédiate après les opérations pratiquées sur la paroi inférieure de l'urèthre, question qui a été effleurée par MM. Gosselin et Laugier. Enfin, nous ne voudrions pas passer sous silence une indication nouvelle de la ponction des rétrécissements infranchissables sur laquelle M. Robert a voulu appeler l'attention de ses collègues. Mais tous ces mots formeraient des lignes qui, réunies, rempliraient peut-être des pages, et l'espace nous manque pour aujourd'hui.

AR. VERNEUIL.

---

II

## REVUE CLINIQUE.

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DES DIFFORMITÉS DE LA HANCHE. — CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE du docteur H.-W. BEREND, de Berlin.

Les cas nombreux de maladies de la hanche traitées dans notre établissement pendant les deux dernières années, ont été pour nous l'occasion de recherches intéressantes, au double point de vue de la science et de la thérapeutique, recherches qui viennent jeter un nouveau jour sur quelques questions pratiques. Laissant de côté des théories inutiles qui jusqu'ici ont plutôt empêché le progrès réel dans l'étude des affections dont nous voulons parler nous nous efforcerons toujours de faire ressortir les faits utiles pour la thérapeutique.

Il importait avant tout de s'arrêter à quelques symptômes simples et pathognomoniques par la connaissance desquels on pût arriver à un traitement chirurgical rationnel. Tel a été le but de nos efforts. Nous avons vu avec plaisir que notre manière de voir a été adoptée par plusieurs de nos collègues, et le nombre toujours croissant des guérisons des maladies de la hanche est la meilleure preuve de l'utilité de nos recherches. Nous sommes intimement persuadé que plus d'un malheureux estropié, qu'auparavant on aurait abandonné à son triste sort, pourra, pour ainsi dire, être ramené à la vie ; car ce n'est pas vivre que de végéter comme l'ont fait jusqu'ici de pareils malheureux.

Le retentissement que plusieurs des guérisons obtenues dans notre établissement ont eu à l'étranger (voir *Gazette des hôpitaux*, 1858, n° 32, p. 820), fut pour nous un nouveau motif d'approfondir nos recherches, et nous espérons que les quelques considérations que nous aurons l'occasion de présenter sur les ressources opératoires capables de remédier aux difformités résultant des coxites traumatiques, ainsi que sur les améliorations apportées aux appareils orthopédiques, ne seront pas sans quelque utilité pratique (voir *Mediz. Centralzeitung*, n° 54, 55).

Le nombre des malades que nous avons traités pendant les deux dernières années, pour des affections de la hanche non congénitales se monte à 39. Chez 27 d'entre eux (c'est-à-dire plus de la moitié) l'affection primitive existait encore lors de leur entrée dans notre établissement; chez les 12 autres, il ne s'agissait que des difformités consécutives. Nous pouvons ranger tous ces cas dans les catégories suivantes :

*a. Affections scrofuleuses de la hanche.*

| | fois. |
|---|---|
| 1. Raccourcissement apparent, obliquité du bassin et contracture de la cuisse. . . . . . . . . . . . . . . . . | 8 |
| 2. Raccourcissement apparent et obliquité du bassin par suite d'une carie de l'os des iles . . . . . . . . . . . . . | 1 |

---

une exiguïté exceptionnelle chez l'homme, rend la tentative de viol et le viol même très possibles, sur une enfant âgée de moins de dix ans accomplis. En second lieu, les mêmes attentats peuvent assez facilement se commettre sur des petites filles comme celles qu'a vues M. Tardieu, et sur lesquelles des manœuvres réitérées ont suffisamment assoupli et refoulé l'hymen, et progressivement dilaté l'orifice vulvaire, au point d'admettre l'extrémité d'une verge en érection. D'ailleurs, sur ce sujet délicat, j'en appelle de la théorie à l'expérience même de M. Penard, et je le renvoie aux observations VII et IX de son excellent ouvrage, relatives à deux petites filles, l'une de huit ans et l'autre de huit ans et demi, qui portaient « des traces non équivoques de défloration et d'une tentative d'introduction de la verge d'un homme ».

M. Penard voudrait un degré intermédiaire au simple attentat à la pudeur et au viol. Mais la loi ne distingue-t-elle pas deux nuances et comme deux degrés dans les attentats à la pudeur : l'attentat consommé ou tenté *sans violence* et l'attentat consommé ou tenté *avec violence* (art. 331 et 332 du Code pénal)? Or, si je m'en rapporte aux interprétations de la Cour suprême et aux commentaires de maints criminalistes éminents, il me semble, ou je me trompe fort, que la tentative de viol de M. Penard ne diffère pas essentiellement de l'attentat *avec violence* du Code pénal. L'analogie sera plus frappante encore, si M. Penard consent à ne pas faire de la rupture incomplète de la membrane hymen la condition nécessaire de la tentative de viol.

La loi admet et distingue si bien cette nuance, ce degré, que deux arrêts de la Cour de cassation (15 décembre 1837, 28 décembre 1843), portent que « la tentative de viol est assimilée au crime lui-même si cette tentative, manifestée par un commencement d'exécution, n'a été suspendue ou n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur. » Mais si M. Penard tombe d'accord avec la loi sur la distinction à faire entre le viol et la tentative de viol, je crains qu'il ne cesse de s'entendre avec elle à propos de la pénalité. M. Penard, en effet, tendrait, sinon à innocenter, du moins à faire profiter du bénéfice des circonstances atténuantes le libertin qui se

3. Raccourcissement par suite d'une fausse ankylose simple angulaire. . . . . . . . 1
4. Raccourcissement par suite d'une ankylose angulaire avec adduction. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 6
5. Raccourcissement par suite d'une ankylose angulaire avec élévation du bassin. . . . . . . . . . . . . . . . . . . 5
6. Raccourcissement par suite d'une simple élévation du bassin. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1
7. Raccourcissement par luxation (avec ou sans destruction de la tête du fémur). . . . . . . . . . . . . . . . . 5
8. Raccourcissement par luxation et élévation du bassin. . . 1

*b. Affections rhumatismales de la hanche.* Au nombre de 9 (dans 7 l'affection primitive existait encore).

1. Adduction simple.. . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2
2. Élévation d'un des côtés du bassin, avec obliquité et position angulaire de la cuisse de l'autre côté. . . . . . . . 1
3. Élévation et position angulaire de la cuisse . . . . . . . 2
4. Obliquité du bassin, avec adduction et rotation de la cuisse en dehors. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2

*c. Affections métastatiques de la hanche.*

Raccourcissement par luxation spontanée à la suite d'une fièvre typhoïde. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 7

*d. Affections traumatiques de la hanche.*

Raccourcissement après une coxite traumatique. Luxation, élévation du bassin et adduction. . . . . . . . . . . . . 2

Le traitement de ces diverses difformités fut comme suit :

Purement chirurgico-orthopédique . . . . . . . . . . . . . 28
Redressement simple, immédiat, sans myotomie. . . . . . . 5
Redressement avec myotomie . . . . . . . . . . . . . . . 6

Pour compléter l'exposé de notre manière d'envisager la pathologie des affections articulaires, ainsi que leur traitement par la gymnastique, l'orthopédie ou la chirurgie, tel qu'il se trouve dans les précédents rapports sur notre établissement, nous ajouterons seulement ici que, suivant les diverses difformités, nous exécutons le brisement dans des directions différentes et précises comme suit :

1. Dans la position angulaire simple, les mouvements forcés doivent se faire dans le sens de la flexion, de l'extension et de la rotation.

2. Dans les vraies luxations, mobilisation de la tête du fémur par flexion et rotation, puis réduction par extension.

3. Dans l'adduction de la cuisse (qui accompage surtout la coxite rhumatismale), abduction dans le sens contraire.

4. Dans l'allongement apparent, rotation de la cuisse en dehors, avec abduction, flexion du genou et brisement dans la direction de la flexion et de l'adduction (voir notre *Mémoire sur une méthode d'extension brusque*, Berlin, 1856, G. Hempel).

5. Élévation du bassin, raccourcissement de la cuisse avec adduction et luxation (difformité résultant d'une coxite traumatique), brisement dans le sens de la flexion, abduction et extension.

Pour la myotomie, voici, selon nous, les indications :

Nous avons recours à cette opération lorsque, après avoir complétement rompu toutes les adhérences, et après avoir mobilisé la cuisse dans toutes les directions, l'adduction et la flexion persistent néanmoins avec cambrure des reins. Quelquefois cela arrive sans qu'on puisse l'attribuer à une véritable rétraction musculaire. La jambe est apparemment dans sa position normale, puis le malade se réveille (après l'éloignement du chloroforme), et la contracture de la hanche se reproduit, au moins en partie, probablement par une contraction spasmodique du muscle psoas-iliaque. Dans de pareils cas, il faut se garder d'avoir recours à la myotomie et d'attaquer les muscles et les tissus aponévrotiques de la partie antérieure de la cuisse. Par-dessus tout, il faut éviter la ténotomie du psoas-iliaque. L'extension simple suffit pour rendre au membre sa position et sa direction normales.

Quant aux appareils mécaniques dont nous nous servons pour le traitement orthopédique consécutif, ce sont tantôt de doubles attelles de bois munies d'une planche pour les pieds et de courroies pour la fixation des membres, tantôt des bandages cartonnés, modelés sur les parties affectées. Dans d'autres cas, qui réclament une extension mieux dirigée, une fixation plus exacte et le redressement de déviations du bassin, l'usage d'un lit mécanique plus compliqué est tout à fait indispensable. Celui dont nous faisons habituellement usage est décrit dans la *Deutsche Klinick*, 1859, n° 24, p. 246. La fixation du bassin a lieu au moyen d'une ceinture que l'on relâche ou resserre à volonté. Sur chacun des os des iles vient s'appuyer une pelotte mue par un pas de vis. Le dos est en outre fixé sur une plaque de fer-blanc qui envoie des prolongements, sous forme de béquilles, dans chaque fosse axillaire ; enfin les obliquités du bassin et la mobilisation de la tête du fémur, au moyen de rotations passives, ont nécessité d'autres appareils qui ont été parfaitement construits par MM. Lorinser et Heine.

*a. Affections scrofuleuses de la hanche.*

Obs. I. — *Coxarthrocace scrofuleuse gauche; obliquité du bassin par suite d'une contracture de la cuisse; allongement apparent; guérison complète par l'orthopédie, appliquée dans le double sens de l'extension de la cuisse et de l'élévation du bassin.*

Paul Glietsch, âgé de quatre ans et demi, de la Repta (Russie), fils d'un fabricant, entre dans notre institut le 13 octobre 1857, dans l'état suivant :

*Dans le décubitus dorsal*, le dos reposait parfaitement sur le lit, le bassin avait sa position normale, et la cuisse gauche était légèrement fléchie dans l'abduction et la rotation en dehors. Raccourcissement apparent de 2 1/2″; mais, dès que l'on tentait l'extension, surtout si l'on soulevait en même temps les deux extrémités tout en empêchant la flexion des genoux, on reconnaissait une obliquité du bassin avec abaissement du côté gauche et allongement apparent consécutif du membre correspondant d'environ 1 pouce 1/2. Inflexion en avant de la colonne vertébrale

---

serait rendu coupable d'une déchirure incomplète de l'hymen, tandis que la loi le punit ni plus ni moins que s'il avait mis en pièces la membrane virginale.

Et en ceci je trouve la loi pleine de sagesse et d'équité; car, en bonne conscience, de ce que l'hymen est incomplétement rompu, êtes-vous sérieusement autorisé à écarter la présomption de viol, et à conclure à une simple tentative? Mais qui prouve que la déchirure incomplète n'a pas suffi pour laisser pénétrer le membre viril, c'est-à-dire pour consommer le viol? N'admettez-vous pas vous-même, avec tous les médecins légistes, que le viol est possible en dehors de toute rupture de cette membrane? Et d'ailleurs, une stricte et rigoureuse morale s'accommode mal de ces distinctions anatomiques; je ne crois pas que l'atteinte portée à l'honneur d'une femme doive se mesurer à la longueur dont la verge a pénétré dans le vagin. Quand la virginité d'une jeune fille a succombé à de brutales attaques, à de sauvages assauts, quel que soit le dommage matériel qu'aient subi ses organes, la victime n'en porte pas moins pour le reste de ses jours le stigmate de la flétrissure et l'opprobre du déshonneur. Si bien que, sur ce point délicat, je me rangerais volontiers à l'avis du professeur Taylor, dont l'opinion est citée et contradictoirement discutée par M. Penard.

Après avoir longuement disserté sur cette importante question de jurisprudence médicale, M. Penard prend son inexpérimenté confrère par la main et l'accompagne dans toutes les péripéties de son épineuse mission, « en face de la commission rogatoire, pendant l'examen de la plaignante, aux prises avec la rédaction du rapport et dans le prétoire de la Cour d'assises ».

Il faut entendre les sages et prudents conseils que notre Mentor donne à son jeune Télémaque; il faut voir avec quelle tendre sollicitude il le mène et le soutient à travers les sentiers étroits et tortueux du dédale judiciaire, et avec quel zèle charitable il cherche à le préserver des écueils où son savoir et sa dignité pourraient échouer; comme il lui recommande d'étudier avec soin la commission rogatoire, de s'en bien pénétrer, de se l'approprier pour ainsi dire, afin de rester strictement dans les limites de son man-

et saillie du ventre. Les mouvements de la tête du fémur sont impossibles, et les sensations de rotation exercées sur l'extrémité inférieure de la cuisse font mouvoir le bassin.

*Dans la station*, le patient s'appuyait sur l'extrémité saine; la plante du pied gauche touchait le sol. L'extrémité gauche, un peu inclinée en avant, est légèrement fléchie dans l'articulation du genou, tandis que le genou droit est quelque peu dévié en dedans. Abaissement du côté gauche du bassin, avec aplanissement du pli de la fesse du même côté. La colonne vertébrale est droite.

*Pendant la marche* qui, quoique très difficile, est possible sans béquilles, le tronc se porte à gauche. Il n'y a de douleurs, ni à la hanche, ni au genou. Pas d'autres symptômes scrofuleux.

Le traitement orthopédique, qui dut être interrompu à cause d'une fièvre scarlatine intercurrente, ne dura que sept mois. Il consista d'abord dans une simple extension de haut en bas, pour combattre la contracture de la cuisse, puis dans le sens opposé pour remédier à l'obliquité du bassin. Grâce aux précautions d'usage, il n'y eut aucun accident pendant le traitement. Le 7 juillet 1858, le malade quitta le lit pour la première fois.

Le résultat, après un an de traitement, était parfait. La marche, tout à fait normale, n'était plus difficile, et même, avec la plus grande attention, on ne voyait aucune différence entre le côté malade et le côté sain. Dans la position horizontale, la colonne vertébrale était parfaitement redressée, et les mouvements, dans l'articulation coxo-fémorale, revenus à leur état normal. État général très satisfaisant; les parents m'ont souvent répété qu'ils n'avaient pas osé espérer un pareil résultat.

OBS. II. — *Coxarthrocace scrofuleuse gauche; raccourcissement 2 pouces 3/4 résultant d'une élévation du bassin (1/2″) et d'une luxation; traitement orthopédique et gymnastique; guérison.*

N. H..., âgée de onze ans, entre dans notre établissement le 21 novembre 1856, avec une difformité grave de la hanche gauche. Pendant plusieurs années, elle avait présenté diverses affections scrofuleuses locales et généralisées. La maladie de la hanche, qui avait été accompagnée d'abcès et d'ulcères fistuleux, avait cédé aux efforts de notre collègue, le docteur Bamberg, et l'emploi des eaux de Kreuznach; mais il était resté la difformité qui va nous occuper.

*Dans la station*, la cuisse est dans l'adduction, le genou dans la flexion. Le bout des orteils atteint le sol, le talon en est séparé par une distance d'environ 5″. Le côté gauche du bassin 1/2″ plus haut que le droit; le trochanter gauche, au moins 3″ plus haut que le droit, fait saillie en dehors et en arrière.

*Dans la marche*, la jambe a la position que nous venons de décrire, seulement l'adduction de la cuisse est plus marquée.

*Position horizontale.* Épine antéro-supérieure de l'os des îles du côté gauche 1/2″ plus haut que celle de droite; l'extrémité gauche un peu dans l'adduction. Raccourcissement 2 1/2″, avec élévation correspondante du trochanter. Rotation assez libre dans l'articulation coxo-fémorale; mouvements très limités du bassin. L'extrémité malade peut exécuter tous les mouvements actifs, même l'abduction. La luxation du fémur est évidente, mais l'immobilité presque complète du bassin, pendant la rotation, indique la présence d'une articulation artificielle.

Un traitement orthopédique d'un an (extension sur mon lit mécanique) suivi d'exercices gymnastiques continués pendant six mois, amenèrent le résultat suivant, très satisfaisant vu la difformité. La malade repose sur ses deux pieds, et si l'on fixe le bassin dans sa position normale, les deux extrémités ne présentent qu'une 1/2″ de différence, ce qui doit être attribué à l'arrêt de développement de la cuisse. Un léger bâton suffit pour la marche qui, auparavant, n'était possible qu'avec deux béquilles. Le temps amènera sûrement encore plus de liberté et de facilité dans les mouvements.

OBS. III. — *Coxarthrocace scrofuleuse droite; allongement apparent par suite d'une obliquité du bassin et d'une contracture de la cuisse; guérison par traitement orthopédique.*

N. H..., âgé de sept ans, entre dans notre établissement le 13 octobre 1857 (envoyé par le docteur Schotten, médecin de la cour à Cassel dans l'état suivant.

*Dans la station*, les deux plantes des pieds reposent sur le sol, mais l'extrémité droite est inclinée en avant et fléchie dans l'articulation du genou, tandis que le genou gauche est étendu. Abaissement d'environ 1 pouce 1/2 du côté droit du bassin.

*Décubitus dorsal.* Abaissement d'environ 1/2-1″ du côté droit du bassin avec légère rotation en avant; la cuisse droite paraît d'autant plus longue; elle est dans l'abduction, le pied renversé en dehors. Légère contracture de la cuisse, de telle sorte que le genou, quoique dans l'extension, ne repose pas sur le lit. Les adducteurs et les muscles qui s'insèrent à l'épine iliaque sont sensiblement contractés. La rotation n'est pas douloureuse, et elle permet de constater la mobilité de la tête du fémur (qui toutefois n'est pas normale), ainsi qu'un mouvement consécutif exécuté par le bassin.

*Position horizontale sur le ventre.* La fesse droite est aplatie, le pli de la fesse oblique; la colonne droite. Même obliquité du bassin et allongement du membre que ci-dessus.

*Dans la marche*, le tronc se penche à droite. Le patient appuie sur les deux plantes des pieds, mais a toujours de la tendance à fléchir le genou.

Dans le décubitus dorsal, la flexion de la cuisse est possible jusqu'à l'angle droit; il en est de même pendant la station. La cause qui empêche une plus forte flexion est dans l'articulation. Aucune douleur pendant la marche; pas d'autres symptômes scrofuleux.

Traitement de six mois sur le lit mécanique. *De fréquents essais d'appliquer* la gymnastique médicale furent sans résultat à cause des douleurs qu'elle occasionnait dans la hanche. Le résultat définitif, après un séjour d'un an dans l'établissement, fut le suivant : Égalisation complète des deux extrémités. Ankylose de la hanche. Marche très bonne lorsque le malade y faisait attention; traînante dans le cas contraire. Le malade fut congédié avec le conseil de s'abstenir de toute espèce de gymnastique.

OBS. IV. — *Coxarthrocace scrofuleuse; abcès de la hanche, sans communication avec l'articulation; raccourcissement apparent par suite de la contracture et de l'adduction; incision des parois de l'abcès; redressement, sans opération sanglante, dans le sens de l'extension et de l'abduction; guérison.*

Le jeune Schultz, âgé de sept ans, entre dans notre institution le 9 mars 1857, après avoir déjà souffert pendant deux ans d'une affection scrofuleuse de la hanche, qui avait, en janvier 1857, donné lieu à la formation d'abcès multiples et à la difformité représentée par les fig. 1 et 2 (1). Cet enfant, très amaigri, couvert d'éruptions cutanées scrofu-

(1) Pour garantir l'exactitude, toutes les figures ont été dessinées d'après des photographies que nous conservons comme pièces justificatives.

---

dat; comme il l'adjure de bien peser tous les termes de son rapport, de bien préciser le sens de ses paroles, de ne rien laisser au vague et à l'incertitude, de ne point sortir de son rôle d'expert et de savant, de ne répondre rigoureusement qu'aux questions qui lui sont faites, de ne pas altérer le caractère d'impartialité dont il est revêtu, et de ne pas s'engager étourdiment, par une pente glissante, sur le terrain d'une défense inopportune ou d'une accusation déplacée. « L'homme de l'art, dit-il, ne connaît ni innocent, ni coupable; il a toujours devant les yeux le serment solennel qu'il a prêté, de dire la vérité, rien que la vérité. » M. Penard, d'accord en cela avec M. Tardieu, estime que les questions préalables, adressées par l'expert à la victime, sont le plus ordinairement inutiles ou dangereuses; il est d'avis qu'il faut, sauf de rares exceptions, commandées par les circonstances, se borner à une constatation purement matérielle.

L'auteur, joignant l'exemple au précepte, cite quelques-uns des rapports qu'il a été appelé à faire en justice, et dont la plupart, quoi qu'en dise sa modestie, seraient dignes d'être proposés comme modèles du genre. Ces rapports excellent en netteté et en concision, qui sont les deux qualités le plus expressément recommandées par M. Penard.

Je signale le paragraphe VIII de ce livre aux méditations de quiconque se sentirait quelque velléité pour la carrière médico-légale. Je veux l'analyser dans l'espoir d'amorcer la curiosité de mes confrères, et de les mettre en goût de lire ce précieux chapitre d'un bout à l'autre :

« .... Vient le jour de l'audience, *dies iræ, dies illa!* Le médecin légiste reçoit de l'huissier audiencier certain papier timbré qui, avec la politesse un peu rétive des invitations de ce genre, lui fait catégoriquement comprendre que, faute par lui de se présenter au palais, il se verra condamné à telle peine que de droit.

» Après la lecture de l'acte d'accusation, l'huissier appelle et parque ensemble témoins à charge et médecin. Tant pis pour le médecin s'il y a vingt-cinq témoins qui le précèdent »; tant pis pour lui s'il perd là une demi-journée au préjudice de ses intérêts et de la santé de ses clients; tant pis pour lui s'il est confondu dans une

leuses, incapable de quitter le lit, restait ordinairement dans le décubitus latéral, sur le côté sain, le tronc et l'extrémité malade formant alors

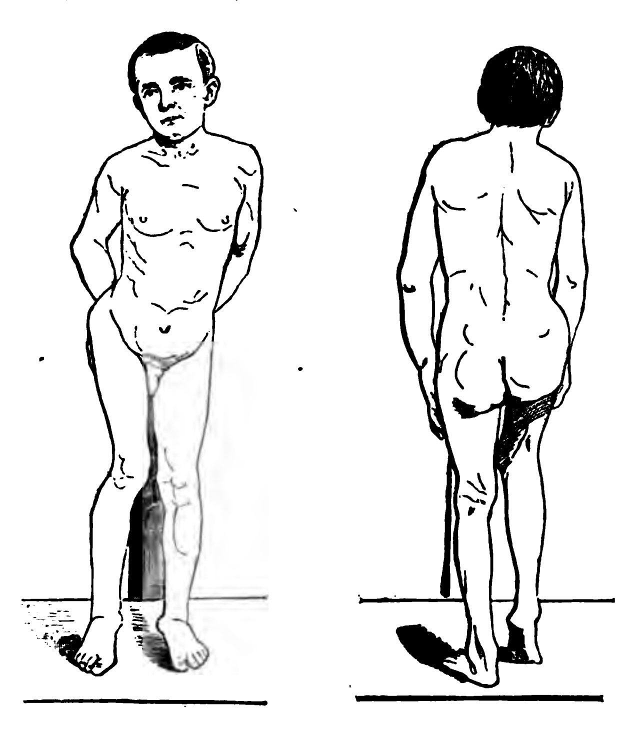


Figure 1. Figure 2.

presque un angle aigu. Dans le décubitus dorsal (fig. 3), le dos ne repose pas sur le plan horizontal; lordose de la colonne vertébrale, flexion et

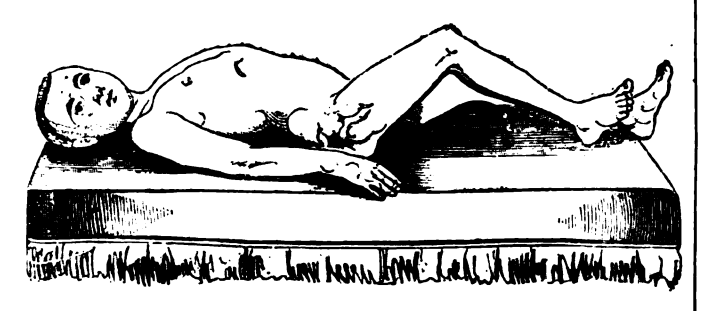


Figure 3.

adduction de la cuisse sans inclinaison du bassin, flexion du genou. L'extrémité malade présente un raccourcissement apparent de 3 1/2″ qui se réduisait à 1″ lorsqu'on soulevait ensemble les deux cuisses, les deux genoux étendus. Ce raccourcissement ne provient que de l'atrophie de la cuisse. La fesse droite, très proéminente, est le siége d'un vaste abcès à suppuration abondante. Après avoir, par des moyens antiscrofuleux, huile de foie de morue, bains, etc., et par un régime tonifiant, remonté, autant que possible, les forces du malade, et après m'être assuré que l'abcès ne communiquait nullement avec l'articulation, je l'ouvris par une incision d'environ 4″ de long, et la guérison suivit bientôt. Pour remédier à la difformité, je fis l'extension brusque de la cuisse avec abduction (sans myotomie), et le résultat définitif fut très satisfaisant, malgré une fracture de la cuisse que toutes les précautions nécessaires à de pareilles opérations ne purent empêcher. La marche est droite, normale; plus de difformité apparente. Une semelle d'environ 1″ de hauteur fut nécessaire à cause du véritable raccourcissement. (Voir fig. 4.)



Figure 4.

Obs. V.— *Coxarthrocace scrofuleuse; immense abcès de la cuisse; raccourcissement par élévation du bassin, sans luxation; traitement médico-chirurgical; deux fois ponction de l'abcès et injection iodée; traitement orthopédique; guérison.*

Le 17 juin 1857, Robert Dressler, âgé de huit ans, entre dans notre institut. Il était très faible et très amaigri à la suite d'une affection scrofuleuse de la hanche qui l'avait rendu difforme. La difformité, caractérisée d'abord par un allongement apparent du membre, provenant d'un abaissement du côté correspondant du bassin et d'une contracture de la hanche, se changea bientôt en une élévation du bassin, accompagnée d'un raccourcissement apparent d'acchronis 1 1/2″, sans que la cuisse soit sensiblement portée dans l'abduction ou dans l'adduction. Nous dûmes lutter, pendant toute une année, pour fortifier assez l'enfant, au moyen d'un traitement médical, pour pouvoir lui faire subir une opération orthopédique. Avant de commencer le traitement orthopédique, il fallut guérir un abcès de la hanche, qui nécessita deux fois la ponction suivie d'injections iodées et d'un bandage compressif. Nous crûmes devoir avoir recours à ces moyens, car l'abcès de la hanche n'était pas autre chose qu'un résidu, qu'un dépôt provenant de l'affection articulaire déjà terminée. L'abcès guérit complétement, et nous pûmes aussitôt passer à l'extension orthopédique, qui fut terminée après un séjour de six mois dans notre lit mécanique. L'arrêt de développement de l'extrémité malade a causé un raccourcissement permanent d'environ 1″; mais toute déviation a cessé, et le petit malade a recouvré une marche normale. Il est du reste dans les meilleures conditions de santé.

Obs. VI.— *Coxarthrocace scrofuleuse gauche; position angulaire de la cuisse, avec ankylose, obliquité du bassin provenant de la flexion de la cuisse sur le tronc; raccourcissement par déviation de la hanche;*

---

chambre étroite avec un mélange malsain de rustres, de manants, d'Auvergnats et de filles publiques. A-t-il le droit de se plaindre? Thémis n'est-elle pas assez généreuse, et ne va-t-elle pas le récompenser largement de tant de patience, de dévouement et d'abnégation? Il lui sera adjugé une prime d'un franc par myriamètre parcouru! Ne faudrait-il pas être bien mal appris pour ne point se contenter d'une si belle gratification?

Et puis, quand il est au milieu du prétoire, voyez comme la cour l'entoure d'égards! Comme les magistrats se montrent doux et bienveillants envers lui! Comme la défense surtout affecte pour lui des formes gracieuses et un langage plein d'aménités et de courtoisie! On le traite, non plus en expert, c'est-à-dire en médecin qui vient loyalement et bénévolement prêter à la justice le concours de son savoir et de ses lumières, mais en témoin et en témoin de la pire espèce! Pendant deux ou trois heures, il est exposé sans merci aux rudes remontrances de Dandin, il reste en butte aux apostrophes de l'Intimé et il est forcé de subir les quolibets de maître Petit-Jean. En vérité, il n'est pas plus à son aise que saint Sébastien. Trop heureux encore si M. le président ne le congédie pas en lui disant poliment « que les hommes de l'art servent souvent à embrouiller merveilleusement les choses, et que le jury ne doit point oublier qu'ils sont quelquefois des oreilles dociles et des plumes complaisantes. » Le compliment a été fait; n'est-il pas charmant et de bon goût?

Ah! que je crois volontiers M. Penard, quand il affirme que « la pratique de la médecine légale est abreuvée d'ennuis, de dégoûts, de découragements de toute sorte; et quand il engage le médecin légiste à ne pas trop compter sur les formes exclusivement paternelles de la Cour d'assises. »

Ce n'est pas qu'il ait à s'en plaindre. Au contraire, il exprime quelque part « sa profonde gratitude pour l'inépuisable bienveillance dont l'ont constamment honoré les membres du tribunal de Versailles ». Plût au ciel que tous les experts pussent en dire autant des magistrats des quatre-vingt-huit autres départements!

M. Penard proteste énergiquement contre l'assimilation du médecin légiste à un simple témoin; et, en terminant, il appelle à

*raccourcissement véritable d'une 1/2″ par suite de l'atrophie de la jambe; redressement sans myotomie; guérison.*

A son entrée chez nous, Clément Schreiber présentait tous les caractères d'une de ces difformités provenant d'une position angulaire de la cuisse, sans luxation :

*Dans la station*, qui n'est possible qu'au moyen d'une béquille, le tronc est penché en avant, le genou fléchi à angle obtus, le talon élevé d'environ 1 1/2″ au-dessus du sol, la fesse gauche très aplatie; toutes les vertèbres dorsales et lombaires forment un grand arc de droite à gauche. La marche, même avec une béquille, est très pénible et n'a lieu qu'à très petits pas.

*Dans le décubitus dorsal*, le dos présente une légère excavation; le côté gauche du bassin est d'environ 1″ plus bas que le droit, quoique les deux trochanters soient à la même hauteur. La cuisse gauche, quelque peu fléchie, est légèrement dans l'adduction. L'abduction, tant passive qu'active, est possible en remuant en même temps le bassin. Lorsqu'on fléchissait fortement la cuisse sur le tronc, le dos reposait parfaitement sur le plan horizontal, et, lorsqu'on fléchissait les deux cuisses, les deux genoux étaient tout à fait à égale hauteur et dans la même direction, et le raccourcissement, qui ne provenait que de la jambe, était d'environ une 1/2″; le bassin était parfaitement droit.

*Dans le décubitus abdominal*, la colonne vertébrale est droite; les deux fesses très proéminentes, la gauche un peu moins que la droite; pli de la fesse normal; raccourcissement d'une 1/2″ provenant seulement de la jambe. Si, dans cette position, on voulait faire mouvoir la cuisse, aucun mouvement n'était possible. Les mouvements, même assez étendus, ne causent pas de douleurs. L'enfant, du reste bien portant et bien nourri, ne présente pas d'autres symptômes scrofuleux.

Quant à l'inclinaison anormale du bassin, elle provenait, dans ce cas, de la flexion de la cuisse (position angulaire). En effet, lorsqu'on fléchissait fortement la cuisse sur le ventre, toute obliquité disparaissait, et les deux épines iliaques se trouvaient à la même hauteur.

La mensuration des deux cuisses (dans la flexion), depuis les épines iliaques jusqu'au bord supérieur de la rotule, ne démontrait aucune différence; mais la jambe du côté gauche, mesurée du bord de la rotule à la malléole externe, présentait un raccourcissement de 1/2 à 3/4″ égal au raccourcissement total déjà noté au commencement de cette observation. Les muscles aussi étaient atrophiés tellement que le pourtour de la cuisse mesurait 2″, celui de la jambe 1″, de moins que du côté sain.

La thérapeutique consista dans l'extension longitudinale, sans myotomie, suivie de l'application d'un bandage cartonné et ouaté, modelé sur le membre, puis plus tard fixation dans mon lit mécanique. Nous eûmes ici à combattre une sensibilité inflammatoire de la hanche qui, exceptionnellement, dura plusieurs mois, et qui nécessita des émissions sanguines locales et l'emploi de l'onguent gris, de l'iode, etc. L'opération eut lieu à la fin de février, et, au commencement de juin, le malade put quitter le lit. Il se tenait debout, sans aucune difformité, et pouvait marcher. Un petit talon artificiel remédia au raccourcissement du membre.

OBS. VII. — *Coxarthrocace scrofuleuse caractérisée seulement par la difficulté de mouvoir la tête du fémur et par une légère élévation du bassin; guérison à l'aide de la fixation du bassin et de l'extension du membre; récidive avec vives douleurs dans le genou; mort par suite de méningite; autopsie.*

Jules Mielitz, âgé de quatre ans, fut, sans cause appréciable, et sans avoir auparavant présenté de symptômes scrofuleux, atteint d'une affection de la hanche. Une difficulté dans la marche et un léger raccourcissement de la cuisse de 3/4″, dû à une élévation du bassin sans luxation, étaient les seuls symptômes qu'il présenta à son entrée dans notre établissement, le 30 mars 1858. Aucune douleur, ni dans la hanche, ni dans le genou. Ne doutant pas, malgré cela, de la gravité du cas, nous ordonnâmes un repos complet, au moyen de mon petit appareil d'attelles, puis plus tard une légère extension. En même temps, traitement antiscrofuleux. Au bout de six mois, la marche était normale; les deux extrémités d'égale longueur, et le malade fut renvoyé guéri. Malheureusement, bientôt après, l'affection récidiva; mais, cette fois, accompagnée des plus vives douleurs dans toute la cuisse droite. Ces douleurs avaient presque le caractère d'un rhumatisme, et diminuèrent par le repos, des compresses de laine grasse, l'application de sacs de son chauffés et secs, et l'emploi intérieur du colchique. Malgré cela, un raccourcissement du membre se fit bientôt remarquer, et l'autopsie seule nous permit d'en reconnaître la vraie nature; car, malheureusement, l'enfant succomba bientôt à une méningite qui se termina par des convulsions. On vit alors que le raccourcissement tenait en partie à une élévation du bassin et en partie à une destruction partielle de la tête du fémur, due à une carie. L'élévation du bassin tenant à une contracture musculaire, disparut facilement sur le cadavre au moyen d'une légère extension de la cuisse. Les restes de la tête du fémur demeuraient encore dans la cavité cotyloïde qui, elle aussi, était cariée, mais sans autre agrandissement que celui qui provenait de la destruction des parties cartilagineuses. Le pus ne s'était point frayé de passage à l'extérieur; mais il avait, au côté externe de l'articulation, soulevé considérablement le ligament capsulaire.

*(La fin prochainement.)*

---

III

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

**DES CYSTICERQUES DE TÉNIAS CHEZ L'HOMME, par E. KOEBERLÉ, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chef des travaux anatomiques.**

(Suite et fin. — Voir les numéros 12, 13 et 17.)

*Caractères spécifiques des cysticerques de ténia observés chez l'homme.*

En résumant les observations des auteurs, les cysticerques de ténias observés chez l'homme sont : le *C. echinococcus*, le *C. turbinatus*, le *C. melanocephalus*, le *C. solium* (*cellulosæ*), le *C. tenuicollis*, et peut-être le *C. serratus* (*pisiformis*) (?).

Le *C. echinococcus* (échinocoque, acéphalocyste), non invaginé, présente les caractères suivants : corps ovalaire de 1/8 à 1/2 mil-

---

grands cris l'adoption d'indispensables réformes propres à « rendre l'exercice de la médecine légale plus profitable aux vues de la justice et moins pénible, moins onéreux de tous points, pour les praticiens dévoués qui consentent à s'en occuper ».

Que Dieu l'exauce et que le gouvernement l'entende !

A. LINAS.

---

— La Société impériale de médecine de Lyon, dans sa dernière séance, a donné à M. Bouchard, interne de l'hospice de l'Antiquaille et lauréat de la Société, la mission d'aller à Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) observer la pellagre qui régnait dans l'asile d'aliénés, placé sous la direction de M. le docteur Billod.

— Les ouvrages suivants ont été adoptés par M. le ministre de la guerre, pour l'usage des élèves de l'École de santé militaire de Strasbourg :

MM. Sappey, *Anatomie*; Béclard, *Physiologie*; Malagutti, *Chimie*; Ganot, *Physique*; Moquin-Tandon, *Botanique et Zoologie médicales*; Morel et Willemin, *Histologie*; Nélaton, *Pathologie externe*; Grisolle, *Pathologie interne*; Chomel, *Pathologie générale*; Sédillot, *Médecine opératoire*; Cazeaux, *Accouchements*; Bouchardat, *Matière médicale*; Michel Lévy, *Hygiène*; Briand, *Médecine légale*.

— Par décision de la commission administrative des hospices de Nantes, M. le docteur Letenneur, premier chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu de cette ville. MM. les docteurs Heurtaux et Jouon, anciens internes des hôpitaux de Paris, ont été nommés, à la suite d'un brillant concours, chirurgiens suppléants.

— M. le préfet de la Gironde vient de faire connaître le résultat du concours de vaccine pour l'année 1860. Quarante-cinq candidats ont pris part à ce concours; ils ont fourni un ensemble de 4,633 vaccinations et 553 revaccinations. Voici la liste des médecins qui ont obtenu des récompenses :

MM. les docteurs Caussade, Mauret, Nioucel, Felletin, Sémiac, Trouillet, Mesple, Roumat.

---

limètre de long, à surface finement chagrinée, ou lisse, lorsqu'il est momifié. Tête quadrilatère, armée d'un double rang de petits crochets, ordinairement au nombre de 30 à 40, et quelquefois au delà de 100, dont la longueur maximum est de 0mm,035, et qui sont disposés autour d'un rostre mousse, munis de quatre ventouses, séparés du tronc (vessie ou vésicule caudale) par un étranglement. Vessie caudale pleine de liquide incolore, recouverte à sa face interne de corpuscules arrondis, en nombre variable, terminée par une cicatricule déprimée, au moyen de laquelle l'animal adhérait à l'échinocoque mère par l'intermédiaire d'un court pédicule.

L'échinocoque mère ou vésicule hydatique est recouverte par une enveloppe chitineuse sphéroïde, d'une régularité variable, constituée par des couches concentriques plus ou moins épaisses et distinctes d'une matière amorphe, hyaline, élastique, friable, qui est un produit de sécrétion du corps de l'échinocoque. Celui-ci est distendu par du liquide et est étalé à la surface interne de cette enveloppe sous la forme d'une membrane très mince, jaunâtre, dont la surface interne est hérissée d'échinocoques jaunes et adultes, lesquels s'offrent à l'œil nu de l'observateur sous forme de granules très ténus. Les jeunes échinocoques se transforment peu à peu en échinocoques mères. L'échinocoque mère peut ainsi renfermer d'autres échinocoques mères, ses filles ou vésicules hydatiques secondaires, dont le nombre et le développement varient, et ainsi de suite, pendant trois, quatre, cinq générations successives (1).

L'échinocoque génératrice primitive a quelquefois au delà de 0m,15 de diamètre. Sa forme sphéroïde est souvent altérée par les accidents de structure ou de voisinage de l'organe dans lequel elle a établi sa résidence. Elle est renfermée, comme tous les cysticerques de ténias, dans un kyste fibreux avec lequel elle ne présente aucune adhérence. Le *C. echinococcus* se transforme en *Tænia echinococca*, qu'on a trouvé dans le canal intestinal du chien.

Le *C. turbinatus*, dont la vésicule caudale, de forme variable, arrondie, elliptique, irrégulière, renfermant un liquide transparent, tenant en suspension des flocons blanchâtres, n'offre, d'ailleurs, rien de spécifique, est caractérisé par son orifice d'invagination en forme de croissant, parfois difficile à apercevoir, sa partie céphalique est recoquillée en spire, et se présente sous forme d'un noyau aplati latéralement comme une lentille. Les crochets sont grêles, élancés, au nombre de 24 à 32, dont les grands mesurent jusqu'à 0mm,20 de long, et dont les petits mesurent jusqu'à 0mm,14 de long. L'extrémité céphalique est incolore, ou plus ou moins pigmentée, plus ou moins arrondie ou quadrilatère. On y distingue vaguement les traces d'une vésicule ou cavité céphalique (*receptaculum capitis*) située entre les quatre ventouses, dont la forme est légèrement elliptique, et le rostellum qui est hémisphérique (2). Le *C. turbinatus* diffère du *C. solium* par la forme de ses crochets qui sont beaucoup plus élancés, et par leur longueur relativement supérieure, et surtout par son mode d'invagination spiroïde. Le *C. turbinatus* se transforme en *Tænia turbinata* (?) encore inconnu.

Le *C. melanocephalus* se rapproche beaucoup du *C. tenuicollis*. Ses crochets sont puissants et massifs, longs de 0mm,17 et de 0mm,12, chez l'individu observé. L'invagination est cylindroïde et peut être double. Son extrémité céphalique est très élargie et mesure 1 millimètre ; le col, qui lui fait suite, n'offre que 0mm,2 de largeur. Un dépôt de pigment très abondant, en forme de couronne, entoure la base des crochets et le rostellum, lequel est hémisphérique.

Cette espèce de cysticerque se rapporte probablement au *Tænia melanocephala* que van Beneden a trouvé dans l'intestin du mandrille (*Simia Maimon*), mais que cet helminthologue a classé dans le groupe des ténias dépourvus de crochets, par suite, je crois, d'une investigation insuffisante. « Le *Tænia melanocephala* n'a ni rostellum ni crochets (?), les ventouses sont proportionnellement petites ; la tête est un peu plus large que le cou. Ce qui distingue surtout ce ténia, c'est la largeur extraordinaire des segments relativement à l'étroitesse du cou et de la tête. On voit des taches de pigment sur les ventouses et au milieu d'elles : c'est ce qui lui a valu son nom spécifique (1). »

Le *C. solium* (*C. cellulosæ*, cysticerque ladrique) présente les caractères suivants, d'après Rudolphi (2). « Cyst. capite tetragono, » collo brevissimo antrorsum increscente, corpore cylindrico lon- » giore vesica caudali elliptica transversa. » Selon Davaine (3), l'orifice d'invagination est petit et peu visible ; les grands crochets ont une longueur de 0mm,17, et les petits 0mm,11 ; on remarque, dans la tête, des canaux longitudinaux très apparents ; les corpuscules calcaires sont très nombreux. La vésicule caudale est variable ; elle n'est elliptique transversalement que dans les muscles. Les crochets sont au nombre de 24 à 32 : leur longueur maximum est de 0mm,18 pour les grands crochets, et de 0mm,13 pour les petits. Les canaux longitudinaux ne sont pas toujours très apparents. L'invagination est cylindroïde, double, analogue à celle du *C. melanocephalus*. Le *C. solium* se transforme en *T. solium* chez l'homme (?) (4).

Le *C. tenuicollis* a beaucoup d'analogie avec le *C. melanocephalus*. On le rencontre surtout chez les ruminants. Chez ces derniers, on l'observe sous forme de vésicules qui atteignent 60 millimètres et plus de diamètre. Les crochets sont au nombre de 28 à 48. Les grands crochets mesurent 0mm,18 à 0mm,21, les petits 0mm,114 à 0mm,15 de longueur. Les ventouses offrent 0m,32 à 0mm,36 de diametre. Un cou grêle et court fait immédiatement suite à la tête ; elles sont ordinairement colorées en noir par du pigment. Le corps de ce cysticerque atteint parfois une longueur de 10 centimètres. Son invagination dans la vésicule caudale est cylindroïde. A l'état proglottifère, il constitue le *Tænia e cysticerco tenuicolli*.

Le *C. serratus* (*pisiformis*) du lapin forme des vésicules qui mesurent jusqu'à 12 ou 15 millimètres de diamètre. Il est muni de 40 à 48 crochets : les grands ont une longueur de 0mm,20 à 0mm,25, et au delà ; les petits ont environ un tiers de longueur de moins, jusqu'à 0mm,145. La tête est globuleuse tétragone, et a près de 1 millimètre de largeur. L'invagination est cylindroïde. Le *C. serratus* se transforme en *C. serrata*.

*Des proglottides de ténias et de la manière dont ils se comportent.*

On donne le nom de proglottides (vers cucurbitains des anciens auteurs) aux anneaux ou aux segments désagrégés et séparés du corps des helminthes cestoïdes. Ces proglottides constituent, en quelque sorte, des utérus ambulants, qui se détachent spontanément de l'extrémité caudale de ces helminthes (5), à la maturité des œufs dont ils contiennent d'énormes quantités. Ces œufs sont expulsés par les orifices des canaux génitaux, et se mêlent ensuite aux excréments de leurs hôtes.

Les proglottides qui sont entraînés avec les excréments ou qui sortent spontanément par l'anus, sont doués de vie et de mouvement. Ils peuvent cheminer à plusieurs décimètres de distance, en rampant à la manière des annelides sur des surfaces très obliques, même verticales, et parfaitement lisses : ils adhèrent au

(1) Les vésicules hydatiques deviennent quelquefois stériles dès la deuxième génération. On les désigne alors sous le nom d'*acéphalocystes*.

(2) Dans un certain nombre d'observations des auteurs, les cysticerques décrits sous le nom de *C. cellulosæ* sont probablement de l'espèce du *C. turbinatus*, et peut-être aussi d'espèces particulières qu'il est impossible de spécifier et de déterminer d'après les descriptions vagues et très incomplètes qui en ont été données.

(1) Gervais et van Beneden, *Zoolog. médic.*, t. II, p. 243.

(2) Rudolphi, *Entozoor. synopsis*, Berlin, 1819, p. 180.

(3) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, Paris, 1860, p. 21.

(4) Il est probable que les ténias, désignés sous le nom de *T. solium* chez l'homme, forment plusieurs espèces ou variétés distinctes qui se rapportent peut-être en partie aux ténias provenant du *C. tenuicollis*, du *C. serratus*, etc., modifiés par leur séjour dans le canal intestinal de l'homme, ainsi que cela arrive très certainement aux bothriocéphales.

(5) Les bothriocéphales se désagrègent rarement en proglottides isolés ; ils se rompent par fragments qui ne sont expulsés qu'à des intervalles plus ou moins éloignés ; les proglottides de ténias sortent ordinairement de l'anus isolés les uns des autres.

moyen d'un mucus épidermique glutineux et transparent qui devient blanchâtre à la suite de leur immersion dans l'eau. Pendant qu'ils cheminent, ils expulsent sur leur passage des traînées d'œufs. J'ai constaté ces faits sur des proglottides de *T. solium* et de *T. serrata*, après leur issue spontanée hors de l'anus. Après leur sortie du canal intestinal de leurs hôtes, ils s'engourdissent, puis meurent assez rapidement.

*Des œufs de ténia et de la manière dont ils se comportent.*

Les œufs de ténia ont une forme légèrement ovalaire, un diamètre de 0mm,03 environ (1), et sont revêtus d'une coque dure fort épaisse, formée de corpuscules prismatiques hexaédriques juxtaposés latéralement, qui les garantit contre les froissements extérieurs. Ils jouissent d'une vitalité considérable. Ils se conservent vivants, pendant plusieurs semaines, au milieu des matières animales et des proglottides en putréfaction, et résistent à une température humide assez élevée. Ils ne paraissent pas éclore immédiatement après leur ponte dans le canal intestinal, probablement parce qu'ils n'y séjournent pas assez longtemps, parce qu'ils en sont entraînés avec les mucosités intestinales et les résidus de la digestion. Ils continuent à se développer dans les matières en putréfaction. Aussi, Kuchenmeister a-t-il fait remarquer que les expériences d'infestation artificielle des animaux par les œufs de ténias réussissent mieux avec des proglottides qui commencent à se putréfier, c'est-à-dire douze ou quinze jours après leur expulsion.

*De la stérilité accidentelle des ténias.*

Il existe des ténias complétement stériles, et, partant, non susceptibles de se reproduire : leurs œufs sont abortifs ou rudimentaires, souvent sans vestiges d'embryon.

Les proglottides stériles de *T. serrata* ou de *T. solium* ont d'ordinaire une forme carrée, et sont blanchâtres, transparents.

Les anneaux fertiles renferment un canal central avec des ramifications latérales, irrégulières, grisâtres, opaques, remplies d'une énorme quantité d'œufs; ils ont une forme quadrilatère allongée.

J'ai constaté la stérilité complète ou partielle de diverses espèces de ténias. Elle est très fréquente chez le *T. solium*. Il arrive quelquefois qu'un ou plusieurs anneaux stériles sont intercalés au milieu de nombreux anneaux fertiles. D'autres fois, le contraire se présente, et l'on voit un ou plusieurs anneaux fertiles comme perdus au milieu des anneaux stériles.

*De l'introduction artificielle des embryons de ténias dans l'économie.*

Lorsque l'on donne à manger à des animaux des proglottides mûrs et fertiles, les œufs de ces derniers éclosent dans le canal intestinal par suite de l'action exercée par le suc gastrique sur la coque, qui est de nature chitineuse, et qui se désagrége alors aisément en ses éléments prismatiques.

Les jeunes ténias (embryons, scolex) perforent avec leurs crochets (2) la mince paroi épithéliale de l'intestin, pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques sous-jacents, ou bien dans les vaisseaux capillaires sanguins, d'où ils sont naturellement entraînés par le courant circulatoire dans les ramifications des veines intestinales, qui les amènent dans la veine porte, et de là dans le foie. Ils peuvent s'arrêter dans les capillaires de ce dernier organe, ou, si le volume de leur corps ne s'y oppose pas, ils traversent ces capillaires, s'engagent dans les veines sus-hépatiques, traversent le cœur droit et s'arrêtent dans les capillaires sanguins du poumon.

(1) Ceux du *T. solium* ont 0mm,028 à 0mm,033. Les œufs du bothriocéphale de l'homme ont une longueur double; leur forme est ellipsoïde; leur coque est très mince et est munie d'un opercule qui devient visible sous l'influence des acides, ou bien en écrasant les œufs entre deux plaques de verre.

(2) Malgré les recherches les plus assidues, je n'ai jamais pu trouver d'embryon hexacanthe (?), quoique j'aie examiné des cysticerques du lapin (*C. serratus*) ayant moins de 1 millimètre de long, et des échinocoques par milliers, chez l'homme et chez des animaux domestiques, implantés sur la membrane proligère, à tous les degrés de développement, de 0mm,02 à 0mm,03 et au-dessous; je les ai trouvés ordinairement munis de 12 ou de 24 crochets, et une seule fois de 8 crochets.

C'est ainsi que la maladie du poumon, connue sous le nom de pommelière chez les vaches, etc., est occasionnée par la présence des embryons de ténias (échinocoques) qui s'y trouvent arrêtés. Lorsque ces derniers sont à même de traverser les vaisseaux capillaires des poumons, ils s'engagent dans les veines pulmonaires, qui les amènent dans le cœur gauche, d'où ils peuvent ensuite être charriés au hasard par les artères dans tous les organes de l'économie indistinctement; ils sont spécialement arrêtés dans ceux dont les vaisseaux capillaires ont le plus petit calibre.

Les jeunes ténias sont à même de perforer les parois des capillaires et de cheminer pendant quelque temps dans l'épaisseur des tissus. Ils peuvent traverser l'enveloppe séreuse d'un viscère lorsqu'ils ont été transportés à sa superficie, comme dans le foie, d'où ils tombent dans la cavité péritonéale et se fixent en un point quelconque (1).

Arrêtés ou fourvoyés au milieu des tissus, ils s'y enkystent en même temps que leur tête se rétracte et s'invagine dans la partie postérieure de leur corps. Celle-ci s'infiltre peu à peu de liquide, se distend progressivement et devient ainsi la vésicule ou la vessie caudale. Les traces de la dépression ou de la cicatricule terminale par laquelle l'embryon était fixé aux membranes de l'œuf par un pédicule (2) disparaissent par la distension, et l'embryon du ténia constitue dans cet état une sorte de larve qu'on est convenu d'appeler un cysticerque ou un deutoscolex, ce que les anciens nommaient une hydatide, une vésicule hydatique, *lumbricus hydropicus*, etc.

Des expériences d'infestation par des œufs de ténias ont été fréquemment répétées, et les résultats obtenus par Kuchenmeister, von Siebold, van Beneden, Leuckart, Haubner, Röll, Eschricht, ne sauraient être révoqués en doute. Il est très difficile de rencontrer des embryons dans le sang des veines intestinales à cause de leur extrême ténuité; toutefois, lorsque l'on nourrit avec une grande quantité de proglottides mûrs des lapins, ceux-ci meurent au bout d'un à deux jours, et ils paraissent succomber à l'irritation et à l'inflammation du canal intestinal et du foie, ce que l'on constate à l'autopsie.

Leuckart, à la suite de ses expériences, n'a jamais pu retrouver d'embryon dans les vaisseaux biliaires; mais il en a rencontré un quatre fois dans le sang de la veine porte.

Kuchenmeister, Haubner, ont pensé que les embryons pénétraient dans le foie par l'intermédiaire du canal cholédoque à la manière des douves, des lombrics, etc.; mais jusqu'ici on n'a jamais rencontré de cysticerque en liberté dans les vaisseaux biliaires, et particulièrement dans la vésicule du fiel (3). Si des embryons pénètrent dans le canal cholédoque, c'est très exceptionnellement (4).

*De l'introduction accidentelle des embryons de ténias dans l'économie.*

Si des proglottides ou des œufs de ténias introduits expérimentalement dans l'intestin y éclosent, ceux qui sont introduits par hasard avec les aliments ou les boissons doivent nécessairement se comporter de la même manière.

(1) On a cherché à expliquer ainsi la présence des cysticerques dans la cavité péritonéale; mais un certain nombre d'embryons s'engagent incontestablement dans le réseau lymphatique sous-epithélial et s'arrêtent dans les vaisseaux lymphatiques des mésentères ou des épiploons. Je crois même que ce mode d'immigration est très fréquent chez le lapin, le chat, etc. Les cysticerques se trouvent surtout sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui proviennent de l'intestin, ce qui est d'autant plus aisé à vérifier que les cysticerques sont encore plus petits.

(2) Ce pédicule ou funicule ombilical s'observe aussi bien chez les helminthes cestoïdes que chez les nematoïdes, etc. Il est facile à voir chez les échinocoques encore appendus à la paroi ovigère. On ne peut le voir aisément chez les embryons des bothriocéphales et des ténias que dans les œufs abortifs, dont l'embryon ne remplit pas complétement la capacité et ne masque pas ce pédicule par l'opacité de son corps.

(3) Les échinocoques que Schröder van der Kolk, Bouchut, Barlow, et moi-même, avons trouvés environnés de bile, ne paraissent pas s'être développés dans les vaisseaux biliaires mêmes; ces vaisseaux se sont sans doute rompus à la suite d'une inflammation ou de leur distension.

(4) La manière dont le *C. cœnurus* cheminerait, d'après Kuchenmeister, du pharynx vers le cerveau, à travers l'un des orifices de la base du crâne, par les trous ethmoïdaux ou par l'intermédiaire des vaisseaux, est une assertion très problématique, sinon étrange.

Les proglottides et les œufs provenant des ténias qui habitent l'intestin de l'homme ou des animaux domestiques, confondus avec les résidus de la digestion, restent mêlés aux immondices dans lesquelles fouillent certains animaux, ou sont entraînés par la pluie ou de toute autre manière dans les ruisseaux, dans les flaques d'eau, dans les mares ou les dépôts vaseux. Ils deviennent ainsi une source de contagion pour les hommes qui font usage de ces eaux, pour les animaux qui s'y abreuvent, ou qui y séjournent, tels que les oiseaux aquatiques, des reptiles, ainsi que pour les poissons, etc.

L'humidité et la pluie, en s'opposant à la dessiccation et en favorisant la conservation et le transport des œufs, sont éminemment propres à leur propagation et à la contagion. Aussi, dans les années ou dans les saisons humides et pluvieuses, les parasites pullulent en grand nombre. La contagion revêt alors aisément le caractère épidémique et sévit sur l'espèce bovine, l'espèce porcine, les bêtes fauves, etc., qui y sont spécialement exposées dans les pâturages, etc (1).

L'infestation de l'économie par des cysticerques chez l'homme survient très probablement à la suite de l'usage d'une eau bourbeuse contaminée par des œufs de ténias, ou par l'usage d'aliments préparés avec du sang d'animaux qui contiendrait des embryons de ténias et qui n'aurait pas été chauffé suffisamment; les viandes crues ou rôties saignantes, comme le jambon ou le lard cru, ou simplement salé et fumé, les biftecks saignants, le jus de viande crue, etc., peuvent pour les mêmes raisons, nous infester de ces parasites (2).

La résidence des vers cestoïdes chez diverses classes d'animaux, tels que les reptiles, les mollusques, les articulés, etc., a été peu étudiée jusqu'ici. Des recherches ultérieures éclairciront probablement des points jusqu'à présent obscurs de l'origine et de la propagation de quelques-unes de leurs espèces (3).

*Des embryons des vers cestoïdes dépourvus de crochets.*

On n'a pas encore observé jusqu'à présent des cysticerques de *bothriocéphales et de ténias non armés*, parce que les embryons de ces derniers étant dépourvus de crochets, ne peuvent perforer l'intestin et s'insinuer de là dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou s'engager dans les veines intestinales, etc. Les embryons des cestoïdes bothriocéphales et gymnoténiens ne pouvant traverser l'intestin, s'y fixent simplement avec leurs ventouses et s'y transforment en vers rubanés proglottifères.

De nombreuses espèces de ténias et de bothriocéphales sont très communes chez les poissons et chez les oiseaux de mer et de rivière, les canards domestiques et sauvages, les oies, les cygnes, etc. Ceux-ci s'infectent réciproquement par les œufs de leurs parasites expulsés avec leurs excréments, ou avalés directement avec leurs hôtes. Par suite aussi, les hommes et les animaux domestiques, etc., qui habitent les bords des rivières, des fleuves, des lacs, etc., dont les eaux sont contaminées et qui en font usage, en sont infestés.

Dans certaines conditions géologiques, climatologiques ou économiques, la contagion revêt parfois le caractère endémique. Au rapport du R. P. Laverlaclère, les eaux du lac Abbitibbi sont vaseuses, désagréables au goût, et donnent le ver solitaire à tous ceux qui en boivent pendant un certain temps; il n'est pas un seul des Indiens qui habitent ses bords qui ne soit atteint de cet hôte incommode; aussi, sont-ils d'une maigreur extrême et d'un appétit dévorant (1). Il est très probable que les bothriocéphales, si communs chez les Suisses (un quart des habitants de Genève, un septième de la population du pays en est affecté d'après Odier) et au delà de la Vistule, en Pologne et en Russie, ainsi que dans la Hollande et certaines localités de la Suède, au voisinage de la mer Baltique et à l'embouchure des fleuves, proviennent des eaux des lacs ou des rivières dont on fait usage. Les montagnards et les habitants de l'intérieur des terres, en Suède, sont en général exempts de ces parasites.

*De la transformation des cysticerques en ténias proglottifères.*

Les cysticerques de ténias se transforment en ténias proglottifères (c'est-à-dire en vers rubanés ou strobiles), lorsque, ayant été avalés par hasard par un carnivore ils échappent à la mastication et parviennent à se fixer avec leurs crochets et leurs ventouses à la paroi intestinale.

Les expériences de transformation de cysticerques de ténias en ténias proglottifères ont été souvent renouvelées. Les expériences réussissent plus aisément lorsque les cysticerques n'ont pas acquis un volume trop considérable, ou qu'on les a débarrassés de la vésicule caudale; ils résistent très bien à cette mutilation, pourvu que la tête et une portion du cou restent intactes (2). Kuchenmeister (3) a le premier démontré expérimentalement que les vers cystiques (cysticerques, hydatides) ne sont que des larves de vers rubanés (cestoïdes).

L'animalité des hydatides, soupçonnée par Redi (4), fut confirmée par Hartmann (5) et par Tyson (6), et définitivement établie par Pallas (7). On s'accorda dès lors pour les regarder comme des ténias pathologiques, hydropiques ou fourvoyés. La découverte et la connaissance plus approfondie de la génération alternante, qui déjà avait été signalée par Chamisso en 1819, chez les biphores, et qui fut élevée à l'état de théorie par Steenstrup (8), d'après les données que l'on possédait alors, donnèrent une sanction nouvelle aux conjectures de Tyson et de Pallas. « Peut-être, a dit Steenstrup, ne connaît-on pas encore les animaux parfaits des vers cystiques; mais, de toute manière, il n'est pas invraisemblable qu'il puisse leur arriver avec le temps ce qui est arrivé à toute la sous-division des trématodes agames, tels que les cercaires, les leucochlorides, etc., qui ont dû disparaître des classifications comme n'étant que des formes ou des générations transitoires. » Dujardin (9) considérait les cysticerques comme étant une modification des ténias, lesquels, ne pouvant suivre les phases ordinaires de leur développement normal dans l'épaisseur des tissus des mammifères, devaient périr en quelque sorte à l'état d'embryon hypertrophié. Von Siebold (10) était porté à croire que les vers vésiculaires ne sont rien autre que des larves de ténias. Kuchenmeister (11) devait le premier, en 1851, confirmer expérimentalement ces hypothèses en nourrissant des chiens avec le *C. serratus* du lapin, et obtenir ainsi le *T. serrata*.

(1) L'affection connue sous le nom de tournis, chez l'espèce ovine et chez l'espèce bovine, très fréquente en Bohême, d'après von Siebold, provient de l'infestation du cerveau par des cysticerques du *T. cœnurus* (cœnures). L'infestation dérive probablement des œufs et des proglottides du *T. cœnura* qui habite l'intestin des chiens des bergeries. Ces chiens, par leurs excréments, contaminent les pâturages. Il suffit de les débarrasser de leurs parasites, selon von Siebold, pour faire cesser l'épidémie.

(2) Il est probable que, chez l'homme, certains cysticerques regardés comme *C. cellulosæ*, et certains ténias regardés comme *T. solium*, se rapportent aux espèces *C. serratus*, *C. tenuicollis*, etc., modifiées; autrement, la seule viande fraîche à même d'infester du ténia serait presque exclusivement la chair du porc, ce qui n'est pas l'expression des faits observés.

(3) Stein (*Zeitschrift für wiss. Zool.*, 1853, t. IV, p. 205) a trouvé chez le ténébrion de la farine des formes enkystées très analogues à des cysticerques de ténias. D'autres cysticerques ont été signalés par Meisner (*C. arionis*), par von Siebold chez le *Gammarus pulex*, par d'Udekem chez le *Tubifex rivulorum* (*l'Institut*, 1re section, 1856, p. 82). — L'infestation des animaux herbivores, etc., pourrait en partie provenir d'une pareille source. Le *Gryporhynchus pusillus* (Nordmann) figuré par Wagener (*Beitræge zur Entwicklungsgeschichte der Eingeweidewürmer*, Harlem, 1857), et trouvé par cet helminthologue dans le *Cyprinus tinca*, ne diffère sensiblement de l'échinocoque que par son volume presque double.

(1) *Annales de la propagation de la foi*, 1852, p. 75.

(2) Ils se comportent en cela comme les ténias eux-mêmes. On sait, en effet, que lorsque la plus grande partie du corps d'un ténia a été expulsée, pourvu que la rupture du ver ait eu lieu près de la tête, le parasite ne se reproduit plus, tandis que ses anneaux se regénèrent lorsqu'on n'est parvenu qu'à expulser des anneaux d'une certaine largeur. Dans ce dernier cas, les proglottides apparaissent de nouveau dans les selles au bout de deux à trois mois.

(3) *Prager Vierteljahrsschrift*, 1852, Bd. XXIII (*Ueber die Umwandlung der Finnen in Bandwürmer*).

(4) Redi, *Opere*, t. 1, Venezia, 1684.

(5) *Ephem. N. C.*, dec. 2, an 4, 1685, *Observ. vermes vesic.*, p. 152.

(6) *Philos. Trans.*, t. XVII, 1693, p. 506.

(7) Pallas, *Miscell. Zool. Hagæ comitum*, 1766.

(8) Steenstrup, *Ueber den Generationswechsel*, 1842.

(9) Dujardin, *Histoire naturelle des helminthes*, 1845.

(10) Von Siebold, *Anatomie der wirbellosen Thiere*, 1848, p. 111.

(11) *Loc. cit.*

Le corps des cysticerques fixés à la paroi intestinale, flottant en liberté dans la cavité des intestins, y est incessamment en contact avec le chyme, aux dépens duquel il se nourrit et s'accroît par imbibition. La vésicule caudale se transforme en un proglottide terminal lorsqu'elle n'a pas été retranchée ou qu'elle a échappé à la mastication. Les plissements transversaux du cou deviennent l'origine de la segmentation en proglottides. Le canal central du cou, d'abord continu avec la vésicule caudale, se subdivise lui-même en autant de cavités secondaires qu'il existe d'anneaux. Chaque cavité des futurs proglottides renferme déjà les germes des ovules, qui ont été confondus à tort avec les corpuscules calcaires des cysticerques (pl. III, fig. 20). Les ovules, qui parfois deviennent abortifs, prennent alors un grand développement et se multiplient d'une manière énorme. Chaque segment fournit plus d'un millier d'œufs. La paroi ovigère interne primitive finit par devenir insuffisante et se plisse irrégulièrement, de manière à former des saillies ou des prolongements dont les espaces intermédiaires paraissent, chez les proglottides mûrs, comme des ramifications d'un canal central (oviducte), dans lequel tombent et s'accumulent les ovules lorsqu'ils sont tout à fait mûrs. De là, les œufs sont expulsés par les contractions de la paroi musculaire externe des proglottides, à travers un orifice ou pore génital situé d'une manière régulière, irrégulière ou alternative sur l'un des côtés de ces derniers (1). En même temps que les ovules se multiplient et grandissent, l'organisation des anneaux se complique ; il s'y développe des appareils sécréteurs (2), accessoires (glandes séminales, vitelligènes, etc.) et des canaux excréteurs. L'organe regardé comme étant un testicule s'atrophie et disparaît dans les articles en voie de maturité, dans lesquels on ne rencontre plus que des œufs : cette circonstance a fait longtemps méconnaître les organes mâles, qui ne sont bien distincts que dans les articles voisins de la tête (3). Les proglottides mûrs se détachent spontanément de la partie terminale du ver. Ainsi isolés, ils se meuvent d'une manière assez rapide en s'allongeant et en se raccourcissant, à l'instar des annelides.

L'aplatissement du corps des cestoïdes et, partant, des proglottides, paraît dériver du recoquillement primitif du corps de certains cysticerques. Au moins, cette explication serait très vraisemblable pour le *T. turbinata* (?), du *C. turbinatus*, dont le cou, invaginé et enroulé sur lui-même, est déjà ainsi naturellement aplati.

On n'a point de données sur l'origine du *Tœnia mediocanellata*, qui est inerme. Il paraît assez fréquent chez l'homme et est inconnu à l'état de cysticerque (4).

On ne connaît pas non plus l'origine du *Tœnia nana*, qui est muni de crochets et qui n'a été observé qu'une seule fois chez l'homme en Égypte par Bilharz (5).

*De la transformation directe des embryons de ténias armés en vers rubanés proglottifères.*

On admet, en général, depuis les expériences de Kuchenmeister, de von Siebold, de van Beneden, de Haubner, de Lewald, de Leuckart, que les ténias proviennent uniquement des cysticerques d'animaux dont les animaux carnivores ont fait leur pâture, et que le ténia proglottifère a dû nécessairement passer par l'état de cysticerque.

Néanmoins, je crois que les embryons éclos dans les immondices ou dans le canal intestinal peuvent directement parvenir à leur développement complet en séjournant dans l'intestin.

(1) Chez certaines espèces de ténias, il existe un orifice génital des deux côtés. Chez les bothriocéphales, les pores génitaux se trouvent sur la même ligne sur l'une des faces du ver. Le pore génital mâle est situé au sommet d'un petit mamelon qui renferme un pénis rétractile ; l'orifice femelle est situé en arrière de l'orifice mâle, et n'est point proéminent.

(2) Wagener, *Die Entwicklung der Cestoden*, dans *Nov. Act. n. c.*, 1854, t. XXIV, suppl., p. 17.

(3) Leuckart, *Die Blasenbandwürmer und ihre Entwicklung*, Giessen, 1856, p. 83.

(4) Kuchenmeister, *Die in und an dem Kœrper des lebenden Menschen vorkommenden Parasiten*, Leipzig, 1855.

(5) Cité par Bremser, *Ueber lebende Würmer im lebenden Menschen*, Wien, 1819.

Les pigeons, les oies, les canards, les cygnes, etc., renferment des ténias pourvus de crochets qui certainement n'ont point passé par l'état de cysticerques, puisqu'ils ne se nourrissent point d'autres animaux dont le corps a pu en contenir. Il en est de même des animaux frugivores et herbivores, qui n'hébergent pas moins des ténias dans leur canal intestinal. Bruckmüller ayant trouvé plusieurs milliers de petits ténias dans l'intestin d'un jeune chien, Röll a fait remarquer avec raison qu'il n'est pas possible d'admettre que ce chien ait dévoré dans un court espace de temps une quantité aussi grande de cysticerques correspondants. La transformation directe des embryons de ténias en ténias proglottifères est nécessaire pour l'explication de ces faits, dont l'expérience n'a pas donné encore des preuves directes certaines.

Lorsque les embryons n'ont qu'un volume minime, il leur est aisé de perforer et de traverser l'épithélium de la muqueuse intestinale et de pénétrer ainsi dans les vaisseaux capillaires; mais lorsqu'ils sont éclos depuis quelque temps, qu'ils ont atteint un certain volume, ce volume s'oppose à leur pénétration dans les vaisseaux capillaires et à leur pérégrination à travers l'intestin : leur extrémité céphalique y reste fixée et enchâssée, tandis que leur partie caudale élargie ne pouvant traverser le canal que leur tête a creusé, se développe dans la cavité intestinale et donne lieu à des proglottides sexués.

*De l'origine des ténias armés de crochets chez les animaux carnivores.*

Les carnassiers hébergent des ténias correspondant aux cysticerques logés dans les chairs des animaux dont ils font leur proie. C'est ainsi que les chats hébergent dans leur canal intestinal le *T. crassicolis* provenant du *C. crassicolis* (*fasciolaris*) de la souris ; les chiens hébergent le *T. serrata* provenant du *C. serratus* (*pisiformis*) du lièvre, du lapin, du chevreuil, du mouton, du bœuf, etc.; le *T. cœnara* et le *T. echinococca* provenant du *C. cœnurus* et du *C. echinococcus* du mouton, des ruminants, etc.

Von Siebold (1) considère le *T. serrata* et le *T. solium* comme étant une même espèce modifiée par les conditions particulières dans lesquelles les individus se sont développés. Suivant von Siebold, ils proviennent indifféremment du *C. serratus*, du *C. tenuicollis*, du *C. solium* ou du *C. cœnurus*, et il a proposé de faire rentrer dans le même groupe le *T. marginata*, le *T. crassiceps* et le *T. intermedia*. Si d'un côté Kuchenmeister, Haubner (2), etc., paraissent avoir prouvé expérimentalement que le *T. solium*, le *T. serrata*, le *T. cœnurus*, forment des espèces distinctes, cela ne prouve pas la diversité de toutes les espèces admises d'une manière absolue, mais seulement que ces espèces, qui descendent peut-être de la même souche ou de plusieurs souches modifiées par les milieux différents dans lesquels ont vécu les ténias qui en sont issus, sont à même de se reproduire d'une manière régulière.

*De l'origine des ténias armés de crochets chez l'homme.*

Chez l'homme, l'usage d'une eau bourbeuse, de la viande crue ou des viandes saignantes pouvant contenir accidentellement soit des embryons, soit des cysticerques de ténias, paraît être la cause de la production de ténias proglottifères dans son canal intestinal.

On voit ces parasites apparaître, tantôt sous l'influence de l'usage de la viande de bœuf, de mouton (3); tantôt sous l'influence de la viande de porc (4).

Tout le monde sait que les charcutiers, les bouchers (5), les cuisiniers, sont le plus fréquemment atteints de ténias par suite de l'habitude qu'ils ont de manger ou de goûter de la viande crue

(1) Von Siebold, *Ueber die Band-und Blasenwürmer*, Leipzig, 1854.

(2) Gurlt's *Magazin für Thierarzneikunde*, ann. 1854 et 1855.

(3) Le *C. tenuicollis* habite presque exclusivement chez les ruminants. Ces derniers hébergent rarement des *C. solium*.

(4) Le porc héberge le cysticerque ladrique (*C. solium*) et aussi le *C. tenuicollis*.

(5) Salathe (*Dissertation pathologique sur le ténia*, thèse, Strasbourg, 1803) a trouvé dans le cadavre d'un boucher âgé de quarante ans huit ténias armés qui occupaient toute l'étendue des intestins grêles.

ou hachée. Weisse (1), à Saint-Pétersbourg, a vu le *T. solium* se développer fréquemment chez des enfants qui avaient été soumis au régime de la viande crue. Scharlau, à Stettin, a trouvé des ténias chez sept enfants auxquels il avait prescrit l'usage de la viande crue (2). West a rencontré deux fois des ténias chez des nourrissons. Le professeur Küss a vu deux ténias se développer chez un malade auquel il avait prescrit l'usage de biftecks saignants. C'est probablement aussi par l'usage de viande de bœuf, de lapin, etc., plus ou moins crue qu'il faut expliquer la présence des ténias chez des juifs dont l'orthodoxie est notoire (3). En Abyssinie, les ténias sont très fréquents chez les chrétiens, qui se nourrissent de viande crue ou très incomplétement grillée, tandis que les mahométans, qui mangent la viande cuite, n'en sont jamais atteints, suivant Aubert (4).

Les *T. solium* se rencontrent fréquemment chez des personnes qui ont l'habitude de manger du lard ou du jambon cru, lorsque ces viandes contiennent accidentellement des cysticerques. Un malade d'un médecin de Görlitz qui avait l'habitude de manger du porc cru tous les jours expulsa quarante *T. solium* (5).

Dans l'Inde, les soldats anglais des régiments qui ont séjourné pendant deux ans dans Peshawur prennent le ténia un sur trois, tandis que les Hindous en sont rarement atteints. Gordon (6), qui relate ce fait, l'attribue au genre de nourriture : les soldats anglais se nourrissent de porc (7); tandis que les Hindous n'en font point usage. On ne rencontre les ténias que chez les mahométans et chez les Hindous qui font usage d'une nourriture animale, tandis que ceux dont la nourriture est exclusivement végétale en sont exempts.

En Algérie, les Européens sont de même fréquemment atteints du ténia, tandis qu'il ne s'observe presque jamais chez les Arabes, d'après A. Ehrmann.

Les chartreux, qui ne se nourrissent que de viande de poissons, de végétaux et de laitage, ne sont pas atteints de ténias dans les localités où ces parasites sont très fréquents, d'après Reinlein (8). L'endémie irlandaise se rattache certainement aussi à quelque condition économique ou géologique.

Des expériences de transformation de cycticerques en ténias ont été faites sur l'homme même. Kuchenmeister (9) a fait avaler à une femme condamnée à mort, avec les aliments qu'elle prit à divers intervalles pendant les cinq jours qui ont précédé son exécution, des cysticerques des espèces *C. tenuicollis*, *C. serratus*, *C. solium*, dépouillés de leur vésicule caudale, au nombre de quatre-vingts environ. L'autopsie fut pratiquée deux jours après la mort. Kuchenmeister découvrit dans le duodénum quatre jeunes ténias qui tous avaient encore une ou deux paires de crochets. Chez l'un, la couronne de crochets était presque complète (les derniers cysticerques, au nombre de trente, avaient été administrés vingt-quatre et douze heures avant la mort). Ils avaient 4 à 8 millimètres de long. Dans les eaux de lavage des intestins, six autres ténias dépourvus de crochets, analogues aux précédents, purent être retrouvés. Tous les cysticerques retrouvés paraissent avoir été avariés plus ou moins par la digestion. Le résultat obtenu paraît négatif, ou du moins très indécis. Des expériences beaucoup plus probantes ont été faites par Leuckart et par Humbert.

Leuckart (10) a fait avaler à un homme affecté de maladie de Bright, à un phthisique et à un homme de trente ans qui s'y était prêté volontiers, des *C. cellulosæ*. Chez les deux premiers le résultat resta négatif. Le troisième rendit des proglottides au bout de deux mois, à des intervalles réguliers; il avait avalé quatre cysticerques. Quelques doses de kousso expulsèrent deux ténias de 2m,50 de long. La tête de l'un d'eux seulement put être retrouvée; néanmoins il n'est plus apparu depuis de proglottides. Cette expérience, à moins d'invoquer une simple coïncidence, paraît parfaitement confirmative. La longueur des ténias et le temps qu'ils ont mis à se développer sont conformes avec l'observation ordinaire. Le docteur Humbert (de Genève) avala quatorze *C. cellulosæ* de porc le 11 décembre 1854. Dans les premiers jours de mars 1855, il commença à rendre des fragments considérables de ténia que le professeur Vogt, auquel il les a montrés, et en présence duquel il avait avalé les cysticerques, rapporta au *T. solium*. N'ayant pu réussir à se débarrasser de la tête des ténias, il rendit de nouveau des proglottides au mois d'août 1856 (1).

Dans une nouvelle expérience tentée par Kuchenmeister chez un criminel décapité le 31 mars 1860, et auquel on avait fait ingérer à son insu, à deux reprises, quatre mois, puis deux mois et demi avant sa mort, des cysticerques ladriques de porc, les résultats paraissent surtout parfaitement concluants. En effet, à l'autopsie, Kuchenmeister trouva dans l'intestin 11 ténias dont les segments terminaux arrivés à maturité étaient en partie détachés, et 8 autres ténias qui n'avaient pas encore subi leur évolution complète. On ne put d'ailleurs constater l'existence de cysticerques dans aucune partie du corps (2). Le développement des ténias correspond bien avec la durée du séjour de ces parasites dans l'intestin du supplicié, depuis l'époque de leur ingestion artificielle : les cysticerques ingérés deux mois et demi avant la mort, ne pouvaient pas encore être pourvus de segments arrivés à maturité, tandis que ceux qui ont été ingérés quatre mois auparavant devaient être proglottifères depuis un mois environ.

Toutes les espèces de cysticerques ne sont pas également aptes à se développer et à se transformer en ténias proglottifères chez l'homme (3). Le cysticerque du *T. solium* et le cysticerque (?) encore inconnu du *T. nana* paraissent seuls jusqu'ici en avoir le privilége ; il n'existe probablement pas de cysticerques de *T. mediocanellata* qui est inerme.

Suivant Leuckart, un jeune médecin avala impunément un grand nombre de *C. tenuicollis*.

Cependant, vu que les ruminants, etc., n'hébergent guère que le *C. tenuicollis*, si les ténias de l'homme ne provenaient que du *C. solium* du porc, il serait difficile d'expliquer la fréquence des ténias chez les Abyssiniens, qui s'abstiennent de viande de porc et de sanglier, suivant la tradition judaïque, et chez les enfants nourris de viande crue de bœuf ou de mouton, dans le but de les guérir de la diarrhée. Aussi Davaine (4) a-t-il remarqué avec beaucoup de justesse que si la chair de bœuf, qui ne contient pas le cysticerque ladrique (*C. solium*), propage le ténia, et si ce dernier se développe chez des individus qui ne mangent pas la viande de porc, le cysticerque ladrique n'est point le scolex du *T. solium*, ou tout au moins le *T. solium* possède encore un autre mode de propagation.

*Propositions et conclusions.*

Jusqu'ici on n'a pas encore rencontré chez l'homme la présence simultanée de cysticerques et de ténias proglottifères (5), de sorte que les cysticerques proviennent nécessairement du dehors, des

(1) *Journal für Kinderkrankheiten*, t. XVI, 1851.
(2) Gervais et van Beneden, *Zoologie médicale*, t. II, p. 259.
(3) Gervais et van Beneden, *loc. cit.*
(4) Les Juifs sont très rarement atteints de *T. solium*, tandis que les bothriocéphales se rencontrent aussi fréquemment chez eux que chez les autres habitants de la localité, probablement parce que les embryons des bothriocéphales sont ingérés avec les boissons.
(5) *Mémoires de l'Académie de médecine de Paris*, 1841, t. IX, *Sur les substances anthelminthiques usitées en Abyssinie*, p. 689.
(6) *Medical Times*, n° 397, p. 429.
(7) Et probablement aussi de viande de ruminants.
(8) *Zeitschrift für wiss. Zoologie*, t. IV, p. 64.
(9) *Annales des sciences naturelles; Wiener medizinische Wochenschrift*, nov. 1855.
(10) Leuckart, *Die Blasenbandwürmer*, Giessen, 1856, p. 53.

(1) Bertolus, *Dissertation sur les métamorphoses des cestoïdes*, Montpellier, 1856.
(2) Les espèces de ténias jusqu'ici reconnus chez l'homme sont :
Le *T. solium* (Auct.) et le *T. nana* (Bilharz), qui sont armés ;
Le *T. mediocanellata* (Kuchenmeister), qui est inerme ;
Le ténia du cap de Bonne-Espérance (Kuchenmeister), dont le scolex est indéterminé ;
Les bothriocéphales ne sont représentés que par une seule espèce (?), le *B. latus* (Bremser).
(3) *Deutsche Klinik*, n° 20. Berlin, 1860. — *Gazette hebdomadaire de médec. et de chirurgie*, n° 52. Paris, 1860.
(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des médicaments vermifuges*, Paris, 1860, p. 93.
(5) Stich, *loc. cit.*

œufs ou des embryons très récemment éclos et avalés très probablement avec les boissons, ou ingérés avec des viandes saignantes.

Lorsque des cysticerques d'un volume suffisant pour ne pouvoir traverser la perforation intestinale opérée par les crochets ont été avalés et sont parvenus à se fixer contre la paroi intestinale, leur extrémité caudale reste flottante dans l'intestin, où ils se développent en toute liberté et deviennent proglottifères.

Lorsque les embryons viennent d'éclore et que leur petit volume leur permet de s'insinuer au milieu des tissus, ils percent l'épithélium de l'intestin et se trouvent alors en contact avec des vaisseaux lymphatiques ou des capillaires sanguins, dans lesquels ils pénètrent. Fourvoyés dans les tissus ou arrêtés dans des vaisseaux qui ne les laissent plus passer, ils déterminent par leur présence une irritation, une inflammation locale accompagnée d'une exsudation albumino-fibrineuse. Celle-ci s'organise en fibres connectives, en un kyste fibreux qui les emprisonne, qui leur coupe en quelque sorte les vivres, et dans lequel ils ne reçoivent ainsi plus une nourriture suffisante pour devenir proglottifères; leurs ovules restent rudimentaires, deviennent abortifs et constituent en partie les *kalkkorperchen* (corpuscules calcaires) des auteurs.

Les ténias enkystés s'accroissent proportionnellement à leur âge, mais d'une manière très lente; leurs crochets augmentent en nombre et en volume; leur extrémité caudale se gonfle de liquide et s'arrondit en même temps que la cicatricule terminale disparaît. Au fur et à mesure qu'ils s'accroissent en longueur, ils se recoquillent sur eux-mêmes, par invagination, de diverses manières, selon les espèces.

Les cysticerques connus forment plusieurs espèces distinctes correspondant probablement à des espèces spéciales de ténias, peut-être susceptibles de dégénérer les unes dans les autres, suivant l'hôte qu'ils habitent.

Jusqu'ici les descriptions suffisamment détaillées des observations recueillies sur l'homme par les auteurs se rapportent aux espèces suivantes : 1° le *C. echinococcus*, 2° le *C. turbinatus*, 3° le *C. melanocephalus*, 4° le *C. solium* (cellulosæ), 5° le *C. tenuicollis*, 6° le *C. serratus* (*pisiformis*)? Dans un certain nombre d'observations, le *C. cellulosæ* est probablement identique au *C. turbinatus*. Le trachélocampyle est un *C. turbinatus* (1).

De ces divers cysticerques on ne connaît encore que les strobiles du *T. echinococca*, du *T. e cysticerco tenuicolli*, du *T. serrata*, qui tous habitent dans l'intestin du chien. Quant au *T. solium* qui habite chez l'homme, sa provenance du *C. solium* est bien démontrée : néanmoins, si tant est que les vers désignés dans les observations sous le nom de *T. solium* appartiennent à la même espèce, ils ne proviennent pas uniquement du *C. solium* du porc.

Les cysticerques sont disséminés ordinairement en grand nombre chez le même sujet, et sont répandus dans beaucoup d'organes; rarement ils sont en petit nombre. On les rencontre dans le tissu cellulaire et dans les muscles; ils occupent fréquemment le cerveau et la pie-mère, les yeux, ainsi que le tissu sous-conjonctival, etc., probablement à cause de l'étroitesse plus considérable des vaisseaux capillaires de ces parties (2).

Chez le même sujet, tous les cysticerques sont ordinairement arrivés au même degré de développement, c'est-à-dire offrent le même nombre de crochets ; ils n'ont pas toujours le même volume, suivant les conditions plus ou moins favorables de leur accroissement et de leur nutrition. Quelquefois plusieurs d'entre eux sont incrustés de sels calcaires et momifiés.

Ils ne paraissent pas gêner d'une manière appréciable les fonctions des organes, à moins d'être en très grand nombre, d'occuper une région très importante ou d'atteindre un volume considérable, comme les échinocoques.

Les troubles qu'ils occasionnent résultent : 1° de leur présence, par l'inflammation ou par les abcès multiples qu'ils déterminent chez certains sujets; 2° de leur volume, par le refoulement des tissus, par la compression exercée sur les organes, par la gêne des fonctions résultant de la déformation des organes. Ces troubles varient suivant les organes dans lesquels les cysticerques sont fixés et ne diffèrent pas de ceux qui seraient produits par une tumeur, par une inflammation ou par une compression analogue quelconque.

Il peut n'exister aucun trouble des fonctions pendant la vie. On ne rencontre le plus souvent les parasites que par hasard, dans les autopsies.

Les cysticerques de ténias autres que le *T. echinococcus* et le *T. cœnurus* ont ordinairement la grosseur d'un pois ou d'une fève ; ils atteignent rarement la grosseur d'un œuf de colombe, ou environ $0^{m},025$ dans leur plus grand diamètre (1).

Les cysticerques restent indéfiniment emprisonnés dans le kyste fibreux qui les entoure. Chaque kyste ne renferme jamais qu'un seul individu. Lorsque les cysticerques sont très nombreux, deux ou trois peuvent être adossés (2).

Arrivés à un certain degré de développement et ne recevant probablement plus alors les éléments d'une nutrition suffisante, ils s'incrustent de dépôts épidermiques et de sels calcaires, meurent et se momifient sous forme d'un noyau crétacé libre dans un kyste, et au centre duquel on peut retrouver les restes des crochets.

Leur présence dans des organes profonds qui offriraient des symptômes d'irritation ou de compression peut être soupçonnée, mais ne peut être reconnue pendant la vie à des signes certains qu'autant qu'il existe des tumeurs superficielles dans l'intérieur desquelles on a pu constater leur existence.

L'économie peut être envahie par des embryons de ténias à tous les âges, mais elle paraît l'être principalement à l'âge adulte.

Suivant Uhde (3), les cysticerques emprisonnés dans les tissus ne vivraient guère plus d'une année; d'après Stich (4), ils dureraient de trois à six ans. La durée de leur vie est probablement beaucoup plus longue encore (5). Ils restent vivants plusieurs jours après la mort de leurs hôtes.

La thérapeutique est nulle ou très incertaine lorsque les cysticerques sont logés dans les organes profonds; dans les parties superficielles où leur présence serait gênante, on peut les extraire au moyen d'une incision. Ils sont quelquefois éliminés spontanément à travers l'ouverture d'un abcès (6).

On peut essayer d'administrer à l'intérieur du saoria, du tatsé, du moucenna. La décoction du saoria, qui est très inoffensive pour l'économie relativement aux autres ténifuges (le cousso, l'écorce de grenadier, la racine de fougère mâle, etc.), me paraît surtout devoir être expérimentée. C'est aussi, d'après Strohl (7), la préparation la plus efficace contre le ténia, lorsqu'elle est administrée d'une manière convenable (8). Elle est ténicide; elle exerce, ainsi

(1) Il n'existe pas d'observations de cysticerques de bothriocéphales; les œufs ou les embryons de ces derniers sont probablement ingérés avec les boissons.

(2) Les échinocoques se rencontrent dans les mêmes parties, et en outre dans la cavité abdominale, dans la rate, dans les reins, et principalement dans le foie, dans les poumons, etc.

(1) Les observations qui font mention de vésicules plus volumineuses se rapportent en général à des échinocoques.

(2) Les échinocoques et les cœnures seuls sont renfermés en grand nombre dans une vésicule commune.

(3) Uhde, *Cyst. cellul. Rud. in einem Tumor cysticus*, dans *Deutsche Klinik*, 1851, p. 431.

(4) Stich, *loc. cit.*

(5) Il existe un grand nombre de cas dans lesquels des ténias ont séjourné chez leurs hôtes pendant une dizaine d'années. Ces parasites peuvent vivre vingt à trente ans et même au delà.

(6) Les échinocoques, eu égard au volume qu'ils acquièrent et aux troubles qu'ils occasionnent, donnent lieu à des indications opératoires et thérapeutiques particulières.

(7) *Des principaux ténifuges*, dans *Gazette médicale* de Paris, 1854, p. 405.

(8) Le traitement peut être institué de la manière suivante :

Premier jour : Diète; s'abstenir d'aliments solides.

Deuxième jour : Saoria, 15 grammes, mis en digestion pendant douze heures dans 100 grammes d'eau. A prendre en trois fois par demi-heure d'intervalle, avec du bouillon, de la panade etc. Le saoria détermine parfois des coliques assez prononcées et donne lieu à des évacuations alvines. Diète légère.

Troisième jour : Huile de ricin, 30 grammes; sirop tartrique, 20 grammes. A prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle.

Le parasite est souvent expulsé dès le deuxième jour par fragments, et en proglottides désagrégés. Pour plus de sûreté, administrer, huit ou dix jours après, une nouvelle dose de saoria dans les mêmes conditions que ci-dessus. Quoique la tête ne se retrouve pas le plus souvent, néanmoins le parasite ne se reproduit plus, pourvu que les fragments expulsés soient assez rapprochés de la tête, c'est-à-dire n'aient pas une largeur sensiblement supérieure à 2 millimètres.

que le tatsé et le moucenna, une action destructive, rapide, sur les proglottides; sous son influence, le ténia meurt et se décompose, tandis que les autres substances employées contre les ténias en provoquent seulement l'expulsion, et ne sont, à vrai dire, que des ténifuges. Partant, elles ne peuvent exercer aucune action sur les cysticerques qui sont emprisonnés dans leur coque fibreuse, au milieu des tissus de l'organisme de leurs hôtes.

La prophylaxie des cysticerques de ténias, des ténias et des bothryocéphales, consiste à éviter l'usage des eaux contaminées, non bouillies ou non filtrées convenablement, et l'alimentation par du sang d'animaux et par des viandes crues ou rôties saignantes.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — *Leçons données à l'Université de Turin* par M. *Matteucci, et sténographiées*. (Note de l'auteur accompagnant l'envoi de ces leçons.) — L'auteur s'empresse de faire hommage à l'Académie d'un certain nombre de leçons d'électrophysiologie données à l'Université de Turin. Il signale en même temps les choses les plus nouvelles introduites dans ce cours.

Il s'agit d'abord d'un procédé d'expérimentation à l'aide duquel toutes les recherches d'électrophysiologie peuvent s'exécuter très facilement et avec rigueur. Les deux extrémités du galvanomètre consistent en deux tubes repliés en U, dont les branches ont un diamètre inégal; une de ces branches est plus large, et porte un bec plat et terminé en pointe : on remplit une grande partie du tube d'un amalgame de zinc; on introduit le fil du galvanomètre dans la branche la plus étroite, et on verse une solution saturée et neutre de sulfate de zinc dans la branche plus large, qu'on remplit afin que le liquide vienne s'étendre en couche très mince sur la surface du bec. Toutes les préparations animales posées sur un plan de gutta-percha viennen ttoucher le liquide des deux becs. On peut ainsi travailler plusieurs mois de suite sans être obligé de laver les coussinets ou d'amalgamer les lames de zinc qu'on employait auparavant, et sans avoir aucune altération dans l'appareil.

A propos de l'action physiologique du courant, l'auteur traite longuement des polarités et des courants secondaires que le passage du courant électrique développe dans les nerfs, et montre avec une expérience très nette que cette polarisation est très forte, principalement dans le nerf parcouru par le courant inverse, et surtout en proximité de l'électrode positif et du muscle d'où sort ce nerf.

Dans une autre leçon sur les phénomènes électriques qui accompagnent la contraction musculaire, l'auteur montre une expérience nouvelle et très nette qui démontre que le muscle qui a été en contraction a perdu d'une manière permanente de son pouvoir électromoteur, et que cette perte est réparée par le repos. Ce phénomène démontre bien la liaison qui existe entre le pouvoir électromoteur du muscle, la contraction et les phénomènes chimiques de la respiration musculaire.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de feu M. *Tiedemann*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 48,

| | | |
|---|---|---|
| M. Liebig obtient | 31 | suffrages. |
| M. Wöhler | 14 | — |
| MM. Agassiz, Airy et Bunsen chacun. | 1 | — |

M. *Liebig* ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé associé étranger de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

L'Académie procède encore, également par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui aura à décerner le prix de physiologie expérimentale.

MM Bernard, Flourens, Milne Edwards, Longet et Rayer réunissent la majorité des suffrages.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Nouvelles études sur le système vertébral* (1re partie), par M. *A. Lavocat*. — Dans cette première partie du mémoire sont exposées et développées les propositions suivantes :

Les nombreuses variétés produites par la loi de destination n'effacent pas l'unité de plan, mise en évidence par les faits de répétition, de balancement organique et de connexions. Il n'y a ni variété absolue, c'est-à-dire arbitraire, ni unité absolue, c'est-à-dire uniformité.

Le type de construction du squelette des animaux vertébrés est la *vertèbre*, telle qu'on l'entend depuis les remarquables travaux de E. Geoffroy Saint-Hilaire et de sir Richard Owen. Elle est composée, dans son ensemble : 1° d'une pièce centrale, nommée *corps* ou *centrum*; 2° d'un anneau supérieur, dit *arc neural*, et 3° d'un anneau inférieur, dit *arc hémal*, auquel peuvent s'ajouter des prolongements plus ou moins développés, nommés *appendices*.

Cette vertèbre, répétée successivement dans toute la longueur du corps, constitue le système vertébral. Par conséquent, le squelette est exclusivement formé de vertèbres, et tout vertébré est composé d'une série de segments essentiellement semblables, à peu près comme les invertébrés articulés. (*Comm. :* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur les divers degrés de sensibilité des ganglions et des filets du grand sympathique*, par M. *Colin*. — L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° Les ganglions du grand sympathique sont tous sensibles, mais à divers degrés : le semi-lunaire et les thoraciques le sont beaucoup plus que le cervical supérieur.

2° Les ganglions un peu volumineux paraissent plus sensibles dans leurs parties renflées, grisâtres, d'aspect homogène, que dans celles qui sont minces, striées et plexiformes.

3° La sensibilité de ces organes est mieux mise en jeu par le pincement, la constriction, que par les piqûres, les sections et l'application des caustiques.

4° Les irritations produites sur eux sont immédiatement perçues, pour peu qu'elles soient fortes; mais elles ne provoquent des réactions qu'après quelques secondes, si elles sont faibles.

5° Les ganglions dont le tissu a été irrité sur un grand nombre de points peuvent perdre la faculté de transmettre les impressions produites sur eux ou sur les nerfs qui en émanent.

6° Tous les nerfs ganglionnaires sont sensibles aussi à divers degrés; mais leur sensibilité est, en général, moins prononcée que celle des ganglions.

7° La sensibilité de ces nerfs isolés ou en plexus s'affaiblit à mesure qu'ils deviennent plus ténus; elle est presque nulle dans les très petits filets.

8° Parmi les nerfs ganglionnaires, ceux qui mettent en communication le sympathique avec le système cérébro-spinal sont les plus sensibles; ceux qui unissent les ganglions entre eux le sont moins, et enfin ceux qui se rendent aux viscères le sont au plus faible degré.

9° La sensibilité des filets du grand sympathique est éveillée surtout par le pincement.

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur la différence d'action physiologique des pôles positif et négatif dans les courants voltaïques et dans les courants d'induction*, par M. *Nivelet*. — Les propositions établies à la suite d'expériences faites sur le poisson et la grenouille, sur la sensibilité cutanée chez l'homme et sur les liquides et les tissus organiques, se résument dans les paragraphes suivants :

1° Dans les trois ordres de courants, continu, inducteur et induit, les pôles positif et négatif ont une action différente sur la contractilité électro-musculaire. Le premier tend à produire la flexion et la résolution des muscles, le deuxième leur extension.

2° Dans les trois ordres de courants, l'action du pôle négatif est bien plus prononcée sur la sensibilité cutanée, que celle du pôle

négatif. Le contraire a lieu relativement aux effets organiques locaux. 3° Dans les courants continu et inducteur, le pôle positif a, sur les liquides et les tissus organiques, une action coagulante, et le pôle négatif une action dissolvante.

Le courant induit est dépourvu de cette propriété, ou ne la présente que d'une manière très légère ou très fugace. En revanche, il agit plus que les autres sur la sensibilité cutanée et sur l'innervation.

4° Pour les applications thérapeutiques, il résulte de ces faits les données suivantes :

Dans le traitement des paralysies du mouvement, caractérisées par la résolution complète ou incomplète d'un ou plusieurs muscles, ou par une contracture des fléchisseurs, il sera de principe d'agir sur ces organes par le pôle négatif, et de lui opposer le pôle positif. Dans ce cas, le courant devra être centripète par rapport aux muscles ou aux rameaux nerveux qui s'y distribuent. Au contraire, dans les paralysies avec ou sans contracture des muscles extenseurs, le courant devra être centrifuge.

Dans les hypérémies et les hypéresthésies, le pôle positif devra agir sur la partie malade, et on lui opposera, à distance, le pôle négatif. Le contraire aura lieu dans les anesthésies.

Dans les maladies organiques, où les liquides constituent le principal produit pathologique, comme dans les anévrysmes, les tumeurs enkystées, etc., les propriétés coagulantes du pôle positif le feront préférer pour l'action locale. Le pôle négatif aura plus d'avantage dans les affections morbides auxquelles la médecine ordinaire oppose les fondants, comme dans les tumeurs squirrheuses, les engorgements glandulaires, lymphatiques et autres. (*Comm.* : MM. Becquerel, Pouillet, Rayer.)

M. *Buisson* présente une note sur un moyen qu'il suppose propre à rendre efficace l'emploi de la magnésie administrée comme contre-poison du phosphore. (*Comm.* : MM. Rayer, Balard.)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État envoie l'ampliation d'un arrêté, en date du 18 mai courant, par lequel, sur la proposition du conseil d'administration de l'Académie, M. le docteur *Guardia* a été nommé bibliothécaire-adjoint de l'Académie, en remplacement de M. *Axenfeld*, démissionnaire.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements d'Indre-et-Loire, de l'Isère, de Loir-et-Cher, du Pas-de-Calais et de l'Aisne. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Piétrapola (Corse), par M. le docteur *Perelli*; de la Motte (Isère), par M. le docteur *Buissard*; de la Bourboule, par M. le docteur *Peironnel*; de Saint-Nectaire par M. le docteur *Basset*; de Châteauneuf, par M. le docteur *Penissat*. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de MM. *Baillière et fils*, qui offrent à l'Académie les portraits de Senac, de Rouelle et de Broussais. — *b.* Un travail de M. le docteur *Lalagade*, intitulé : *Études sur la transmission des maladies par la vaccination.* (*Commission de vaccine.*) — *c.* Un rapport sur une épidémie de variole, à Loudoury-la-Ville, par M. le docteur *Penant* (de Vervins). (*Commission des épidémies*). — *d.* Les relevés d'observations ozonométriques faites aux Eaux-Bonnes en 1860, par M. le docteur *Prosper de Pietra-Santa.* — *e.* Une lettre de M. *Stephen-Martin*, élève en médecine, renfermant la description d'un nouveau spéculum. (*Comm.* M. Huguier.) — *f.* Un pli cacheté, déposé par M. le docteur *Aug. Mercier*. (*Accepté.*)

M. le *Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. Piorry, réclamant officiellement l'insertion, dans le *Bulletin*, du rapport qu'il a lu dans la dernière séance et qu'il prend sous sa responsabilité.

M. le *Président* déclare qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette demande, le rapport de M. Piorry ayant été renvoyé à la commission.

M. *Larrey* offre à la bibliothèque de l'Académie un exemplaire de la *Physiologie* de Haller.

M. *Gavarret* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Guillemin*, une brochure sur l'induction voltaïque, et ses applications à la médecine.

M. *Briquet* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Martin-Damourette* sur le service médical des eaux de Sermaize (Marne), pendant les années 1858, 1859 et 1860. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Huguier* fait hommage, au nom de l'auteur, d'une brochure intitulée : *Conseiller médical de l'étranger à Nice*, par M. le docteur *Wahu.*

M. le *Président* propose, au nom du conseil d'administration, de nommer une nouvelle commission de onze membres pour désigner la section dans laquelle sera déclarée la prochaine vacance.

Sur une observation de M. *Michel Lévy*, appuyée par un grand nombre de membres, l'Académie décide que ce rôle sera dévolu à la commission déjà nommée.

M le *Président* fait la communication suivante :

Dans la séance du 23 avril l'Académie a sanctionné un rapport de la commission des eaux minérales, concluant à l'autorisation d'une source.

Le rapport a été envoyé, suivant l'usage, à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Le ministre répond que toutes les formalités nécessaires pour cette autorisation n'ayant pas été accomplies, il n'y a pas lieu, pour le moment, de donner suite à l'avis de l'Académie. En conséquence, ajoute M. le président, nul ne peut se prévaloir ni faire usage du rapport du 23 avril 1861.

*Lectures et Rapports.*

MÉDECINE. — M. *Bousquet* lit un travail *Sur la doctrine des états organopathiques.*

Dans ce travail, l'honorable académicien dit d'abord en gros ce qu'il aperçoit d'analogie entre l'école de Cnide, qui florissait cinq cents ans avant l'ère chrétienne et l'école de la Charité, en l'an de grâce 1861. Après quoi il entre dans la doctrine des états organopathiques ; il s'applique à en dévoiler l'esprit, c'est-à-dire le dessein, l'idée fondamentale, la conception dogmatique; enfin il termine par quelques courtes remarques, non plus sur la valeur, mais sur l'état et la destinée de la nomenclature.

M. *Malgaigne*. Je serais enchanté d'entendre M. Bousquet nous parler de Barthez et de Bichat. Seulement je l'invite à réformer certains passages de son travail, à corriger quelques inexactitudes relatives à Euryphon et à l'école de Cnide.

M. *Bouillaud* demande la parole pour la prochaine séance.

HYGIÈNE. — M. *O. Reveil* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des cosmétiques au point de vue de l'hygiène et de la police médicale.*

Après avoir insisté sur le fait remarquable que l'autorité paraît se préoccuper plutôt de l'hygiène morale que de la sécurité des citoyens, M. Reveil s'élève contre les annonces mensongères et dangereuses.

« Qui donc préviendra le public ignorant, si l'État, qui est chargé de veiller à la santé publique, ne prend pas ce soin-là ?... Pourquoi l'État reste-t-il désarmé en présence de l'empoisonnement permanent produit par des préparations affichées sur les murs des villes et à la quatrième page des journaux ?... On supprime avec juste raison le poison destiné à l'âme, il faudrait aussi supprimer les poisons destinés au corps. »

M. Reveil examine d'abord la législation qui régit cette matière et notamment la loi du 3 germinal an XI, une circulaire du ministre de l'intérieur en date du 16 avril 1828, une ordonnance de police du 21 juin 1828.

L'auteur fait ensuite l'historique des parfums et cosmétiques

chez les Grecs et chez les Romains. Passant à l'examen des procédés actuels des parfumeurs, M. Reveil montre que ces procédés sont de la nature de ceux qui devraient être réservés aux pharmaciens. « Il nous suffira, dit-il, pour faire comprendre le danger de ces formules et les contraventions qu'elles comportent, d'en signaler quelques-unes. Les poisons les plus énergiques y sont employés : l'arsenic, le nitrate acide de mercure, l'émétique, les cantharides, le colchique, la potasse caustique, etc. »

L'auteur indique ensuite un certain nombre de produits et notamment les savons dits *de laitue, de thridace*, que l'on annonce comme *reconnus* par l'Académie, et qui ne contiennent aucune de ces substances. Ces savons sont tous colorés en vert par le sesquioxyde de chrome et en rose par le bisulfure de mercure ou vermillon. D'autres savons, vendus à vil prix, contiennent jusqu'à 30 p. 100 de matières insolubles (chaux ou plâtre) ; de plus, quelques-uns renferment des matières azotées non saponifiées et répandent une odeur infecte quand leur solution est abandonnée au contact de l'air.

Quant au vinaigre dit *de toilette*, la peau imprégnée d'eau de savon venant à absorber de l'eau acide, il en résulte une décomposition ; et les acides gras du savon, insolubles dans l'eau, ne peuvent plus être enlevés par le lavage. Ils rancissent et déterminent les phlegmasies chroniques que l'on attribue au feu du rasoir.

Les préparations usitées pour noircir les cheveux sont ensuite l'objet d'un sévère examen : l'eau d'Afrique, l'eau de la Floride, l'eau de Berger (chimiste). L'auteur montre que ces diverses préparations contiennent de l'azotate d'argent, du soufre, de l'oxyde de plomb, de l'acétate de plomb, du sulfate de cuivre et d'autres substances toxiques.

Les eaux à détacher, les lotions, les épilatoires, les laits et notamment le lait *antéphélique* sont successivement analysés. Ce dernier produit, qui est annoncé avec une impudence sans égale, est composé de sublimé corrosif et d'oxyde de plomb.

« Si un pharmacien, ajoute l'auteur, livrait sans ordonnance un pareil mélange, il serait passible d'une amende dont le maximum va jusqu'à 6,000 francs.

» Nous demandons s'il est juste de laisser annoncer et vendre de pareils poisons, lorsqu'on exige du pharmacien des études longues et dispendieuses, et qu'il lui incombe une aussi grande responsabilité. Empêcher de tels abus, ce n'est pas seulement faire acte de bonne administration, c'est surtout un acte de justice. »

A la fin de sa lecture, l'auteur ajoute : « Nous ne terminerons pas ces réflexions sans faire remarquer combien il est pénible et douloureux de voir des médecins faire assez peu de cas de leur dignité, et appuyer de leur nom et de leur savoir de prétendues découvertes, et prôner comme efficaces des préparations dangereuses.

» Nous appelons aussi l'attention de l'autorité sur des sociétés, autorisées ou non, qui décernent des médailles à qui les demande et à qui les paye.

» Ces récompenses décernées par de prétendues sociétés scientifiques ou industrielles, prenant le nom d'académies, déprécient les médailles légitimement acquises. » (*Comm.* : MM. Bussy, Tardieu, Trebuchet.)

GYNÉCOLOGIE. — M. *Mattei* lit un travail intitulé : *De la rétroversion de l'utérus pouvant s'opérer brusquement pendant l'état de vacuité; de l'enchâtonnement du corps utérin qui peut en être la conséquence et de la réduction opérée avec la main comme moyen de remédier à ces accidents.* — M. Mattei fait remarquer que les auteurs les plus récents ont révoqué en doute la rétroversion utérine pouvant s'opérer d'une manière brusque dans l'état de vacuité, et après avoir donné des raisons anatomiques qui expliquent le fait de ces rétroversions, il en a rapporté deux exemples.

Voici quels sont les principaux caractères de la rétroversion avec *enchâtonnement*, qu'il a trouvés dans les deux observations :

1° Action énergique ou soutenue de la cause sans qu'il y ait eu besoin cependant d'une grande violence.

2° Symptômes perçus immédiatement par la femme et devenus permanents.

3° Ces symptômes approchent de ceux de l'enclavement de l'utérus quand il est rétroversé pendant l'état de grossesse.

4° Par l'examen direct on constate que le fond de l'utérus n'est pas seulement en arrière et plus bas que le col, il est fixé, *enchâtonné* dans le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine.

5° Possibilité de le déloger de ce cul-de-sac à l'aide des simples doigts qui le poussent en sens contraire au déplacement.

6° Réduction d'autant plus stable que la rétroversion est récente. (*Comm.* : MM. Moreau, Huguier et Jacquemier.)

ANATOMIE. — M. *Robin* donne lecture d'un mémoire *Sur les modifications de la muqueuse utérine pendant la grossesse.*

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU VENDREDI 19 AVRIL 1861.

RAPPORT DE M. DUPARCQUE SUR UNE OBSERVATION DE TÉNIA EXPULSÉ PAR UNE ÉMULSION DE SEMENCES DE CITROUILLE, PAR M. LE DOCTEUR RIGAUD (1).

Un géant indompté, Goliath, est renversé par la main débile du jeune David ; le roi des animaux, le lion, affronte l'attaque des hommes armés jusqu'aux dents ; il fuit sous les menaces de la baguette d'un enfant, comme nous en avons été presque le témoin en Algérie. Et voici que le plus formidable des parasites intestinaux de l'homme, contre lequel échouent trop souvent encore les médications les plus énergiques, les médicaments les plus violents, cède en se pelotonnant au contact du plus doux, du plus insignifiant des remèdes, quelques graines de citrouille, que ses propriétés négatives ont placée parmi les quatre semences froides.

On conçoit qu'un tel remède contre un tel mal ait pu paraître suspect aux médecins éclairés, et être négligé, bien que ses propriétés merveilleuses eussent été signalées depuis longtemps, confirmées par un usage populaire, et recommandées, il y a trente ans, par les auteurs du *Dictionnaire de matière médicale*, MM. Mérat et Delens. Il a fallu qu'un docteur tartare, pour un ver solitaire contre lequel il avait vainement épuisé tous les moyens connus, en fît l'essai sur lui, pour constater de nouveau son efficacité. Le succès fut en effet des plus complets, et l'auteur, M. Tarneau, en instruisait le monde médical dans la presse de l'Algérie.

M. le docteur Rigaud venait d'abandonner, de guerre lasse, une de ses clientes qui, elle aussi, voyait sa santé de plus en plus profondément altérée par un ténia réfractaire à tout ce que la science et l'empirisme lui avaient opposé. C'était en août 1860 ; notre honorable confrère venait de lire la curieuse observation du docteur Tarneau. Il revoit sa malade, lui administre le remède. Aucune sensation dans l'abdomen n'en révèle l'action ; on commençait à désespérer, lorsque, huit heures après son ingestion, le ténia tout entier est expulsé en pelotte.

Comme le rappelle M. Rigaud, la graine de citrouille contre le ver solitaire est un ancien nouveau remède ; il est signalé pour la première fois par M. Delens, mais d'après le docteur Hoaran, qui avait rapporté qu'à l'île de France, à Saint-Maurice, on employait avec succès, contre le ténia, deux onces de semences d'une cucurbitacée comestible, variété plus petite de notre potiron. Il paraîtrait aussi que ce remède est vulgaire dans les environs de Bordeaux.

D'après les faits signalés à l'île de France, celui dont le docteur Tarneau a été le sujet en Afrique, et celui que veut bien nous communiquer M. le docteur Rigaud (de Paris), il paraîtrait que la différence des climats n'apporte aucun changement dans le genre de propriété des graines de citrouille, quel que soit le pays où cette cucurbitacée est cultivée et administrée.

Il peut être de quelque intérêt historique de rechercher quelle est l'origine de ce remède ; nous croyons qu'on peut la faire remonter à cette époque assez éloignée où la médecine avait ses

(1) Voir cette observation dans le dernier numéro, p. 313, et ci-après, p. 344, un *erratum*.

principales ressources dans les simples, alors que, faute de guide chimique et physiologique, elle établissait les propriétés médicales des végétaux, d'après des analogies de forme, de figure, de couleur entre eux et les maladies, ou quelqu'un de leurs symptômes. Ainsi la carotte jaune, contre la jaunisse et les maladies du foie; les mûres et la ronce, dont les fruits rouges et granulés rappellent les amygdales enflammées, contre les maux de gorge; la pulmonaire qui, par la disposition et l'apparition des couleurs qui caractérisent les feuilles de la plante, rappelle les marbrures de la surface des poumons, et que l'on préconise conséquemment contre les maladies de cet organe. Et, chose remarquable, ces convenances étaient fondées. Ces remèdes, devenus populaires, ont pris place, chacun en ce qui le concerne, dans les médications rationnelles de la thérapeutique éclairée : la carotte, comme diurétique ; les mûres et ronces, comme acides sucrés astringents, et la pulmonaire, comme mucilagineuse.

Or, les analogies sont encore bien plus marquées entre les semences de citrouilles et le parasite contre lequel elles ont tant d'efficacité : couleur, forme, disposition en grappe linéaire pour les graines en chapelet, pour les anneaux du ténia. Cette ressemblance plus ou moins forcée a même fourni l'épithète pour caractériser et désigner le plus commun de ces helminthes, le ténia cucurbitain.

Quoi qu'il en soit, la propriété de tuer ou faire fuir et évacuer le ver solitaire, constatée par le docteur Tarneau, et qui reçoit une importante consécration de l'observation de M. Rigaud, fait de ce remède une acquisition d'autant plus précieuse qu'il a sur tous ses précédents ou congénères de très grands avantages. Il est sous la main et à la portée de tout le monde. Le lait d'amande, forme sous laquelle on peut l'administrer, est flatteur par sa couleur et particulièrement sa saveur agréable, bien opposée à celle répugnante des ténifuges les plus en réputation : la racine de grenadier, la valériane, etc. Il est surtout remarquable par son action douce, inaperçue, sans coliques, sans tranchées.

Nous avons l'honneur, messieurs, de vous proposer l'impression de cette observation, très exactement recueillie et parfaitement rédigée, dans le recueil de vos travaux, et d'accueillir la candidature que sollicite l'auteur, comme membre résidant de la Société.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

OBSERVATION D'EMPHYSÈME SPONTANÉ. — RECHERCHES SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU GENOU. — DE L'EMPLOI DES FILS MÉTALLIQUES DANS LES SUTURES.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. *Robert* a rapporté un fait intéressant qui se rattache à la discussion sur l'emphysème. Voici le résumé de cette observation :

« Il y a quelques années, une jeune fille, qui avait une fracture de l'avant-bras, compliquée de plaie, et à laquelle un médecin des environs de Paris avait mis un appareil trop serré, vint à l'hôpital Beaujon avec une gangrène occupant déjà la main et le cinquième inférieur de l'avant-bras. M. Robert ne se décida pas immédiatement à l'amputation. La gangrène lui paraissait avoir trop de tendance à s'étendre. Il y avait, au-dessus des parties mortifiées, un peu d'emphysème qu'on pouvait croire un résultat de la putréfaction. Il était probable que les parties infiltrées de gaz seraient bientôt elles-mêmes gangrenées. Le lendemain, le mal avait fait des progrès rapides : le gonflement emphysémateux remontait jusqu'au coude, et la gangrène avait envahi la moitié de l'avant-bras. M. Robert attendit encore, et se borna à entourer le membre de glace. Le troisième jour, la gangrène occupait la totalité de l'avant-bras, et l'emphysème avait gagné le bras, l'épaule et presque toute la moitié correspondante du thorax. En présence d'accidents aussi terribles, M. Robert crut un moment que toute intervention chirurgicale était devenue inutile, et il avoue qu'il serait resté simple spectateur des événements, si M. Huguier et M. Rognetta ne l'avaient pas encouragé à désarticuler l'épaule. Cette opération était, il est vrai, la seule chance de salut qui restât à la malade; mais, dans ces conditions spéciales, cette chance était si faible, que M. Robert ne prit qu'à regret ce parti extrême. Dès que le couteau fut introduit sous la peau, pour tailler le lambeau deltoïdien, des bulles de gaz s'échappèrent en abondance par la plaie; mais ces gaz, heureusement, n'avaient aucune odeur. La coloration des muscles n'était nullement altérée; le tissu cellulaire était pour ainsi dire soufflé comme celui des animaux préparés par les bouchers, mais son aspect n'offrait absolument rien qui indiquât, non-seulement l'existence, mais même l'imminence de la gangrène. Ces circonstances rassurèrent un peu M. Robert sur l'issue de son opération. La plaie fut réunie par première intention, et de la glace (on était en été) fut appliquée sur le moignon. Tout alla à merveille; la réunion par première intention fut obtenue, et la malade fut très rapidement guérie.

M. J. Roux (de Toulon), auquel M. Robert racontait un jour ce succès, aussi étonnant qu'inespéré, lui a dit qu'il avait observé lui même un fait semblable, et ce fait a été publié depuis dans la GAZETTE MÉDICALE.

La conséquence que M. Robert a tirée du fait qu'il a communiqué, c'est que les tissus gangrenés ne sont pas toujours la source de l'emphysème, puisque les gaz infiltrés dans le tissu cellulaire n'ont parfois aucune odeur de gangrène. Si M. Robert eût été plus rassuré sur la nature de cet emphysème — et aujourd'hui il le serait davantage — il aurait opéré sa malade dès le premier jour, et, au lieu de la désarticulation de l'épaule qu'il a faite plus tard, il aurait pratiqué une simple amputation de l'avant-bras.

M. *Morel-Lavallée*, se fondant sur ce qu'il existait une plaie et sur ce que le gaz infiltré n'était que de l'air, croit que l'emphysème a été, dans ce cas, le résultat d'une aspiration mécanique. Il persiste dans son opinion, bien que M. Robert lui fasse remarquer qu'au moment où l'emphysème s'est produit, tout l'avant-bras était comme étranglé dans un appareil trop serré, et qu'au moment où l'emphysème se propageait à l'épaule et au thorax, la gangrène remontait assez haut au-dessus de *la plaie*, d'ailleurs très petite, pour être un obstacle matériel à l'infiltration mécanique de l'air extérieur.

M. *Larrey*, pour répondre aux conseils que lui demandait un de ses confrères de New-York, a entrepris, sur l'extraction des corps étrangers du genou, des recherches statistiques qu'il a communiquées à la Société.

Il résulte de ces recherches que l'extraction de ces corps étrangers par la méthode ancienne, c'est-à-dire par l'incision directe, est une opération extrêmement grave, à laquelle M. Larrey n'hésite pas à préférer la méthode nouvelle, c'est-à-dire l'extraction par l'incision sous-cutanée, malgré les difficultés très grandes de cette dernière opération. Toutefois, comme les accidents auxquels expose un corps étranger du genou, ne sont pas, en général, aussi graves que ceux qu'on peut attendre d'une opération quelle qu'elle soit, M. Larrey n'accepte l'extraction qu'avec une très grande répugnance. Il ne l'admet que pour des cas exceptionnels, et après qu'on aura essayé en vain d'immobiliser le corps étranger ou de le fixer dans un point où il puisse être mieux toléré.

M. Chassaignac regrette que M. Larrey, avant d'entreprendre sa statistique, n'ait pas eu connaissance des travaux entrepris dans le même sens par un chirurgien d'Odessa, M. Bertheusson, qui a réuni 178 cas d'extraction de corps étrangers du genou.

M. *Ollier* donne lecture d'un mémoire sur les sutures métalliques.

Les résultats d'expériences nombreuses et variées qu'il a faites sur les animaux et sur l'homme, ont permis à M. Ollier de démontrer rigoureusement l'utilité de ces sutures. Cette utilité avait déjà été entrevue par Fabrice d'Aquapendente, qui avait indiqué toutes les raisons théoriques, plaidant en faveur des fils métalliques. Percy croyait aussi ces fils très avantageux, et M. Simpson les emploie exclusivement à la réunion des plaies chirurgicales. C'est en les voyant employés par M. Simpson que M. Ollier a conçu

l'idée d'en prouver la valeur par des expériences comparatives faites avec des fils végétaux et des fils métalliques placés dans des conditions autant que possible identiques. Les fils métalliques, ainsi que ces expériences le montrent, occasionnent une irritation beaucoup moindre dans les tissus que celle qu'y déterminent les fils de chanvre ou de soie. Il résulte de là qu'ils coupent moins vite les bords de la plaie, qu'ils peuvent y séjourner plus longtemps, et qu'ils laissent des cicatrices moins apparentes. Il est certain qu'un fil métallique est un corps étranger contre lequel l'organisme réagit toujours un peu, mais cette réaction est bien moins vive. Il n'y a là qu'une différence de degré, mais c'est beaucoup quand il s'agit de favoriser le succès des réunions immédiates, qu'un rien suffit d'empêcher.

On peut se rendre compte, du reste, de la plus grande tolérance des tissus vivants pour les fils métalliques par des raisons que M. Ollier ne néglige pas d'indiquer. C'est, d'abord, que les fils végétaux se laissent pénétrer par les liquides organiques qui s'y putréfient, et y deviennent septiques et par conséquent très irritants. De plus, quand les fils ne sont pas d'un tissu très serré, ils se gonflent, et les aspérités formées par les fibres végétales sont probablement des causes microscopiques, mais efficaces, d'irritation. Les fils métalliques, outre qu'ils ont des surfaces parfaitement polies, ne s'imprègnent pas de pus comme les fils organiques. Un autre avantage qu'ils possèdent, c'est qu'ils maintiennent la plaie dans de meilleures conditions de fixité et de rapprochement.

Si, en effet, la suture végétale commence à couper en un point (et elle coupe plus aisément), elle se relâche dans toute son étendue, et ne maintient plus les tissus avec la même force et dans les mêmes rapports. La suture métallique, au contraire, conservant toujours la forme qu'on lui a donnée au moment de son application, conserve aussi les mêmes rapports aux bords de la plaie.

Le métal auquel M. Ollier donne la préférence est le fer. Étamé, il ne subit pas d'altération appréciable ; recuit, il se couvre à la longue d'une couche mince d'oxyde ; mais cette couche est tellement adhérente au métal qu'elle n'a jamais eu d'influence sur les plaies.

Les fils de fer les plus fins sont aussi les mieux tolérés. M. Ollier les préfère pour toutes les plaies dont les bords sont très faciles à rapprocher. Il les propose par conséquent pour la plupart des opérations autoplastiques.

Les fils de moyen calibre, ceux qu'on emploie le plus souvent, se trouvent aisément dans le commerce, parce qu'ils servent à l'industrie des fleuristes.

Avec ces fils on peut, en raison de la facilité avec laquelle ils sont tolérés, multiplier bien davantage les points de suture : ce qui assure une réunion plus exacte, plus rapide, et une cicatrice moins apparente.

Quant au mode d'application de ces ligatures métalliques, il ne présente pas de difficultés plus grandes que pour les fils ordinaires.

Les avantages des fils métalliques sont d'autant moins à dédaigner qu'on peut, ainsi que l'a dit M. Ollier, les obtenir sans rien sacrifier.

D<sup></sup>r P. Chatillon.

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. NATALIS GUILLOT.

### ASPHYXIE PAR ENGORGEMENT DES GANGLIONS BRONCHIQUES CHEZ L'ADULTE. PRODUITS EXTRACTIFS DE LA DIGITALE.

M. *Woillez* lit, au nom de M. *Fonssagrives*, un mémoire sur l'*engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte, considéré comme cause d'asphyxie*. Cette maladie, déjà bien décrite chez les enfants, paraît très rare chez l'adulte, à en juger par le silence des auteurs. M. Andral en a signalé un cas en 1826; dans ces derniers temps, MM. Marchal (de Calvi), Richet et Duriau en ont publié trois nouvelles observations; enfin M. Fonssagrives en rapporte quatre cas inédits. C'est d'après ses propres observations, et d'après celles de ses devanciers, que l'auteur a pu tracer la description qui fait l'objet de son mémoire. Ce travail, où les résultats des observations sont relevés avec méthode et groupés avec soin, selon leur nature ou leur ordre de fréquence, recherche d'abord l'étiologie de la ganglionnite péribronchique, sans y trouver de circonstances plus particulièrement notables que pour la phthisie bronchique. L'anatomie pathologique donne une description attentive des lésions observées : les ganglions indurés, dégénérés, forment ordinairement, par l'intermédiaire du tissu connectif ambiant, une masse solide, enveloppant les premières divisions bronchiques de manière à rétrécir leur calibre, et comprimant plus ou moins les troncs vasculaires voisins, le nerf récurrent, l'œsophage, etc. La suppuration de ces tumeurs est rare. Dans les bronches, on observe au point où le calibre est le plus rétréci, une injection de la muqueuse qui rappelle ce qui se passe chez les sujets morts par strangulation. Les poumons restent crépitants; on y trouve ordinairement les signes de la mort par strangulation, sans parler des tubercules qui s'y sont ordinairement développés en même temps que marchait l'affection péribronchique. Les symptômes de cette lésion sont surtout une oppression toujours croissante, un sentiment de gêne à la partie antérieure du thorax, avec accès de suffocation, une toux sèche et rauque, quinteuse et convulsive, la faiblesse de la voix, quelquefois une aphonie subite, souvent une inspiration sifflante et les phénomènes de l'obstruction de la glotte, auxquels on peut ajouter des accidents de voisinage, tels que des névralgies cervico-occipitales, de l'œdème du bras ou de la face du côté correspondant à la lésion. Les signes physiques sont ceux d'une tumeur quelquefois appréciable, un rhonchus sibilant qui semble presque pathognomonique, enfin la faiblesse et quelquefois le silence du murmure respiratoire sur tout un poumon.

Les commémoratifs ne permettent guère d'établir que l'époque où la maladie a commencé à produire la dyspnée, mais la lésion a dû exister longtemps auparavant à l'état latent. Le pronostic est nécessairement très grave, si ce n'est inévitablement fatal. La maladie a dû séparer l'instant où elle s'était révélée, une durée de quinze jours à six mois. La mort survient le plus souvent brusquement, comme par strangulation, plutôt que par asphyxie progressive. Le diagnostic de cette affection, qui paraissait impossible à M. Andral en 1826, l'est devenu aujourd'hui par les progrès de la sémiotique. L'engorgement ganglionnaire se rapproche des autres tumeurs du médiastin par les phénomènes mécaniques qu'il produit : l'anévrysme de l'aorte, le cancer de l'œsophage, les corps étrangers dans l'œsophage, les obstructions de l'artère pulmonaire par des caillots, ou les obstructions partielles de l'aorte seront assez facilement distingués de la lésion qui nous occupe, par la rapidité de leur invasion, les troubles soudains qu'ils déterminent, ou par des caractères stéthoscopiques qui leur sont propres, etc. Une fois la lésion tuberculeuse soupçonnée, on peut assez facilement la localiser par la présence du râle sonore, le silence respiratoire d'un poumon, les phénomènes dus à la compression du nerf récurrent. Malheureusement cette notion laisse le médecin désarmé en présence d'une lésion inaccessible aux ressources de l'art, il ne peut que pallier les accidents.

M. *Léger* lit un rapport sur un travail de M. Homolle, que nous avons déjà analysé (année 1860, n° 48), relatif aux produits extractifs de la digitale, autres que la digitaline. M. Léger a essayé sur plusieurs malades les produits que M. Homolle avait expérimentés sur lui-même, à l'exception de ce produit n° 2, âcre et nauséeux, qui avait occasionné chez notre courageux confrère des symptômes si redoutables. Les trois autres produits extractifs ont donné à l'observation clinique les mêmes résultats qu'aux essais physiologiques; ils possèdent les mêmes propriétés que la digitaline : sédation du cœur, diurèse, mais à un moindre degré, et, par conséquent, il ne semble y avoir aucune utilité à les employer.

Dr E. Isambert.

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Fragments d'étude sur l'absorption des médicaments,** par M. le docteur Sirus-Pirondi, professeur adjoint de l'École de médecine de Marseille.

Ce travail a été lu par M. Sirus-Pirondi, à la Société de médecine de Marseille, à l'occasion d'une note que M. Elleaume avait adressée à cette Société savante, et relative à la salivation mercurielle survenue après une seule cautérisation du col utérin avec le deutonitrate de mercure. M. Sirus-Pirondi a abordé plusieurs questions relatives à l'absorption des médicaments; il a d'abord développé les propositions suivantes :

L'introduction et la pénétration d'un médicament dans l'économie peuvent parfois s'opérer par les voies dites anormales plus promptement encore que par l'estomac.

L'état de la peau ou de la muqueuse sur laquelle le médicament est appliqué peut avoir une grande influence sur son absorption.

Cette absorption s'opère d'autant mieux que la molécule médicamenteuse est plus ténue, mieux divisée ou d'une solution plus complète.

Toutefois, le point sur lequel M. Sirus-Pirondi a surtout insisté, c'est l'action énergique de certains médicaments administrés à doses *faibles*, sur laquelle une discussion académique récente a appelé l'attention. L'auteur a fait remarquer que des doses relativement très faibles produisent parfois des effets heureux, là où des doses massives ont échoué. Il avait déjà remarqué antérieurement que l'iodure de potassium réussit parfois d'autant mieux qu'on s'en tient à une dose fort au-dessous de celles auxquelles on l'administre habituellement, et il cite un nouveau fait de ce genre. Il s'agit d'un cas d'accidents syphilitiques tertiaires qui résistèrent à un traitement par les pilules mercurielles et l'iodure de potassium à hautes doses, ainsi qu'à un traitement dit *arabique*, et qui cédèrent ensuite rapidement à des doses modérées d'iodure de potassium (25 à 50 centigrammes).

M. Sirus-Pirondi rapporte ensuite un fait dans lequel il s'agit de doses beaucoup plus faibles; voici en quels termes :

Obs. — Une jeune personne, d'un tempérament nerveux et d'une constitution délicate, se trouve, depuis plusieurs années, sous l'influence d'un état chlorotique très prononcé. La médication tonique et ferrugineuse a été commencée nombre de fois, mais il a fallu constamment y renoncer au bout de quelques jours. Le quinquina, sous n'importe quelle forme, les huiles de foie de morue et de raie les mieux épurées, sont rendues par les vomissements; quant aux préparations ferrugineuses, lactate, citrate, fer réduit, etc., toutes sans exception, administrées aux doses les plus modérées, produisent, dès le second jour, un dérangement d'entrailles que rien ne peut calmer, si ce n'est la suppression immédiat, du fer. A l'époque où cette jeune personne fut confiée à nos soins, nous commencions, à l'Hôtel-Dieu, et avec succès, quelques essais cliniques sur l'usage du lait chloro-ioduré, et nous le prescrivons à notre malade, une dose par jour en deux fois.

Ce lait médicinal est assez bien supporté; cependant, dans l'espace de quinze jours, elle le vomit deux fois avec les mêmes malaises éprouvés par l'usage des huiles. Au bout de quinze jours, je fais doubler la dose; le résultat général est très satisfaisant.

Cependant l'indication du fer persiste, et je prescris les eaux d'Orezza qui déterminent une forte diarrhée. Il faut y renoncer; je les remplace par les eaux de Saint-Galmier; même effet.

Je profite alors des plus récents essais faits à Marseille, par M. Berrut, d'après les procédés Labourdette, et je conseille l'usage du lait chloro-ioduré ferreux. Il est bien supporté pendant les deux premiers jours; mais, au troisième, apparaît la diarrhée ordinaire, avec cette différence, toutefois, qu'elle cesse d'elle-même, malgré la continuation du lait médicinal.

Ce dérangement d'entrailles reparaît encore de temps à autre dans les mêmes conditions, sans arrêter toutefois le traitement qu'elle avait continué pendant plus de deux mois, au grand profit de la jeune malade qui, depuis lors, a supporté également bien les eaux d'Orezza, lorsque des circonstances indépendantes de la volonté des médecins et de la malade, n'ont pas permis de continuer l'emploi du lait médicinal.

Une chose remarquable à noter ici, c'est qu'une fois les eaux d'Orezza ayant manqué, j'ai pu prescrire de l'eau artificiellement ferrée, à la dose de 10 centigrammes par litre, et cette dose a pu être supportée, contrairement à ce qui se passait quelques mois auparavant. J'ai essayé d'augmenter d'un tiers la dose du citrate de fer, et la diarrhée a reparu pour ne cesser qu'en supprimant l'usage de cette eau.

La jeune personne jouit, du reste, aujourd'hui, d'une santé parfaite; la menstruation est régulière, normale sous tous les rapports.

Les faits de ce genre, ajoute l'auteur, ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Pour ma part, j'en ai recueilli un assez grand nombre; de sorte que les effets *singuliers* observés à la suite de l'usage de petites doses me paraissent beaucoup moins singuliers aujourd'hui qu'au début de ma carrière. M. Sirus-Pirondi croit que ces faits ne doivent pas être expliqués par les idiosyncrasies; la cause, dit-il, qui fait que les doses massives de quelques médicaments paraissent et sont en réalité moins actives que des doses beaucoup plus petites, cette cause, il faut la chercher dans la trop prompte élimination du remède lorsqu'il est administré à trop haute dose. Dans ce cas, l'organisme cherche à s'en débarrasser le plus promptement possible, par tous les émonctoires dont il dispose, tandis que de faibles doses sont retenues, mieux absorbées, et peuvent ainsi parvenir à modifier la vitalité des organes, en modifiant leur mode de nutrition.

M. Sirus-Pirondi reconnaît d'ailleurs avec MM. Boinet et Labourdette, et d'après les observations faites à Marseille, que des médicaments incorporés dans des aliments jouissent d'avantages incontestables, « avec cette réserve, toutefois, que si l'alimentation médicinale et l'action par voie pour ainsi dire nutritive, des petites doses, sont essentiellement indiquées dans *les affections* chroniques à longue période, elles ne sauraient *évidemment* convenir au même degré dans les maladies aiguës, *là où il faut, avant* tout, agir avec énergie et célérité. » (*Bulletin de la Société de médecine de Marseille*, 1861, n° 1er.)

**Note relative à des expériences faites sur des lapins et des chiens avec le grain de l'ivraie** (*Lolium temulentum*); communication à l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, par MM. les professeurs Filhol et Baillet.

Les phénomènes qui caractérisent l'action de l'ivraie sont, d'après ces expériences, les suivants :

Un tremblement général, qui s'est presque toujours montré avec plus d'intensité dans le train postérieur que dans les autres régions du corps;

Des contractions spasmodiques ayant leur siége dans les muscles des membres, du tronc, du cou, de la face, et imprimant souvent à tout le corps des secousses comparables à celles que pourraient produire des décharges électriques;

Une inquiétude plus ou moins marquée, mais toujours évidente;

Des mouvements cadencés et comme saccadés pendant la marche qui, parfois, a été chancelante et mal assurée;

Une station quelquefois difficile et caractérisée par l'écartement des membres pour élargir la base de sustentation;

Enfin, une période de somnolence plus ou moins prolongée qui, presque toujours, a précédé, sinon le rétablissement complet, au moins une amélioration marquée dans l'état de l'animal mis en expérience.

De tous ces symptômes, le tremblement général est celui qui s'est montré avec le plus de constance, et qui a persisté le plus longtemps.

Après le grain, l'huile grasse, extraite par l'alcool et l'éther, est la substance qui a fait naître les phénomènes les plus saillants; mais ces phénomènes se sont dissipés dès la fin du jour où l'administration de cette huile avait eu lieu.

Le produit de la distillation par l'eau a déterminé, au contraire, des symptômes qui se sont manifestés avec moins d'intensité, mais qui ont persisté plus longtemps.

Il a été facile, dit M. Filhol, de reconnaître dans toutes ces expériences que l'ivraie exerce une action évidente sur le système

nerveux. Aussi avons-nous pensé qu'il pourrait être utile de tenter l'usage de ce grain ou des préparations qui en dérivent, dans le traitement de quelques maladies nerveuses, et notamment dans celui de la chorée. (*Journal de médecine de Toulouse*, février 1861.)

---

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Recherches sur les suppurations endémiques du foie**, d'après des observations recueillies dans le nord de l'Afrique, par J.-L. Rouis, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. in-8°; J.-B. Baillière et fils; Paris 1860.

**Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine.** — Rapport fait à la suite d'une mission médicale en Algérie, et présenté à S. Exc. le ministre de l'Algérie et des colonies, par le docteur Prosper de Pietra-Santa, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur, etc. Paris, J.-B. Baillière, 1860.

**Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra**, par M. Henri Hamel, médecin aide-major de première classe, attaché au secrétariat du conseil de santé. Brochure de 36 pages. Paris, Victor Rozier, 1860.

Au moment de nous acquitter d'un devoir pour lequel nous sommes déjà bien en retard, nous éprouvons un véritable embarras. Les ouvrages dont les noms sont inscrits en tête de cet article sont tous également intéressants à des points de vue divers; ils le sont d'autant plus peut-être que les matières dont ils traitent échappent presque complétement à l'observation des médecins européens; mais, par cela même, ils défient toute crique; nous aurions en effet mauvaise grâce, on en conviendra, à discuter des questions sur lesquelles nous ne pouvons avoir que des connaissances théoriques, et nous devons laisser ici de côté toute appréciation personnelle. Dans cette occurrence, nous ne pouvons mieux faire, ce nous semble, que d'exposer rapidement les recherches et les conclusions les plus importantes de nos auteurs. Nos lecteurs gagneront à cela des renseignements utiles et certains, sur quelques points de la science qu'ils n'ont peut-être pas eu l'occasion d'étudier par l'observation directe.

Continuant en Algérie les travaux de MM. Catteloup (*Mémoire sur la coïncidence des abcès du foie avec la diarrhée et la dysenterie endémiques de la province d'Oran; in Recueil des mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, 1845), Cambay (*Traité de la dysenterie des pays chauds; et spécialement de l'Algérie*, Paris, 1845), Laveran (*Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique; in Recueil*, etc., 1842), et Haspel (*Mémoire sur les abcès du foie; même Recueil*, 1843), M. Rouis nous donne aujourd'hui une histoire complète des abcès hépatiques. Cette étude est fondée principalement sur les observations recueillies par l'auteur, qui en a consigné trente-neuf dans son ouvrage; mais en outre il a mis à profit un grand nombre de cas déjà connus, et les conclusions qu'il a tirées de la comparaison de tous ces documents, acquièrent un haut degré d'intérêt en raison même du nombre considérable de faits sur lequel elles sont basées. Pour n'en donner qu'un exemple, nous dirons que les caratères anatomo-pathologiques sont décrits d'après les détails de cent cinquante-six autopsies. Avec de tels matériaux, M. Rouis a pu élucider d'une manière définitive certaines questions encore indécises, qui se rattachent aux dispositions anatomiques des abcès du foie.

Nous voyons, d'après les tableaux dressés par l'auteur, que les collections purulentes sont beaucoup plus fréquentes dans le lobe droit et à la face convexe de ce lobe. Ce fait, déjà signalé par Annesley (*Researches into the Causes, Nature and Treatment of the More prevalent Diseases of India, etc.*, London, 1828), par Conwell (*A Treatise on the Functional and Structural Charges of the Liver, etc.* London, 1835), par Mac Gregor et Gedder (cités par Thomson, in *Practical Treatise on the diseases of the liver and biliary passages*, Edinburgh, 1841), a été constaté également par les médecins de l'Algérie, que nous avons cités plus haut; il a été vérifié aussi dans les régions tropicales par M. Dutroulau (*Maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris 1861); mais, d'après M. Rouis, cette fréquence des abcès dans le grand lobe du foie, ne tient ni à une disposition anatomique particulière, ni à une susceptibilité morbide plus grande; elle ne doit être attribuée qu'au volume plus considérable de cette partie de l'organe. « En résumant par lobes, dit-il, nous remarquons encore que la fréquence avec laquelle ceux-ci ont été envahis est en proportion directe de leur volume. Ainsi, tandis que le lobe droit a été atteint dans cent cinquante-quatre cas, le lobe gauche l'a été dans trente-trois, et le lobule de Spigel dans neuf, ce qui correspond assez bien aux proportions moyennes d'après lesquelles ces lobes sont en rapport entre eux. Et, comme on arriverait à un résultat pareil en divisant le foie en tel autre ordre de régions qu'on jugerait convenable, il y a lieu de croire que chacun des points de l'organe est également accessible à la fonte pyogénique. » — Le volume des abcès est excessivement variable; depuis les petites vacuoles contenant à peine quelques gouttes de pus jusqu'à ces vastes poches qui font disparaître la totalité du foie, on peut rencontrer tous les intermédiaires. L'auteur rapporte une observation remarquable dans laquelle le foie, transformé en une vaste coque purulente, se trouvait séparé du diaphragme par un kyste pseudo-membraneux (obs. XII); du reste il n'attribue pas, du moins dans la majorité des cas, la formation de ces grands abcès à la fusion de plusieurs petites collections; d'après ce qu'il a vu, il pense que la suppuration envahit d'emblée ou progressivement une étendue considérable du parenchyme hépatique; quelquefois, cependant, il est évident que le foyer unique doit son étendue à la réunion de plusieurs abcès, mais alors on observe sur les parois, des anfractuosités configurées en *sections de sphéroïdes*, traces persistantes des petites cavités antérieures. L'observation II est très démonstrative à cet égard, « elle nous dévoile, dit M. Rouis, la série des divers degrés de fusion, depuis le moment où des cavités sphériques commencent à déboucher les unes dans les autres jusqu'à celui où de simples dépressions ou facettes, creusées sur les parois des foyers, sont les seules traces des vides primordiaux. » Nous ajouterons que M. Dutroulau (*loc. cit.*, p. 469) regarde également comme exceptionnelle la réunion de plusieurs collections en une seule, et que M. Louis, il y a bien des années déjà, est arrivé à une conclusion analogue. (*Recherches anatomo-pathologiques sur diverses maladies*, Paris, 1826.)

La constitution des parois des abcès hépatiques a donné lieu, comme on le sait, à de nombreuses discussions; M. Rouis a accordé une attention spéciale à ce point d'anatomie pathologique: il résulte de ces recherches que toutes les opinions émises sont vraies dans une certaine limite, et que les modifications des parois dépendent avant tout de l'âge de la collection purulente. Voici comment l'auteur classe à ce point de vue les abcès du foie : — I. Abcès non circonscrits par une couche de formation nouvelle. Ici le pus est directement en contact avec la substance glanduleuse plus ou moins altérée. — II. Abcès dont les parois sont constituées par des expansions fibreuses et par une membrane pyogénique. Cette membrane présente quelquefois des villosités de 4 à 8 millimètres de longueur. — III. Abcès dont les parois comprennent : 1° un kyste d'enveloppe; 2° des expansions fibreuses; 3° une membrane pyogénique. Le kyste peut être parfait ou non complétement organisé. — IV. Abcès dont les parois comprennent : 1° un kyste; 2° une membrane fibreuse interne. — Il est facile de voir que M. Rouis a étudié cette question de très près, et qu'il a fait de louables efforts pour faire connaître et pour classer toutes les variétés anatomiques des abcès du foie; il est juste d'ajouter qu'il y a réussi autant que cela était en lui. Malheureusement, il a complétement négligé les recherches microscopiques; or, ici plus qu'ailleurs peut-être, elles sont indispensables. Quelle est la constitution de cette membrane pyogénique et de ses villosités? Quelle est la structure du kyste? Quelle est la disposition du tissu du foie dans les cas où il se trouve en contact direct avec le pus? Voilà tout autant de questions qui restent forcément sans réponses. Mais

ce n'est pas tout; il est fort possible que l'âge de la collection purulente ne soit pas la seule cause des modifications de ses parois; nous croyons, pour notre part, qu'il importe avant tout de déterminer quels sont les éléments histologiques qui sont le point de départ de la suppuration; il y a là sans contredit la clef de bien des différences, et de différences extrêmement importantes; la diversité du processus pathogénique implique la diversité des causes, et il y a lieu d'examiner s'il convient de mettre sur le même rang les cas dans lesquels les cellules hépatiques sont primitivement altérées, et ceux dans lesquels l'altération du tissu glandulaire est consécutive, soit à celle des vaisseaux sanguins ou des canaux biliaires, soit à celle de la trame fibro-celluleuse. C'est au microscope à répondre ici; lui seul peut faire disparaître ces désidérata, lui seul peut nous faire connaître la valeur et la signification des lésions du foie. Tout ce qu'il est possible de faire sans moyens grossissants, M. Rouis l'a fait; il a exposé, avec les détails les plus minutieux les lésions qu'il a observées, il a apporté dans ses descriptions une précision et une exactitude dont on ne peut assez le louer, mais il n'a pu aller plus loin; ayant négligé l'investigation microscopique, il a dû se borner à la constatation du fait anatomique, et la question d'évolution lui est restée complétement étrangère.

M. Rouis est peu disposé à admettre que les abcès du foie puissent arriver à la cicatrisation après résorption du liquide contenu. « L'analogie, dit-il, permet de le croire; mais, jusqu'à ce jour, on n'a recueilli aucun fait décisif en faveur de cette présomption.» C'est traiter trop légèrement peut-être le fait rapporté par Sœmmering (1), les cas cités par Mérat (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XVI), et par M. Chassaignac (*Bulletins de la Société anat.*, 1835); mais, même en passant condamnation sur ces faits qui ont pu échapper à M. Rouis, il reste les observations analogues de Cambay et de Haspel (*loc. cit.*); ce dernier dit avoir rencontré plusieurs fois des cicatrices fibreuses étoilées et froncées à la surface du foie, chez des dysentériques; dans d'autres circonstances, il a vu disparaître les accidents déterminés par l'abcès chez des malades qu'il a ensuite perdus de vue. Nous pensons que, vu la rareté de ce mode de guérison, notre auteur n'a pas eu occasion de l'observer, mais nous ne pouvons point en mettre en doute la réalité. M. Dutroulau (*loc. cit.*, p. 493, obs. XII) en a rapporté un exemple d'autant plus remarquable que l'on a pu saisir sur place, pour ainsi dire, la cicatrisation de l'abcès, le malade ayant été emporté par la dysenterie avant que le travail réparateur fût achevé. (Voyez en outre l'obs. XIII du même ouvrage : *abcès du foie fluctuant, guéri sans évacuation spontanée ou artificielle du pus.*)

M. Rouis a étudié avec le plus grand soin l'état des vaisseaux sanguins aux environs des abcès. Les branches de la veine porte qui ont subi une solution de continuité sont obstruées par une production plastique. Cette production n'est d'abord qu'un coagulum fibrineux: plus tard, ce cylindre devient opaque, mais élastique, il adhère fortement aux parois du vaisseau; celles-ci s'épaississant à mesure que le kyste s'organise, la veine finit par n'être plus qu'un cordon fibreux plein. Celles des branches qui n'ont pas été ouvertes, mais dont les gaînes ont été mises à nu par l'abcès, passent par les mêmes métamorphoses que les précédentes; quelquefois cependant les vaisseaux volumineux restent perméables. Les branches de l'artère hépatique sur le trajet desquelles la fonte purulente s'est opérée, sont détruites et oblitérées. Si, par suite du refoulement du parenchyme, elles font partie des enveloppes du foyer, elles cessent d'être perméables dans toute l'étendue de leur parcours à travers ces enveloppes. « En deçà de ces points, les branches artérielles dont la continuité a été détruite par les abcès, n'offrent aucune modification appréciable quand elles sont d'un certain volume; mais les plus petites d'entre elles, et surtout leurs divisions ultimes, généralement imperceptibles lorsque le viscère est à l'état normal, ont acquis, aux abords des foyers, un calibre tel, que, sans le secours d'une injection préalable, il est possible de les reconnaître sur la section des gaînes épaissies. Indépendamment de cela, il est hors de doute que de nouvelles branches artérielles se sont organisées dans le tissu hypertrophié de ces gaînes..... Quant aux branches artérielles qui, n'ayant pas été intéressées par le travail pyogénique, rampent dans l'épaisseur des parois du foyer, leurs tuniques sont intimement confondues avec le tissu fibro-cartilagineux des gaînes; mais leur canal est libre sur tous les points, et celles de leurs branches secondaires qui avoisinent l'abcès ou cheminent comme elles au sein de ses parois, ces branches, disons-nous, ont subi la même dilatation que dans le cas précédent, et semblent se multiplier encore davantage. » Les veines sus-hépatiques cessent également d'être perméables; quand un kyste s'organise autour de l'abcès, elles disparaissent dès le début dans les couches les plus intérieures de cette enveloppe; dans les couches extérieures, on peut en retrouver quelques vestiges sous forme de filets rubanés et imperforés, tant que le tissu du kyste n'a pas subi la transformation fibro-cartilagineuse; une fois cette métamorphose opérée, on ne peut distinguer aucune trace de ces veines dans l'épaisseur du kyste; par conséquent, le réseau vasculaire des kystes n'a aucune relation directe avec le système veineux efférent du foie.

Quant aux vaisseaux lymphatiques, ils disparaissent complétement dans les points où le tissu des gaînes a éprouvé la transformation fibro-cartilagineuse; partout ailleurs ils sont intacts.

Les canaux biliaires divisés par le travail de suppuration « restent béants et perméables aussi longtemps qu'il n'existe pas de membrane pyogénique; ils sembleraient dès lors pouvoir servir à l'écoulement du pus vers le duodénum, si ce liquide possédait une fluidité suffisante. Mais quand la pseudo-membrane s'est organisée, on la voit recouvrir en plein l'orifice de ces bouts terminaux et empêcher de la sorte toute évacuation de liquide. » Cette évacuation du pus dans le duodénum, dont M. Rouis paraît douter, a été constatée un certain nombre de fois. Lieutaud (*Histoire anatomique*, Paris, 1767) et Morgagni (*Trente-sixième lettre, n° 10*) en ont rapporté chacun un exemple; Noëldecke, cité par Joseph Frank en a vu un autre; enfin Aunders en a rassemblé plusieurs. (*A Treatise on the Structure, Œconomy, and Diseases of the Liver, etc.*, London, 1793-1803.)

Nous avons consacré quelques détails à l'altération des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires parce que, sur ce point, les recherches de M. Rouis sont très complètes, et que cette question n'a pas toujours été traitée, dans les autres monographies, avec tous les développements nécessaires.

L'auteur a étudié avec le même soin les divers modes de terminaison des abcès du foie, et il expose avec une grande richesse de détails les lésions secondaires produites par l'évacuation du pus au dehors. Ici, toutefois, nous nous permettrons une remarque : M. Rouis déclare que, jusqu'à ce jour, *rien ne démontre* que la proximité d'un abcès du foie ait jamais occasionné une lésion quelconque de la veine cave; or, la LXXIII^e obs. de Blancard en est un exemple : *In gens erat jecoris abscessus; hinc et cava ascendens pure repleta* (*Anatomia practica rationalis*, Amsterdam et Leyde, 1688), de plus, il ne signale pas l'ouverture des abcès dans la veine-porte, dont il existe plusieurs observations. (Voy. entre autres Rokitansky : *Pathologischè anatomie*, 1^re édition, Wien, 1841.) Enfin il ne dit rien des abcès gangréneux, quoique le sphacèle soit une complication assez souvent notée par les observateurs. Du reste, hâtons-nous de le dire, nous nous expliquons très bien ces lacunes; M. Rouis a vu un si grand nombre d'abcès hépatiques, qu'il a bien le droit de penser qu'il a pu en observer toutes les particularités, et si nous avons signalé ces imperfections légères, c'est simplement pour montrer le danger que court un auteur, quelque étendue que soit d'ailleurs son expérience, lorsqu'il n'accorde dans son œuvre aucune place aux recherches bibliographiques. Néanmoins, et c'est là ce que nous désirons surtout faire ressortir aux yeux de nos lecteurs, l'histoire anatomique des abcès du foie que nous a donnée M. Rouis, est une des plus complètes que nous connaissions.

Après nous être aussi longtemps arrêté sur cette première partie du livre, nous sommes contraint de passer très rapidement sur les autres, quoiqu'elles ne soient ni moins intéressantes ni moins instructives. L'hépatite qui donne naissance aux abcès du foie revêt plusieurs formes : dans l'hépatite aiguë, il importe de dis-

(1) Dans ses notes à la traduction allemande de l'*Anatomie pathologique* de Baillie.

tinguer la phlegmasie *franche* avec ses trois périodes bien tranchées, hypérémie, inflammation et suppuration, et la phlegmasie *subaiguë*, dont la durée est un peu plus longue et dont toutes les manifestations sont moins violemment accusées. C'est principalement à cette dernière forme que sont exposés les individus récemment débarqués en Algérie; de plus, cette hépatite subaiguë est à peu près spéciale aux régions où la différence nycthémérale de température est considérable; aussi est-elle rare à Blidah, tandis qu'elle est très fréquente dans la province d'Oran. — L'hépatite chronique présente aussi plusieurs variétés dont nous croyons pouvoir résumer ainsi les caractères : dans une première forme, des phénomènes morbides nettement accusés, quoiqu'ils aient une marche lente, éveillent l'attention du malade et du médecin avant la période de suppuration; dans la seconde forme, les deux premières périodes de la maladie s'écoulent sans donner lieu à aucun symptôme, et le mal ne se révèle qu'au moment du travail pyogénique; dans une dernière variété, la plus rare de toutes, la maladie est entièrement latente, et l'autopsie seule permet de reconnaître l'existence de la suppuration. L'étude des symptômes de toutes ces formes d'hépatite est faite avec une précision et une exactitude vraiment remarquables, et l'auteur a eu soin d'en indiquer la fréquence relative; c'est avec ce même esprit d'observation rigoureuse et attentive qu'il nous fait connaître le résultat de ses recherches sur la dysenterie qui accompagne presque constamment la suppuration de la glande hépatique. Enfin la durée et la marche des abcès, les différentes voies de leur évacuation au dehors, sont étudiées d'après la comparaison de 203 cas; chiffre vraiment énorme dont M. Rouis a su tirer un très heureux parti pour dresser de nombreux tableaux statistiques. Nous voudrions pouvoir le suivre jusqu'au bout dans ses intéressantes recherches; malheureusement nous craignons d'avoir dépassé déjà l'espace qui nous était réservé, et nous ne pouvons que renvoyer avec confiance le lecteur, à l'ouvrage dont nous venons de l'entretenir.

(*La suite prochainement.*)

Dr Jaccoud.

---

VII

## VARIÉTÉS

### Les établissements de bains de feuilles de pin en Allemagne.

Les principaux établissements d'Allemagne pour les bains de feuilles de pin, tant en décoction qu'en vapeur, se trouvent à Humbolts-Au et Karlsruh (Silésie); Wolfach en Bade (Kinzigthal); Blankenburg (Schwarzburg); Berka; Ilmenau et Ruhla (Saxe-Weimar); Schmalkalden (Electorat de Hesse). Toute la vallée du Rhin en contient dans sa partie moyenne; nous n'en citons pour exemple qu'une, celle de Nassau, sur la Lahn, dirigée par le docteur Haupt, qui emploie le traitement par la gymnastique suédoise et l'électricité. Le traitement aux bains de feuilles de pin, soit en décoction, soit en vapeur, est tellement répandu que la plupart des directions d'eaux minérales les ajoutent au moyen médicateur dont la nature les a dotées. Il est vrai que la mode y a été au commencement pour beaucoup; mais, depuis une quinzaine d'années, l'usage de ce bain s'est énormément répandu, et l'on ne saurait nier que la disposition maladive du siècle actuel, avec ses leucophlegmatics et la prédominance des maladies nerveuses, a dû très bien faire venir un remède comme celui-là. On peut dire que ces bains balsamiques sont tout à fait entrés dans les habitudes des malades, et constituent un véritable accroissement du trésor balnéo-thérapeutique dont l'Allemagne est déjà si riche. Nous pensons qu'un avenir égal pourrait leur être réservé chez nous.

Les feuilles de pin sont choisies parmi les plus jeunes et les plus fraîches du *Pinus sylvestris*. Ces feuilles contiennent, d'après les analyses les plus récentes, à côté de beaucoup de substances indifférentes, principalement une huile éthérée, *Oleum Pini æthereum*, isomère avec l'huile de térébenthine, de la résine, du tannin, de l'acide formique ou plutôt de la kératine. Ces substances volatiles, contrairement aux ingrédients ordinaires, peuvent entrer par l'épiderme dans l'économie, et joignent ainsi à l'action générale des bains une action médicamenteuse spéciale qui explique la grande efficacité de ces bains.

Le liquide pour bains se prépare au moyen de la distillation à la vapeur. Ce liquide, qu'on appelle *Kiefernadelbalsam* (baume de feuilles de pin), obtenu tous les matins à l'état frais, est d'abord transparent, ensuite d'une couleur blanc jaunâtre. Après quelques heures, sous l'action du calorique, il prend une couleur vert brunâtre, et possède une odeur prononcée de résine aromatique; sa saveur est un peu amère et astringente, et ses parties constituantes sont l'acide formique, des huiles essentielles, du tannin et des substances résineuses amères.

On prépare les bains en versant dans la baignoire, suivant la constitution ou la maladie de l'individu, le liquide balsamique dans la proportion de 1 à 15 ou 20 litres par 300 litres d'eau. Il y a des personnes qui, en commençant par 6 ou 7 litres, finissent par monter jusqu'à 30 et même 40 litres.

M. Helfft, dans sa *Balnéothérapie*, 3e édition, rapporte que, dans 1000 parties du liquide pour les bains, on trouve, par exemple à Ilmenau, en Thüringe :

| | |
|---|---|
| Résine balsamique | 16,5 |
| Matière extractive et gomme | 22,7 |
| Chlorophyle | 5,0 |
| Acides malique, acétique, formique, oxalique, humus, chlorure de potassium, malate de chaux (traces), sulfate et phosphate de chaux, ensemble | 23,8 |
| Eau | 932,0 |
| Total | 1000 |

La température des premiers bains est basse, de 22 à 24 degrés Réaumur; on y reste 15 minutes, jamais au delà de 40 minutes, et ce n'est que pour des affections invétérées et des constitutions torpides que l'on monte jusqu'à 40 minutes et 30 degrés Réaumur.

Nous entrerons, pour citer un exemple, dans quelques détails sur un établissement de ce genre, celui du docteur Haupt, à Nassau, près d'Ems.

Dans une maison vaste et bien située, entourée de beaux sites, pour lesquels le pays est célèbre, appropriée aussi pour recevoir des malades, se trouve au rez-de-chaussée un réservoir d'eau pour alimenter, avec l'eau venant des montagnes, deux grands cylindres de cuivre, dont l'un se rend dans les baignoires, et l'autre est surmonté, à la manière des chaudières des machines à vapeur, d'un cylindre plus petit contenant environ 40 livres de feuilles de pin finement hachées. La chaudière est remplie de deux tiers d'eau; on la ferme hermétiquement, et après une cuisson de quelques heures on retire une décoction foncée rouge brunâtre, qui possède une odeur aromatique et douce, indiquant que l'eau est saturée des matières extractives des feuilles de pin.

A la partie supérieure du cylindre, se trouve un tube qui passe dans les boîtes fumigatoires, dans les appareils d'inhalation et à douches de vapeur, et dans la serpentine d'un appareil de réfrigération. De ce dernier, l'eau distillée, très aromatique et couverte d'huile volatile de pin, est conduite dans un réservoir fermé. Le cylindre est rempli trois ou quatre fois par jour pour suffire à quatre-vingt ou cent bains. En face se trouvent une piscine, le bain d'onde, les douches et les bains de siége à eau courante. A côté des deux robinets, dans les baignoires, s'en trouve un troisième, qui fournit de la vapeur de feuilles de pin, ainsi que d'autres douches latérales et verticales. Plus loin sont les boîtes à transpiration, qui peuvent être graduellement alimentées par la vapeur aromatique. Près de chacune, un appareil pour la pluie froide.

Les malades peuvent descendre directement, par une machine, dans les cabinets, pour éviter les courants d'air des corridors. Une construction à part contient les appareils de gymnastique suédoise. Une rotonde permet de rester toujours à l'air, et donne le

soleil du matin et l'ombre de l'après-midi. Le jardin, de trois arpents, occupe une des plus jolies parties de la vallée de la Lahn, tout près d'Ems.

Les bains se préparent le plus souvent, à Nassau, par une addition à l'eau du bain de 4 litres de décoction, auxquels on joint un litre du produit de la distillation, ce qui représente l'ensemble des substances contenues dans les feuilles de pin.

Ces bains agissent comme excitant sur la peau avec une température moyenne de 26 à 27 degrés Réaumur. Ils la rougissent, et produisent même quelquefois un exanthème miliaire; ils agissent sur la muqueuse du vagin, du rectum et de l'urèthre, avec laquelle on les met en contact au moyen du spéculum ou de sondes cribriformes; ils activent la circulation, la respiration et la sécrétion de l'urine, qui devient en même temps plus saturée, surtout d'urates, contracte une odeur quelquefois désagréable, et devient parfois violacée.

L'action consécutive et secondaire de ces bains pris en cuve est tonique et excitante à l'égard des téguments extérieurs; elle dérive la masse du sang des organes centraux; elle vivifie tout l'organisme; elle calme et procure du sommeil. L'échange des matières, le tourbillon organique (le *Stoffwechsel*) est augmenté; la résorption s'active, l'appétit se déclare, et la globulisation du sang s'élève.

Des sécrétions habituelles qui ont cessé, hémorrhoïdales, menstruelles, spermatiques, etc., reviennent souvent. Ces bains peuvent, par leurs différentes applications, tantôt agir comme antispasmodiques et calmer des douleurs, et tantôt être très efficaces contre des paralysies récentes.

En augmentant la proportion de la décoction qui contient principalement la résine et le tannin, la puissance astringente prévaudra, tandis qu'en donnant aux bains une plus forte dose de l'huile volatile du pin avec sa part d'acide formique, on fera dominer l'effet excitateur du bain.

Les bains de vapeur aux feuilles de pin sont plutôt des fumigations, car la tête reste en dehors de l'action des vapeurs. Ils agissent d'une manière analogue au bain de cuve, mais bien plus fortement, en rougissant la peau et en produisant une transpiration profuse. Les battements du cœur et la respiration augmentent, sans pour cela causer des congestions dangereuses. On permet souvent aux malades l'usage de compresses imbibées d'eau froide; on les laisse aussi boire de l'eau fraîche.

Le bain de vapeur a plus d'influence sur l'action réflexe de la moelle épinière; mais il excite aussi davantage et cause des transpirations souvent débilitantes, que l'on pourrait encore augmenter par le séjour ultérieur au lit, en enveloppant le malade dans des couvertures de laine ou même de laine de bois (résidu fibreux et très flexible de la décoction mentionnée plus haut). Beaucoup de sujets ne prennent les bains de vapeur que tous les deux jours et se baignent en cuve le jour intermédiaire. Aussi les individus faibles sortent-ils de la vapeur pour se mettre sous la pluie froide sans transpirer sous les couvertures.

Les inhalations se font au bain ou hors du bain; elles ont pour but d'augmenter la proportion des substances absorbées, ou d'agir sur les muqueuses du nez, de la trompe d'Eustache, du pharynx, du larynx, des bronches et des vésicules pulmonaires. Les douches s'emploient quand on désire une action du médicament plus intense, mais localisée.

On boit aussi la décoction et la partie aqueuse du produit de la distillation, et on les mêle souvent avec différentes eaux minérales. On fait aussi un extrait, une huile, une essence et du savon de feuilles de pin, qui sont très recherchés en Angleterre, ainsi que les couvertures dites de laine de bois (*pine leaf-wool*).

Quant aux maladies contre lesquelles sont recommandés les différents modes d'emploi de la médication, nous trouvons mentionnées : les altérations du sang qui se manifestent par l'anémie, la chlorose et les scrofules; les maladies de la peau, principalement ce qu'on appelle en Allemagne faiblesse épidermoïdale, dont les principaux symptômes sont la propension aux refroidissements et aux transpirations profuses et abondantes ; le rhumatisme et la goutte à l'état chronique, ainsi que la convalescence des attaques aiguës de ces deux affections; les névroses de la motilité et de la sensibilité; les catarrhes chroniques des muqueuses, surtout dans les organes des sens ou de la respiration et dans l'appareil génito-urinaire.

Le régime, dans les établissements, est fort simple, je dirai même trop simple pour un habitué de Paris; on s'expose à l'air toute la journée; on fait beaucoup d'exercice, même de la gymnastique. On se lève à six heures du matin et l'on se couche à dix heures du soir. On permet, à quelques exceptions près, le vin, la bière, le café, et la viande domine sur la table où l'on s'assied ordinairement en commun. X.

---

ERRATUM. — *Ténia expulsé par les semences de citrouille.* — Dans l'observation de M. Rigaud, publiée sous ce titre, il est dit que l'expulsion du ver a eu lieu *huit jours* après l'administration du médicament ; c'est *huit heures* qu'il faut lire. En réponse à la lettre de notre confrère, nous lui ferons remarquer que les épreuves des travaux émanés de la *Société de médecine* sont corrigées par les soins des délégués de cette Société, et non par le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*.

RHINOSCOPIE. — M. Semeleder (de Vienne) nous écrit pour nous rappeler et nous prier de faire savoir au public médical que, dans le travail *sur l'exploration de l'espace naso-pharyngien*, dont nous avons récemment donné le résumé (n$^{os}$ 17 et 18), il engageait ses confrères à vouloir bien lui communiquer leurs observations sur ce sujet pratique, promettant d'y répondre par l'envoi de ses propres observations.

Par un honorable scrupule, M. Semeleder trouve que notre exposé ne rend pas suffisamment justice aux services rendus par M. Czermak. Cette justice, nous l'avons rendue autrefois en introduisant nous-même en France les travaux de notre savant confrère de Pesth et en parlant des démonstrations qu'il a données à Paris en 1860. Les retranchements remarqués par M. Semeleder étaient nécessités par la forme même du *résumé*.

---

— Par arrêté du 3 mai 1861, M. Robin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du comité impérial des travaux historiques et des sociétés savantes (section des sciences).

— La place de chef des travaux anatomiques de l'École de médecine de Bordeaux est vacante par suite de la démission de M. le docteur Segay. MM. les candidats devront adresser, sans retard, à l'administration académique, leur demande et les titres qu'ils désirent faire valoir.

— Nous pouvons réclamer pour la médecine lyonnaise l'une des plus belles célébrités industrielles de notre époque. M. Joseph Chaley, le constructeur du fameux pont de Fribourg, qui est mort le 15 avril dernier, était docteur, et avait pratiqué, de 1825 à 1827, la médecine à Lyon, où il fonda, d'après les idées de Delpech, le premier établissement orthopédique qui ait existé dans notre ville. (*Gazette médicale de Lyon.*)

— *The Medical Times and Gazette* publie quelques chiffres assez curieux sur la longévité de plusieurs grandes illustrations médicales : Boerhaave, Haller et Tissot, vécurent 70 ans; Gall, 71; Darwin, Van Swieten et Fallope, 72; Jenner et Heister, 75; Cullen, 78; Galien et Spallanzani, 79; Harvey et Mead, 81; Duhamel, 82; Astruc, Pinel et Hoffman, 83; Ribeiro Sanchez, 84; Swedenborg, 85; Morgagni, 89; Heberden, 92; Ruysch, 93; enfin le père de la médecine, Hippocrate, serait mort, dit-on, à l'âge de 109 ans.

— M. le docteur Tissot vient de mourir dans sa propriété, près de Belley (Ain). Il avait exercé avec distinction la médecine à Lyon.

— M. Gilbert Choisy, médecin à Chantelle (Allier), vient de mourir dans cette commune, où il laisse d'unanimes regrets. MM. les docteurs Bergeon, Trapenard et Laronde, ont payé à notre modeste et savant confrère un juste et touchant tribut d'hommages.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 31 MAI 1861. N° 22.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle. I. Paris.** Mode de propagation de l'électricité; courants d'induction : M. Guillemin. — Contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale : M. J. Béclard. — Joûte entre M. Piorry et M. Bousquet; doctrine organopathique. — De la chromocrinie : M. Leroy de Méricourt. — Forceps de M. Chassagny. — Gangrène diabétique : M. Favrot. — Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — Polype naso-pharyngien. Opération préliminaire par la voie maxillaire et par la méthode ostéoplastique. Guérison constatée dix mois après l'opération : M. Huguier. — **II. Travaux originaux.** Observation de gangrène spontanée de la jambe à forme sèche, consécutive à la fièvre typhoïde; embolie de l'artère tibiale postérieure. — **III. Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — **IV. Revue des journaux.** Résections de l'articulation coxo-fémorale. — **V. Bibliographie.** Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou nouveaux éléments de l'art de guérir. — Principes de la doctrine et de la méthode en médecine; introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — **VI. Variétés.** — **Feuilleton.** Revue professionnelle.

## PARTIE OFFICIELLE.

La chaire de professeur adjoint de physique étant actuellement vacante à l'école supérieure de pharmacie de Paris, MM. les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 5 juin prochain : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur ès sciences physiques; 3° leur diplôme de pharmacien de première classe; 4° une note détaillée de tous les titres qu'ils ont à faire valoir, *comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement* et l'énumération de leurs ouvrages ou travaux scientifiques.

— Par arrêtés, en date du 27 mai 1861, M. LECANU, professeur de pharmacie à l'école supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, à partir du 1er juin prochain jusqu'à la fin de la présente année scolaire, par M. LUTZ, agrégé à ladite école.

— M. GUIGNARD, professeur adjoint de clinique interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite école, en remplacement de M. Quotard, décédé.

— Par décision du 17 mai 1861, Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a déclaré vacante l'une des deux chaires de pathologie et clinique médicales de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Aux termes des statuts et règlements universitaires, une double liste de présentations est demandée à la Faculté et au conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres au secrétariat de la Faculté de médecine, pour le 15 juin prochain, au plus tard.

Les pièces à produire sont :

1° L'acte de naissance, dûment légalisé et constatant que le candidat est âgé de trente ans au moins;

2° Le diplôme de docteur en médecine.

Les aspirants auront soin de faire connaître :

1° Leurs titres antérieurs;

2° La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement;

3° Les ouvrages et mémoires qu'ils avaient publiés.

Strasbourg, le 21 mai 1861.

Vu et approuvé, le recteur de l'Académie, DELCASSO.

Le doyen de la Faculté de médecine, EHRMANN.

Le secrétaire, DUBOIS.

---

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle.

SOMMAIRE : Société médicale des hôpitaux; la position qu'y occupent les médecins des hôpitaux nommés sans concours. — Société d'hydrologie : démission du bureau. — Cas remarquable de mendicité professionnelle; des moyens de se procurer de l'argent, à l'usage des étudiants en médecine. — Poursuite de l'exercice illégal de la médecine : quel moyen? Les médecins *partie civile* et les *dommages-intérêts*. — Une idée du JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Exercice illégal de la médecine vétérinaire. Les empiriques sont-ils de trop? — Pharmaciens et parfumeurs.

Le concours! mot magique qui fait battre les cœurs noblement ambitieux; question vitale pour notre profession et qui se représente à toute occasion; terre promise, *felix cœli porta, sol justitiæ, turris eburnea, domus aurea*... Est-il donc à tout jamais prononcé qu'on ne le rétablira pas?... Rétablir? dit le sage. N'avez-vous pas le concours à tous les degrés, dans l'enseignement et dans la pratique? — A tous les degrés, sauf en haut et en bas. Nous nous sommes récemment déclaré partisan de l'institution du concours pour les places de chef de clinique; quand reviendra la question du concours pour le professorat, nous nous prononcerons derechef; aujourd'hui, nous avons à signaler un incident qui touche à la question du concours pour les places de médecins des hôpitaux.

Tout le monde connaît le procédé stratégique à l'aide duquel on enlève les positions bien défendues. On sent qu'on ne pourra enlever carrément la place, sans doute; alors on creuse la tranchée, on trace les parallèles, on s'approche lentement, on occupe bientôt un *mamelon vert* quelconque, et là, n'ayant rien à faire, on dirige utilement ses efforts du côté des places vacantes. La vacance se déclare et comme on est, de fait, au premier rang, on n'a qu'un saut à faire pour la remplir. A la guerre, ces manœuvres-là font l'objet d'une science importante et estimée. Toute place un peu fortifiée prise autrement est dite prise par *coup de main* ou surprise. Il en est autrement dans la vie civile : toute place qui n'est pas prise à découvert, sous le feu de l'ennemi, par la ligne droite qui y conduit, ne paraît pas légitimement conquise. C'est contre cette manœuvre que la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX, non par horreur

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 30 mai 1861.

MODE DE PROPAGATION DE L'ÉLECTRICITÉ; COURANTS D'INDUCTION : M. GUILLEMIN. — CONTRACTION MUSCULAIRE DANS SES RAPPORTS AVEC LA TEMPÉRATURE ANIMALE : M. J. BÉCLARD. — JOUTE ENTRE M. PIORRY ET M. BOUSQUET; DOCTRINE ORGANOPATHIQUE.— DE LA CHROMOCRINIE : M. LEROY DE MÉRICOURT. — FORCEPS DE M. CHASSAGNY.—GANGRÈNE DIABÉTIQUE : M. FAVROT.— GANGRÈNE DES MEMBRES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.—POLYPE NASO-PHARYNGIEN. OPÉRATION PRÉLIMINAIRE PAR LA VOIE MAXILLAIRE ET PAR LA MÉTHODE OSTÉOPLASTIQUE. GUÉRISON CONSTATÉE DIX MOIS APRÈS L'OPÉRATION : M. HUGUIER.

Dans notre dernier numéro, nous avons donné le titre d'un mémoire que M. le professeur Gavarret avait présenté à l'Académie de médecine, au nom de M. Guillemin, agrégé de physique à la Faculté. Nous essayerons de donner aujourd'hui une idée sommaire de ce remarquable travail sur l'induction volta-électrique, ainsi que d'un mémoire important de M. Béclard, sur la contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale; mémoire que nous avions mis en réserve depuis assez longtemps pour l'accoupler à quelque autre travail de physique médicale.

M. Guillemin a publié, au mois de décembre dernier, dans les ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, un travail sur la propagation de l'électricité dans les fils télégraphiques, dans lequel il démontre expérimentalement que l'électricité suit un mode de propagation tout différent de celui que présente le son ou la lumière dans des milieux homogènes.

Quand on se place à une certaine distance d'un corps sonore en vibration, la première onde qui frappe l'oreille produit immédiatement la même impression que celles qui suivent; la sensation n'arrive pas graduellement, mais bien tout d'un coup à l'organe de l'audition, et présente, dès le premier moment, toutes ses qualités; en supposant que les vibrations du corps sonore soient toutes identiques entre elles. De même quand le corps a cessé de vibrer et que la dernière onde sonore est parvenue à l'oreille, la sensation s'éteint brusquement, sans s'affaiblir préalablement.

Au contraire, quand on transmet un courant dans un fil et qu'on examine ce qui se passe en un point du conducteur situé loin de la pile, on constate, par la méthode expérimentale de M. Guillemin, que le courant présente d'abord une intensité très faible, que cette intensité va en augmentant, et qu'elle finit par atteindre une limite qu'elle ne dépasse plus; à ce moment le courant conserve une intensité constante et définitive. On exprime ce phénomène en disant que le courant présente un *état variable* suivi d'un *état permanent*. Il n'y a donc aucune analogie entre les deux modes de propagation.

Si l'on cherche les temps qu'il faut pour qu'un courant, capable de produire un effet déterminé, arrive à l'extrémité de plusieurs fils de différentes longueurs, on reconnait que ces temps ne sont point proportionnels aux longueurs des conducteurs, mais qu'ils augmentent beaucoup plus rapidement que ces mêmes longueurs. On ne peut donc pas donner de nombre qui exprime la vitesse de l'électricité, car cette prétendue vitesse change avec les dimensions des conducteurs. Pour un fil télégraphique de 500 kilomètres, on trouverait une vitesse supérieure à celle de la lumière, et pour un fil qui ferait dix fois le tour du globe terrestre, la vitesse cherchée serait de 500 à 600 kilomètres par seconde, c'est-à-dire à peu près 500 fois plus petite que la vitesse de la lumière.

L'électricité ne présente donc pas une vitesse constante et uniforme quand elle se répand dans les conducteurs linéaires, mais elle se propage en suivant des lois analogues à celle qui préside au mouvement de la chaleur dans une barre. Cette idée, que la science doit à Georges Simon Ohm, (*Théorie mathématique des courants galvaniques*, par G.-S. Ohm, d'Erlangen; Berlin, 1827, traduction française de M. Gaugain), se trouve actuellement vérifiée par les expériences de M. Guillemin sur les bons conducteurs, et par celles de M. Gaugain sur les conducteurs médiocres. Le lecteur trouvera dans le TRAITÉ DE TÉLÉGRAPHIE de M. le professeur Gavarret, un exposé très clair de la loi d'Ohm et des procédés qui ont servi à les vérifier.

Une fois connue cette période d'*intensité variable*, suivie d'un *état permanent*, M. Guillemin fut conduit à penser que le courant d'induction, qu'on avait jusqu'à présent considéré comme un phénomène d'une durée très courte et inappréciable, coïncide avec la période d'intensité variable du courant inducteur. C'est ce principe que l'expérience confirme, et le mémoire que nous signalons à l'attention de nos lecteurs fait connaître les relations qui existent entre l'intensité que le courant inducteur présente à chaque instant et l'intensité du courant induit. M. Guillemin est parvenu, non-seulement à connaître la durée du courant induit, mais même ses intensités successives, à des intervalles de temps qui ne dépassent pas un

---

pour les mamelons, mais par sentiment du droit et de l'équité, s'est garantie depuis longtemps en décidant qu'elle n'admettrait comme membres *titulaires* que les médecins nommés au concours. Or, tout récemment, une occasion lui a été offerte de renouveler sa résolution ; occasion qui, cette fois, hâtons-nous de le dire, ne met en cause ni un incapable qui ait besoin d'intrusion, ni un amant d'illégalité, mais un confrère instruit, honorable et honoré.

Nous avons raconté déjà le commencement de cette affaire. On avait créé il y a quelques mois, contre l'attente du corps médical, une place de médecin des aliénés (convalescents) occupés aux travaux agricoles de la ferme Sainte-Anne. Le confrère nommé eut la louable ambition d'appartenir à la Société médicale des hôpitaux. Mais. appréciant sa position et connaissant les régles, il convoita seulement une place de *membre associé*. Au moment où le rapport de candidature était présenté avec des conclusions favorables, le même confrère venait de passer de la ferme Sainte-Anne à l'asile de Bicêtre, tombé nouvellement, comme on sait, sous l'administration de la préfecture de la Seine et où, par cela même, le concours n'est pas plus de rigueur que pour les places de médecins des asiles départementaux. Un membre qui n'avait pas fait cette réflexion, demandait que le candidat, en considération de sa nouvelle position, fût nommé *titulaire ;* mais cette proposition n'a pas été accueillie et le titre seul d'associé a été accordé. Avis aux médecins des nouveaux asiles du département de la Seine, pour lesquels, dit-on, les nominations seront directes. *Palmam qui meruit ferat.*

— La SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE s'est vue un moment en complet désarroi à la suite de l'exclusion d'un de ses membres, non à cause de l'exclusion, mais à la suite d'une délibération engagée sur la question de savoir si l'on pouvait ou devait notifier l'exclusion aux membres de la Société. La disposition scabreuse du projet en discussion était ainsi conçue : « Elle (la décision) est notifiée par le secrétaire-général, au nom du président, à tous les membres de la Société, au moyen d'une lettre particulière et confidentielle. *Le droit est réservé d'énoncer les motifs de l'exclusion*, suivant la proposition qui sera contenue à cet égard dans le rapport du conseil de famille. » Après de vifs débats et plus d'une

millième de seconde. Ses expériences révèlent une foule de particularités, qui, jusqu'à présent, étaient passées inaperçues, faute d'une méthode qui pût s'appliquer à l'étude de ces phénomènes, dont la durée n'excède pas quelques centièmes de seconde. Parmi les nombreux faits d'expériences exposés dans ce travail, nous rappellerons ceux qui nous paraissent intéresser le plus les physiologistes.

Dans les appareils électro-médicaux à courants *volta-électriques*, où l'induction est développée par le courant direct d'une pile, le courant induit dure un vingtième de seconde et quelquefois plus. Dans l'appareil Ruhmkorff, à quatre compartiments, on observe encore un courant induit sensible dix secondes après la fermeture du courant inducteur.

Le courant induit de fermeture présente une *période d'augment* d'une très faible durée, puis une *période d'état*, également très courte; enfin une *période décroissante* qui est la plus longue de toutes.

La période d'augment du courant induit de rupture est si rapide que les appareils qui mesurent facilement jusqu'à un cinq millième de seconde ne l'ont pas mise en relief; de sorte que le courant semble présenter son maximum d'intensité immédiatement après la rupture du courant inducteur, pour décroître ensuite d'une manière continue.

Le courant induit est beaucoup moins intense et se développe plus rapidement, quand le centre de la bobine ne contient pas d'armature de fer. M. Dubois-Reymond admet que la commotion physiologique dépend moins de la tension de l'électromoteur que de la rapidité de la variation de l'intensité du courant. M. Guillemin rapproche ce principe de ses expériences, et il démontre facilement pourquoi, dans les appareils d'induction, c'est le courant de rupture qui produit la commotion la plus vive. C'est en effet, d'après ses expériences, celui qui se développe le plus rapidement, puisqu'il présente, dès les premiers instants, son intensité maximum, tandis que le courant induit de fermeture arrive à cette intensité maximum en suivant une période croissante.

Avec le courant direct de la pile, les phénomènes sont inverses des précédents; c'est le courant de fermeture qui produit la commotion la plus vive. L'explication découle naturellement des expériences du même auteur, car elles démontrent que le courant direct de la pile s'établit plus rapidement qu'il ne cesse, et les variations d'intensité sont plus brusques dans le premier cas que dans le second.

Dans les bobines d'induction employées en électro-thérapie, le courant inducteur est rendu intermittent au moyen d'un petit appareil qu'on nomme communément un *trembleur*. Il était intéressant de savoir comment la commotion varie quand on augmente ou quand on diminue le nombre des intermittences. Plusieurs expérimentateurs avaient dit que la commotion suit une marche croissante pour s'affaiblir ensuite et devenir nulle, quand la rapidité des intermittences augmente. D'autres avaient dit que la commotion ne s'affaiblit point pour les intermittences rapides, quand on empêche les vibrations des ressorts qui transmettent le courant.

M. Guillemin a traité ce sujet avec plus de soin que tous ceux qui l'ont précédé; il nous paraît avoir établi les véritables lois de ces phénomènes. En s'appuyant sur des considérations déduites de ses expériences de physique pure, il retrouve dans la commotion la plupart des lois de la propagation des courants. La nouvelle voie ouverte par ce savant pourra bientôt éclairer les phénomènes d'électro-physiologie; nous reviendrons plus tard sur ce sujet intéressant. Pour le moment, nous nous bornons à reproduire les principales conclusions du mémoire de M. Guillemin.

La commotion maximum a lieu pour le courant induit de rupture; c'est le contraire avec le courant direct de la pile.

De même que l'induction, l'excitation physiologique se produit pendant la période d'état variable des tensions et des flux; elle est d'autant plus forte que la variation est plus rapide; elle dépend aussi de la quantité d'électricité mise en mouvement pendant l'état variable.

Dans les bobines, quand on augmente la rapidité des intermittences, la commotion atteint bientôt une limite, pour devenir ensuite sensiblement nulle.

L'armature de fer augmente l'excitation, quand les intermittences sont lentes, et elles la diminuent quand elles sont rapides.

Le courant direct de la pile peut supporter un nombre beaucoup plus grand d'interruptions, sans que l'excitation diminue.

Lorsqu'on fait traverser les organes par des courants alternativement de sens contraire provenant de la pile, la commotion suit une marche croissante très marquée, quand la rapidité des intermittences augmente. Pour des vitesses de rotation plus grandes, elle décroît beaucoup moins que dans le cas où les courants sont toujours dans le même sens.

— Un physicien anglais, M. Joule, écrivait, il y a quelques années, les lignes suivantes dans un mémoire sur l'équivalent mécanique de la chaleur : « Si l'animal était occupé à

---

parole regrettable, on s'est arrêté à la rédaction suivante qui a obtenu le suffrage de la majorité : « La décision *pourra* être notifiée à tous les membres. » Après ce vote ont éclaté comme des bombes les démissions de MM. Mélier, président; Gerdy, vice-président; Le Bret, secrétaire des séances; Désormeaux et Fauconneau-Dufresne. L'élection de M. Pidoux à la présidence, de MM. Mialhe et Tardieu à la vice-présidence, et de M. Desnos à la place de secrétaire, est venue combler les vides laissés par la démission du bureau.

Dans un cas à peu près analogue, il y a quelques années, la *Société anatomique* ayant délibéré sur cette question, a décidé que l'insertion pure et simple de la résolution dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE suffisait à la publicité désirable. La Société d'hydrologie se fût peut-être évité la perte de collègues aussi distingués que ceux qui constituaient son bureau si elle eût adopté cette mesure.

— Nous reçûmes un jour la visite d'un personnage maigre en dessous, gras en dessus au point d'en être reluisant; il portait un grand carton sous le bras et s'assit sans façon dans notre meilleur fauteuil. Puis il nous tendit un manuscrit de la même apparence que son vêtement, en nous priant d'en prendre connaissance.

C'était une lettre avec la suscription: « Monsieur et honoré confrère. » L'auteur de cette lettre réclamait un petit secours; il était officier de santé, il avait exercé longtemps sa profession sur les bâtiments de la marine marchande, et en dernier lieu il était médecin de colonisation en Afrique. Les progrès d'une cataracte double dont il était *porteur*, — comme diraient nos maîtres, — l'avaient forcé de renoncer à son emploi, et il était venu à Paris pour consulter les « princes de la science. »

Les princes de la science attendaient que la cataracte fût « mûre » et notre confrère, pour subsister, avait successivement recours à la générosité de tous les médecins de Paris; il y avait longtemps que ce petit métier durait, et il donnait sans doute un assez bon revenu; l'offrande conférait le droit de signer sur des pages ajoutées à la pétition et en tête desquelles on lisait le nom de Ricord, escorté de ceux d'un grand nombre de professeurs. Les choses étaient arrangées de telle sorte, en un mot, qu'il semblait

faire mouvoir une machine ou à gravir une montagne, je pense que, en proportion de l'effort musculaire dépensé, il y aurait une diminution de la chaleur développée dans le système par une quantité donnée d'action chimique. » M. J. Béclard vient de donner la démonstration expérimentale de ce principe sur les muscles de la grenouille et sur ceux de l'homme.

L'auteur appelle contraction musculaire *statique* la contraction qui a pour effet de supporter un poids déterminé, sans lui imprimer de mouvement, sans qu'il y ait production de travail mécanique extérieur. La contraction musculaire *dynamique* est, au contraire, celle qui a pour effet d'élever un poids à une certaine hauteur, ou de produire d'une manière quelconque un effet mécanique extérieur.

M. J. Béclard dispose un poids de façon qu'un homme, assis sur un siége solide, puisse l'élever à une certaine hauteur avec la main droite, et le retenir pendant sa chute avec la main gauche, tout en conservant le tronc à peu près immobile. Le bras droit fait donc un travail connu et qui est évalué en kilogrammètres; un thermomètre très sensible, placé sur la partie antérieure du bras, indique une élévation de température de plus d'un degré. On recommence l'expérience avec le bras droit, mais cette fois en soutenant simplement le poids, pendant le même temps, sans lui imprimer de mouvement. On constate dans ce dernier cas une élévation de température supérieure de deux ou trois dixièmes de degré à celle qu'on a observée dans le premier.

Ces expériences établissent nettement ce fait : « Lorsque la contraction musculaire exécute un travail extérieur, il se produit dans le muscle une quantité de chaleur plus faible que lorsqu'une contraction de *même mesure* n'est point accompagnée d'effets mécaniques extérieurs. »

Dans une deuxième serie d'expériences, l'avant-bras droit soulève le poids et le soutient pendant sa chute; l'élévation de température est comparée à celle correspondante au travail statique. Dans ce cas, la chaleur développée dans les muscles, perçue par le thermomètre, a été la même, soit que le bras restât en équilibre de contraction, soit qu'il fût animé de mouvements. L'égalité de température tient à ce qu'à cause du double mouvement d'élévation et de descente, il résulte que la position du poids est, à la fin de l'expérience, ce qu'elle était au commencement, et que la contraction musculaire n'a point produit d'effet utile. Pendant l'élévation du poids, le travail mécanique extérieur est *positif*, et pendant sa descente, le travail est *négatif;* les deux valeurs, étant égales, se détruisent, et le travail utile est nul.

M. Béclard termine son mémoire par des considérations générales sur la corrélation des forces physiques et leur transformation les unes dans les autres. L'auteur marque la place que ses propres expériences occupent dans les grandes questions qui se rattachent à l'équivalent mécanique de la chaleur. Ce mémoire peut être mis dans un rang très honorable à côté des travaux de MM. Séguin, Joule, Grove, Favre, etc.; il jette évidemment une lumière nouvelle sur l'un des points les plus importants de la physiologie animale.

—M. Piorry a répliqué à l'argumentation de M. Bousquet, et comme, dans la dernière séance, M. Piorry avait disparu quand son adversaire était monté à la tribune, dans celle-ci M. Bousquet a pris son chapeau au moment où M. Piorry déployait son manuscrit. Le lecteur nous permettra de ne lui transmettre que peu de chose de cette lutte devenue, bon gré, mal gré, personnelle. Si l'on juge à propos de condamner les doctrines de M. Piorry, que l'Académie le fasse par un vote, comme le principal intéressé lui en fournit chaque jour l'occasion; mais un dialogue, quelque spirituel qu'il puisse être, ne sera jamais qu'un passe-temps. Du reste, M. Bousquet a déclaré qu'il s'attaquait pour la dernière fois à M. Piorry, et M. Piorry a juré qu'il ne répondrait plus à M. Bousquet, ce qui était assez logique.

— L'Académie nous paraît avoir pris un parti assez sommaire en rejetant, contre l'avis du *rapporteur*, contre l'avis de M. Laugier, le renvoi au comité de publication du travail de M. Leroy de Méricourt sur la *chromocrinie*. Nous croyons sans peine que cette maladie originale, qui colore en bleu les paupières, ait pu tenter parfois l'esprit de supercherie, comme il est arrivé chez la jeune personne citée par M. Barth; mais M. Laugier aussi a failli être mystifié dans un cas que nous nous permettrons de rappeler à son souvenir, et dans lequel un magnifique purpura de la jambe disparut par un simple lavage; M. Laugier pourtant n'en conclut rien contre les colorations anormales de la peau. En fin de compte, il existe aujourd'hui un certain nombre d'observations rappelées par la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1858, p. 625 et 1859, p. 615), dans lesquelles des médecins instruits autant qu'honorables affirment avoir vu la matière colorante se reproduire *sous leurs yeux*, après qu'on l'avait enlevée avec un linge. Ce sont ces faits que l'Académie a mis en suspicion mardi; c'était son droit rigoureux, mais elle pouvait, par quelques mots ajoutés à la conclusion de M. Gibert, réserver son opinion.

---

que tous ces noms étaient placés là pour recommander personnellement l'auteur de la pétition. Nous causâmes avec notre confrère et nous pûmes nous convaincre de la réalité de son affection, non moins de l'absence totale de tout sentiment de dignité personnelle. Après lui avoir offert une très modique somme, nous signâmes, pour faire comme tout le monde, et une vigoureuse poignée de mains nous récompensa de notre soi-disant bonne action.

Le malheureux qui se livrait à cette exploitation ingénieuse et régulière, a comparu récemment devant le tribunal correctionnel sous l'inculpation de mendicité, et a été condamné à dix-huit mois d'emprisonnement. On a trouvé à son domicile une intéressante comptabilité, dont le grand livre était un annuaire médical; en regard des noms des médecins se trouvaient mentionnées les sommes qu'ils avaient versées; parfois au lieu d'un chiffre on trouvait une appréciation métallo-psychologique : le professeur X..., *cœur de bronze*, 50 centimes; le docteur Z..., *âme vaniteuse et cruelle;* M. V..., *noble cœur*, 7 francs; M. R..., *m'a invité à déjeuner et m'a ensuite sèchement congédié;* M. Q..., 3 francs; M. D..., 1 fr., *n'y plus retourner;* M. V..., *bon; à revoir*, etc.

Le tribunal s'est montré sévère à l'égard de Lachaize; peut-être a-t-il simplement voulu lui fournir les moyens de laisser mûrir la cataracte, en évitant au corps médical un surcroît d'imposition.

— La 6e chambre de police correctionnelle n'a pas été plus indulgente à l'égard d'un étudiant en médecine, que son goût pour l'étude a poussé à des abus de confiance qui dénotent beaucoup d'ingéniosité. N'ayant aucune ressource personnelle, mais ayant conservé des relations avec un certain nombre de propriétaires de vignobles et de marchands de vin dans son pays, il s'était fait courtier et, sous différents noms, il se faisait adresser dans des hôtels des barriques de vin qu'il vendait aux hôteliers. C'étaient des cadeaux de ses parents, disait-il; aux marchands il annonçait qu'on ne l'avait pas payé et que ses clients avaient disparu, assertion dont il prenait soin de faire une vérité. Ce n'est qu'à la longue que ces fraudes se découvrirent et donnèrent lieu à une action judiciaire.

Les moyens de se procurer de l'argent deviennent de plus en plus difficiles aux étudiants; il y a encore çà et là quelques bonnes recettes utiles à indiquer, bien qu'elles aient déjà donné lieu à des

sans exclure de ses Mémoires un travail qui, dans l'état actuel de la science, présente un vif intérêt.

— M. Chassagny a communiqué à l'Académie plusieurs observations tendantes à établir les avantages du forceps qu'il avait antérieurement présenté à l'Académie, et qui a été de notre part l'objet d'une appréciation.

—M. Depaul a présenté, au nom de M. Favrot, une observation de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire, chez un homme atteint de diabète depuis six ans. Bien qu'il y ait lieu de se demander si la gangrène n'a pas été l'effet direct d'une violente inflammation frappant un sujet débilité, ce qui serait hors des termes dans lesquels doit être posée la question de la gangrène diabétique, l'observation mérite au moins d'être prise en considération.

— A propos de gangrène, nous signalons à l'attention du lecteur un mémoire de M. Bourguet (d'Aix) que nous insérons plus loin (p. 350). Nous avons cru devoir, il y a quatre ans (*Gazette hebdomadaire*, t. IV, p. 587 et 646), établir des réserves au sujet d'un cas de gangrène spontanée des membres, regardée par M. Bourgeois (d'Étampes) comme liée à la fièvre typhoïde. Nous n'avions pas cru que la nature de la fièvre eût été parfaitement établie. Mais voici un cas de gangrène d'un membre, dans lequel le diagnostic de la pyrexie typhoïde a été vérifié par l'autopsie, et qui nous paraît fournir un exemple authentique du fait annoncé d'abord par notre confrère d'Étampes; nous nous faisons un plaisir de lui rendre cette justice.

A. Dechambre.

---

Si le principe fécond des opérations préliminaires peut être considéré comme un des fleurons de la médecine opératoire moderne et compter surtout dans les fastes de la chirurgie française, il doit à coup sûr ses inspirations les plus brillantes et ses applications les plus nombreuses aux efforts incessants tentés depuis vingt ans pour obtenir la cure radicale des polypes naso-pharyngiens.

Toutefois les chirurgiens qui reconnaissent la nécessité impérieuse de se frayer une voie directe jusqu'à l'insertion de ces polypes sont sollicités en sens contraire par deux exigences, et cherchent à satisfaire deux indications également légitimes, mais tout à fait opposées. La première réside dans la création d'une voie artificielle large, afin de rendre facile l'abord de la tumeur et possible l'éradication complète du produit morbide. Mais, en revanche, la seconde commande l'économie et prêche de ménager le plus possible les parties saines, qui masquent le mal en y restant étrangères.

L'acte préliminaire, qui doit conduire jusqu'à la voûte du pharynx, présente ceci de spécial qu'on ne saurait atteindre le point cherché sans traverser de part en part le squelette de la face. Or, comme les os ne peuvent être incisés, puis écartés à la manière des parties molles, on est contraint de sacrifier les dans une étendue proportionnelle à l'ampleur de la voie qu'on veut frayer.

Par malheur, ce n'est point impunément qu'on retranche de larges portions de la charpente faciale. Les résections totale ou partielles du maxillaire, les perforations palatines, nasales ou génales, laissent ordinairement des traces indélébiles, et souvent nécessitent un troisième acte opératoire dit *complémentaire*, ou pour le moins l'emploi définitif de la prothèse.

Depuis plusieurs années, comme l'attestent les fréquents débats de notre Société de chirurgie, deux chirurgiens, aussi habiles qu'instruits, ont imaginé un ingénieux moyen d'éluder la difficulté et de satisfaire du même coup les deux indications antagonistes. Sous ce rapport, MM. Chassaignac et Huguier ont bien mérité de la science. Tous deux proposent de pratiquer à la superficie, aussi bien que dans la profondeur de la face, une voie spacieuse, mais sans faire le sacrifice définitif des os qui servent d'opercule au polype. Pour cela, ils découvrent ces os, les divisent linéairement et avec méthode dans des points déterminés d'avance; ils les détachent ensuite de leur connexion avec leurs voisins, en prenant grand soin de les laisser adhérer dans une étendue suffisante aux parties molles ambiantes, de façon que leur nutrition ultérieure ne soit pas compromise; puis alors ils les écartent en les luxant pour arriver jusqu'à la tumeur, qui devient ainsi très accessible; celle-ci enlevée, ils replacent les os qui n'ont subi aucune perte de substance, et ferment ainsi la porte qu'ils ont ouverte; enfin, ils réunissent les parties molles superficielles. Ainsi s'effacent les traces de la route artificielle, ce qui dispense les malades des opérations complémentaires et de la prothèse consécutive.

Pour MM. Chassaignac et Huguier, l'idée mère est la même, le procédé seul diffère. Le premier, dont nous avons tenu à rappeler les travaux, adopte la voie nasale, qui ne mérite peut-être pas l'abandon dans lequel elle végète. Le second

---

poursuites; l'acquisition d'une bonne bibliothèque, par exemple, garnie de tous les auteurs classiques et ornée des ouvrages d'histoire les plus estimés, est toujours une dépense recommandable en soi, et que les parents les plus récalcitrants à l'endroit de la bourse ne sauraient absolument blâmer. Or, il se trouve de prétendus courtiers en librairie qui vendent réellement toute une collection d'ouvrages; ils la vendent à terme et moyennant cinquante billets de 10 francs, par exemple, à échéance mensuelle. Ils rachètent immédiatement le tout au prix de 2 ou 300 francs; de sorte que la même bibliothèque sert indéfiniment de prétexte à ces transactions; la seule difficulté sérieuse, c'est le payement de ces billets à leur échéance; nous croyons la spéculation généralement mauvaise, et cependant il se trouve toujours des capitalistes prêts à la tenter.

— Le Journal de médecine de Bordeaux contient une note très intéressante au sujet de l'exercice illégal de la médecine et à l'occasion de la plainte formulée au nom de l'Association médicale du Morbihan par MM. Lagillardaie, Fouquet, de Closmadeuc et Perrin. Cette plainte, adressée à M. le procureur général de Rennes il y a déjà quelques mois, n'a été livrée à la publicité que très récemment; elle constate que « la profession pharmaceutique est représentée (dans le Morbihan) par vingt-trois pharmaciens seulement ayant diplôme et payant patente. Autour de ces officines, quatre-vingts et quelques pharmacies rivales, dirigées par des congrégations féminines, affranchies de tout contrôle, sans aucune garantie scientifique, fonctionnent publiquement, au mépris de la loi, et s'adjugent du même coup le droit exclusif de la pratique médicale, y compris les droits qui en découlent. »

Il ne paraît pas que l'autorité se soit émue de ces faits illégaux; dans tous les cas, nous ignorons complétement le parti qui a été pris. Nous savons seulement qu'en réponse à quelques questions de M. le procureur, une nouvelle lettre fut adressée au mois de janvier de la présente année, et signala un grand nombre de cas particuliers. Il paraît que nos confrères du Morbihan ne songent pas, à l'instar de ceux de Lyon, à se porter parties civiles, et à prendre de la sorte l'initiative des poursuites. Nous sommes toujours pour le système d'abstention, tout en respectant les inten-

préfère la voie maxillaire, qui a pour elle un plus grand nombre de faits, et que le succès a déjà plus d'une fois consacrée.

La dénomination d'*opération préliminaire par la méthode ostéoplastique* caractérise assez bien cette heureuse conception sur laquelle nous voulons attirer très sérieusement l'attention des chirurgiens. Cette méthode du reste a déjà fait ses preuves. Elle a été appliquée, quoique dans des proportions plus minimes, par M. Langenbeck (de Berlin) pour un polype nasal, à la racine du nez, et d'après les beaux travaux de notre cher et savant ami le docteur Ollier; une autre fois pour une tumeur du sinus frontal, si je ne me trompe, et par un chirurgien anglais ou américain dont le nom m'échappe actuellement.

Jamais le principe n'avait encore reçu une aussi brillante consécration que celle qu'il emprunte à la remarquable observation de M. Huguier, chez le jeune homme qu'il a présenté à l'Académie. La voûte palatine est tout à fait intacte, aussi bien que le voile du palais; les dents sont à leur place: rien ne ferait soupçonner de ce côté une si grave opération. Une cicatrice linéaire à la joue révèle seule le passage de la chirurgie. La seule imperfection qu'on puisse constater réside dans une absence de consolidation complète de la pièce osseuse replacée. En effet, le plateau palatin du côté opéré est légèrement mobile, ce qui du reste ne paraît avoir aucun inconvénient dans la mastication. Il existe donc une sorte de fausse articulation entre les parties supérieure et inférieure du maxillaire et de l'apophyse ptérygoïde. On pouvait prévoir ce résultat, à cause de l'étroite surface de coaptation existant entre les contours des deux pièces osseuses; mais encore une fois le dommage est fort minime. Si nous ajoutons qu'après dix mois environ (l'opération a été faite en août dernier) la guérison ne s'est pas démentie, que rien n'annonce la récidive du polype, que l'état général de l'opéré est aussi bon que possible, nous conviendrons qu'un pareil résultat pour une pareille affection a été obtenu à bien bon marché. On trouvera au compte rendu de la séance académique des détails plus précis sur l'opération. Nous avons voulu en indiquer ici la portée générale et en extraire l'idée fondamentale, puis joindre enfin nos félicitations à celles que M. Huguier a reçues de ses collègues, à si bon droit.

AR. VERNEUIL.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### OBSERVATION DE GANGRÈNE SPONTANÉE DE LA JAMBE, A FORME SÈCHE, CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE; EMBOLIE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE, par M. BOURGUET (d'Aix).

La science ne possède qu'un très petit nombre d'exemples de gangrène étendue à tout un membre, survenue à la suite ou pendant le cours de la fièvre typhoïde, et offrant tous les caractères de la gangrène spontanée.

Les faits de ce genre rapportés par MM. Bourgeois (d'Étampes) (1), A. Fabre (2), G. Squintani (de Crême) (3), les plus probants sous ce rapport, laissent encore à désirer et n'ont pas paru assez explicites et assez démonstratifs à la plupart des médecins qui les ont étudiés avec attention, particulièrement à MM. Béhier et Dechambre, qui ont eu occasion de s'occuper de cette question : le premier dans un excellent rapport lu à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (4); le second dans plusieurs articles consacrés à ce sujet dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (5).

Ces éminents confrères, en effet, ainsi que les divers membres de la Société médicale des hôpitaux qui ont pris part à la discussion soulevée par le rapport de M. Béhier, n'ont pas considéré le diagnostic comme parfaitement fondé, ou du moins comme suffisamment établi dans les observations dont nous venons de parler, se fondant sur ce que les symptômes pathognomoniques de la fièvre typhoïde faisaient défaut, et que l'autopsie n'avait été pratiquée dans aucun cas, ce qui, on le comprend aisément, enlevait à ces faits la plus grande partie de leur valeur (6).

Ces divers motifs nous ont engagé à publier l'observation suivante, à laquelle les mêmes objections ne peuvent pas être adressées, le diagnostic ayant été établi par plusieurs médecins appelés successivement à donner des soins au malade, et l'autopsie étant venue, d'ailleurs, confirmer de tout point le diagnostic porté pendant la vie, en révélant les diverses lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

OBS. — Triboulloy (Louis-Constant), soldat au 3e régiment d'artillerie, âgé de vingt-trois ans, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, est

(1) Bourgeois, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, n° 6.
(2) A. Fabre, *Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 539.
(3) G. Squintani, *Gazeta medica italiana* (Lombardia), 1859, n° 43.
(4) Béhier, *Union médicale*, 1857, nos 71 et 72.
(5) A. Dechambre, *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 587 et 645; 1859, p. 706.
(6) Au moment de livrer ce travail à l'impression, nous venons de prendre connaissance d'un cinquième fait du même genre inséré dans le premier volume de l'excellent ouvrage que vient de publier M. Trousseau (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1861, t. I, p. 210). Ce fait, communiqué à M. Trousseau par M. le docteur L. Blondeau, nous a paru, quoique non suivi d'autopsie, plus probant que ceux de MM. Bourgeois, Fabre et Squintani.

---

tions de ceux qui pensent et agissent autrement, et en reconnaissant même le bien qu'ils font dans une certaine mesure. Nous ne nous habituons pas à regarder comme digne du caractère libéral de notre profession de considérer les malades comme une source de profits qui, détournée de son cours, donnerait lieu, à la façon des ruisseaux, à des procès en détournement.

Le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX voudrait que l'on sollicitât du Gouvernement l'approbation d'une clause « qui attribuerait, soit à une commission composée de quelques membres, soit même au président seul, le droit de représenter la Société en justice, d'intenter et de suivre en son nom toutes les actions qui intéresseraient la généralité des actionnaires. » De la sorte, les misérables dommages-intérêts accordés aux médecins comme individus se transformeraient en sommes importantes données à l'*Association*, et peut-être l'exercice illégal en serait-il entravé.

Entravé! à la façon de la consommation du tabac par le monopole peut-être; ce serait une taxe levée sur l'ennemi, mais cela n'empêcherait pas l'ennemi de se bien porter et de faire chère lie.

L'exercice illégal de la médecine ne peut être sérieusemert atteint que par l'éclatante supériorité du savoir et de l'expérience, et, de plus, par l'accaparement de toutes les branches collatérales de l'art de guérir au profit du corps médical. Nous faisons ici allusion à un certain nombre d'agents dits auxiliaires, et qui souvent sont essentiels à la thérapeutique; la gymnastique, par exemple, puis l'électricité, l'hydrothérapie, etc.; on abandonne trop volontiers aux personnes étrangères, aux études médicales ces importants et fructueux moyens de guérir; il semble à beaucoup que l'on déroge si l'on s'écarte de la prescription pharmaceutique; il serait plus juste de juger la noblesse des actes à leur degré d'utilité, et, à ce compte, nul ne serait plus noble que le gymnaste, non l'acrobate ou le funambule, mais le vrai gymnaste des anciens, qui était honoré dans l'ordre social et dans sa profession.

Mais, pour en revenir à l'exercice illégal de la médecine, quelle étrange doctrine n'est-ce pas que de réclamer des dommages-intérêts à ceux qui exercent sans diplôme!. Nous concevrions les notaires, par exemple, réclamant des dommages-intérêts aux

placé dans notre service à l'hôpital d'Aix, le 10 janvier 1860, venant du service médical.

Voici les renseignements qui nous sont transmis par nos collègues, MM. Gouyet et Féraud, médecins en chef de l'hôpital, qui ont donné des soins au malade : le premier, depuis le 3 décembre 1859, jour de l'entrée à l'hôpital, jusqu'au 1er janvier 1860; le second, depuis ce dernier jour, jusqu'au moment de son évacuation dans notre service.

Au moment de son entrée, ce jeune homme accusait un état de malaise général avec fatigue, brisement des membres, céphalalgie; il faisait remonter à sept ou huit jours l'origine de son indisposition, et n'assignait à cette dernière aucune cause appréciable; la langue était recouverte d'un enduit saburral; fièvre légère; ventre souple, un peu douloureux à la pression; perte d'appétit; selles liquides. — Limonade, lavement émollient, cataplasme sur le ventre, diète.

Les jours suivants, les symptômes que nous venons d'énumérer persistent et vont même en s'aggravant peu à peu, la diarrhée continue; la langue se sèche et devient rouge sur les bords; le ventre se météorise; la peau est aride, brûlante; le pouls petit, serré, un peu dur; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression et présente un gargouillement très manifeste; la prostration se prononce davantage; les traits de la face se tirent; œil terne; légère tendance à la stupeur. — Même prescription; purgatif avec 20 grammes, sulfate de magnésie.

Quelques jours après, la langue devient noire, fuligineuse, ainsi que les lèvres et les gencives; des taches rosées lenticulaires apparaissent sur la poitrine et l'abdomen; la fièvre augmente; toux accompagnée de quelques râles sibilants et sous-crépitants; stupeur plus prononcée; haleine fétide; rêvasseries; assoupissement. — Bols camphrés et nitrés, lavements, cataplasmes, bouillon, limonade.

Plus tard, enfin, langue dure, noire, fendillée, prostration profonde, coma, carphologie, délire, surdité, pulvérulence des narines, etc.; en un mot, les caractères de la fièvre typhoïde sont extrêmement accentués, et le plus léger doute à cet égard n'est pas possible; bien plus, la maladie revêt une très grande intensité; ainsi, pendant plusieurs jours, le délire alterne avec le coma; les selles sont involontaires; la faiblesse excessive; du tremblement et des contractions s'observent dans diverses parties du corps; tout semble faire redouter une terminaison funeste lorsque, le 24 décembre, il se produit un peu d'amélioration d'une manière inespérée (1).

Les jours suivants, l'amélioration se soutient; le malade est mis d'abord à l'usage du bouillon, puis de quelques légers potages, et il arrive *ainsi*, dès les *premiers* jours de janvier, à manger le demi-quart matin et soir.

Le 5 janvier, sans cause appréciable, il est pris tout à coup d'une douleur à la jambe droite, vers le défaut du mollet, dans la profondeur du membre, en même temps que d'engourdissement et de sensation de froid dans les orteils et dans le pied. Toutefois, l'état général continue à être bon; il n'y a pas de fièvre; l'appétit est assez vif; la langue nette; le sommeil passable; en un mot, sauf les symptômes précités, on peut considérer le malade comme entièrement convalescent. — Demi-quart, vin vieux; cataplasme émollient sur la jambe.

(1) Nous devons cette description des symptômes et de la marche de la fièvre typhoïde aux renseignements puisés auprès de nos excellents collègues MM. Féraud et Gouyet, et aux notes recueillies jour par jour au lit du malade par M. Goulin, interne distingué du service. La relation de ce même fait a été, en outre, donnée par M. le docteur Chabrier, chirurgien chef interne de l'hôpital d'Aix. (*Montpellier médical*, 1861, p. 50.)

Le lendemain, l'état reste le même; seulement, on observe une légère tuméfaction dans le point occupé primitivement par la douleur. — Même prescription.

Le 8, l'extrémité du quatrième et du cinquième orteil a pris une teinte bleuâtre; le pied est presque entièrement froid; le malade continue à y accuser de l'engourdissement et quelques élancements douloureux; l'état général est toujours satisfaisant. — Demi-quart, potion avec 2 grammes extrait de quinquina, deux bols camphrés et nitrés, application de compresses trempées dans une décoction de quinquina.

Le 9, la gangrène tend à faire des progrès; les deux orteils sont plus violacés, presque noirs; le troisième et le second commencent à changer de couleur. — Continuation des mêmes moyens.

Le 10, la gangrène a envahi tous les orteils; une tumeur fluctuante s'est formée à la jambe, dans le point où la douleur s'est montrée de prime abord. Le malade est évacué sur le service chirurgical où nous l'observons à la visite du matin.

Voici ce que nous constatons :

Les orteils sont froids et noirs, surtout le quatrième et le cinquième; autour des parties noires, la peau est d'un blanc sale; un peu plus loin elle présente une auréole rouge foncé; l'épiderme est soulevé sur plusieurs points; le malade accuse une douleur obtuse dans la profondeur de la jambe, un peu au-dessous du mollet, en dedans du tendon d'Achille, en même temps que de la faiblesse, de l'engourdissement, des fourmillements et une sensation de froid dans les orteils et dans le pied; partout ailleurs, notamment sur le trajet de la fémorale, de la poplitée, de la pédieuse, de la tibiale antérieure, il déclare n'éprouver aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la pression des doigts, ce dont il est d'ailleurs facile de s'assurer par un examen direct. Les battements de l'artère fémorale se sentent très distinctement; ceux de la poplitée se sentent aussi, mais cependant d'une manière moins distincte; ceux de la tibiale postérieure ne se sentent pas du tout; ceux de la pédieuse assez faiblement. Il n'existe pas de gonflement ni d'œdème à la cuisse, non plus que dans le creux du jarret, à la partie supérieure de la jambe et dans le pied. Il n'y a pas de ganglions engorgés au pli de l'aine, ni dans aucune autre partie du membre. La seule région où on découvre de la tuméfaction est, comme nous l'avons dit, le côté interne et postérieur de la partie inférieure de la jambe; on y observe une fluctuation évidente, mais sans signes bien marqués d'inflammation phlegmoneuse. La température du pied et de la jambe droite est inférieure à celle du côté opposé. Le pouls est petit et donne 80 à 90 pulsations; la langue naturelle; la faim modérée; le malade est amaigri; la physionomie exprime la souffrance et l'abattement. — Incision de la tumeur de la jambe avec le bistouri; 20 centigrammes opium en six pilules; fomentations avec la décoction de quinquina et de ratanhia; demi-quart; vin vieux; limonade vineuse.

L'incision donne issue à 80 ou 100 grammes de pus sanieux fortement sanguinolent. La peau se trouvant décollée à une assez grande hauteur, nous prolongeons l'incision en haut et en bas, de manière à lui donner 7 à 8 centimètres d'étendue. Il se produit à la suite de cette incision une hémorrhagie en nappe qu'il est assez difficile d'arrêter, et pour laquelle nous sommes dans la nécessité de badigeonner le fond de la plaie, ainsi que les lèvres de l'incision avec un pinceau de charpie imbibée de perchlorure de fer.

Les jours suivants, la gangrène continue sa marche progressive, sans que l'état général paraisse s'aggraver d'une manière notable. Le malade mange toujours avec plaisir la même quantité d'aliments et ne présente

---

agents d'affaires, ou les agents de change aux courtiers marrons, ou l'administration des tabacs aux contrebandiers : il y a là privilége, et le but du privilége, on ne le cache pas, est le gain spécialisé. Qui oserait dire que le but de l'exercice de la médecine est d'assurer la fortune ou même l'existence des médecins? De deux choses l'une, d'ailleurs : ou le guérisseur a guéri son malade, et, dans ce cas, au nom de quelle morale se plaindrait-on? ou il lui a nui, et, dans ce cas, quelle est l'atteinte portée aux intérêts financiers (puisqu'il s'agit d'indemnités pécuniaires) du corps médical?

Non, n'abaissons pas le niveau moral si élevé de notre profession en laissant croire que l'exercice illégal de la médecine puisse nous porter un dommage quelconque. C'est à la société et aux malades que le dommage est porté, et ce n'est pas à nous, en tant que corporation professionnelle, à veiller aux intérêts sociaux; il y a des conseils d'hygiène et des magistrats que ces soins regardent. Laissons venir les malades à nous, n'ayons pas l'air de les chercher; ils ont plus besoin de nous que nous n'avons besoin d'eux : de là viennent notre dignité et notre force.

— Il n'en est pas de même à l'égard des vétérinaires, qui depuis longtemps cherchent à « réglementer » leur profession, ce qui veut dire cherchent à assurer aux seuls vétérinaires diplômés le droit d'exercer leur art. Le JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI, du mois d'avril contient une très intéressante lettre de M. Raynaud sur cette question; toutes les raisons favorables à la suppression des empiriques y sont très bien discutées; toutefois, nous devons dire que nous n'avons pas été convaincus, et que le seul argument qui eût pu nous convaincre, à savoir, une statistique qui indiquât le nombre des vétérinaires diplômés, est totalement négligé.

Nous avons rapporté, dans le n° 17, la discussion qui eut lieu au Sénat le 20 avril, sur les pétitions des Sociétés de médecine vétérinaire, demandant une législation complète. Personne n'a mis en doute, dans cette discussion, l'insuffisance du nombre des vétérinaires civils; mais M. de Beaumont et Mgr Donnet ont avancé que les empiriques étaient des fléaux pour les campagnes. Telle n'est pas l'opinion de M. Renault, inspecteur général des écoles vétérinaires, qui a écrit que, « pour valoir beaucoup moins que des

pas de fièvre; les digestions se font bien; la langue reste nette; le sommeil est fréquemment interrompu; la douleur, la faiblesse, les fourmillements, l'engourdissement, tendent plutôt à augmenter qu'à diminuer; la mortification gagne peu à peu le métatarse, le devant des malléoles, la partie inférieure de la jambe. Les progrès de la maladie s'annoncent par des traînées rougeâtres et par une teinte plus foncée qui indiquent d'avance les points qui vont être envahis par la gangrène. Celle-ci affecte la forme sèche, en sorte que le membre exhale peu d'odeur, qu'il tend à diminuer plutôt qu'à augmenter de volume, et que la peau se flétrit et se ride extérieurement, sans formation de nouvelles phlyctènes. — 30 centigrammes opium, fomentations émollientes et narcotiques, pansement de la plaie avec l'hypochlorite de soude.

Le 18, la gangrène s'est étendue jusqu'au tiers supérieur de la jambe, sans qu'on distingue dans aucun point de ligne de démarcation tranchée entre les tissus vivants et mortifiés. Les battements de l'artère poplitée sont plus obscurs qu'au début; toutefois, ils sont encore perceptibles; ceux de la crurale sont toujours aussi distincts, et il n'existe nulle part sur son trajet ni tuméfaction ni sensibilité anormales, non plus que sur le trajet de l'artère poplitée.

Nos collègues, MM. Omer, Goyrand, Payan, appelés en consultation, conseillent la continuation des moyens précédemment employés, et pensent, comme nous, qu'il n'y a pas lieu de songer à l'amputation, tant que la gangrène ne sera pas limitée.

Jusqu'au 25, le malade se soutient et continue à manger quelques aliments de facile digestion; la gangrène, sans manifester de la tendance à se circonscrire, fait néanmoins peu de progrès; mais, à dater de ce jour, son état s'aggrave visiblement; de nouvelles traînées rougeâtres apparaissent du côté du mollet; bientôt le membre entier est envahi jusqu'aux environs du genou; la prostration s'accroît; des symptômes adynamiques se manifestent, et le malade succombe le 31 janvier.

*Autopsie vingt heures après la mort.* — Émaciation générale du sujet; plaque gangréneuse au sacrum.

La fin de l'iléon est le siége d'un grand nombre d'ulcérations. Nous en comptons huit à dix dans une seule anse intestinale enlevée et ouverte. On y voit aussi quelques plaques rouges avec ramollissement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux. La plupart des ulcérations sont en voie de cicatrisation; quelques-unes même présentent une cicatrisation presque complète; dans deux ou trois, les tuniques muqueuse et musculaire ont disparu par suite du travail ulcératif, et la tunique séreuse seule reste en place. Le siége de ces ulcérations se trouve dans les follicules isolés de Brumer et dans les plaques de Peyer. Les ganglions mésentériques sont le siége d'un engorgement très marqué; la rate est diffluente et plus volumineuse que dans l'état normal; les poumons congestionnés dans leur moitié inférieure; engouement hypostatique; le foie ramolli; le sang fluide et poisseux.

La jambe droite est complétement momifiée jusqu'au genou; elle est amaigrie; la peau qui la recouvre est chagrinée et comme ratatinée; l'incision des tissus ne laisse pas écouler de la sérosité. Les artères fémorale, poplitée, jambière postérieure et plantaires, disséquées et ouvertes avec précaution, ne présentent nulle part à leur extérieur ni infiltration, ni injection, ni friabilité du tissu cellulaire. Les diverses membranes qui les composent sont unies entre elles et n'offrent point d'épaississement, d'induration, d'incrustations calcaires, d'hypérémie ou de ramollissement appréciables. L'artère fémorale est complétement vide de sang; l'artère poplitée, également vide à sa partie supérieure, renferme dans le reste de son étendue un caillot rouge peu adhérent aux parois du vaisseau, et ne remplissant pas entièrement la lumière de ce dernier par en haut où on le voit se terminer par une extrémité amincie, taillée un peu en biseau, de couleur rouge cerise, tandis qu'inférieurement l'oblitération de l'artère poplitée est complète, et le caillot qui la remplit d'un rouge moins vif et un peu plus adhérent. — La tibiale postérieure est oblitérée à partir de ce point, c'est-à-dire depuis son origine à la poplitée par le tronc tibio-péronier, jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la malléole interne, par des caillots fibrineux plus denses et plus décolorés que ceux de l'artère poplitée, d'autant plus denses et plus décolorés qu'on se rapproche de la partie inférieure de la jambe où ils sont d'un blanc jaunâtre, sans qu'on puisse constater, dans aucun point, à l'intérieur du vaisseau, ni pus, ni exsudations pseudo-membraneuses, ni ramollissement, ni rougeur vive de la tunique interne. Les caillots remplissent en totalité et distendent même le calibre de l'artère; aussi celle-ci apparaît-elle avec un volume beaucoup plus considérable que dans l'état normal et offre-t-elle l'aspect d'une artère distendue par la matière de l'injection. Ces caillots sont plus complétement organisés et plus adhérents aux parois artérielles à mesure qu'on descend vers la malléole interne; dans plusieurs points, surtout en bas, on les dirait composés de couches concentriques un peu friables. — Les artères plantaires interne et externe présentent, au contraire, un très petit volume, sont affaissées, et renferment une très petite quantité de sang noirâtre entièrement liquide. — Les artères tibiale antérieure et péronière sont oblitérées à leur origine par des caillots fibrineux moins consistants, moins décolorés, moins adhérents que ceux de la tibiale postérieure; plus bas, elles sont vides, et leur parois affaissées de même que la pédieuse; les unes et les autres sont en outre assez difficiles à suivre au milieu de l'état putrilagineux du membre et de la transformation des tissus produits par la gangrène.

Les veines de la cuisse et de la jambe ne présentent non plus, dans aucun point, des traces de phlegmasie; leurs parois sont lisses, polies, décolorées, sans qu'on distingue nulle part, à leur intérieur ou à leur extérieur, de l'épaississement, du ramollissement, de la friabilité; elles contiennent une petite quantité de sang fluide et poisseux, ainsi que quelques caillots allongés complétement libres dans la cavité du vaisseau; mais on ne les voit pas obstruées et distendues *par des caillots fibrineux*, de manière à faire supposer que la circulation veineuse ait été interrompue pendant la vie, comme la circulation artérielle.

Le cœur, le reste du système vasculaire, les autres organes de l'économie, n'offrent rien qui mérite d'être signalé. Ajoutons toutefois que, pressé par le temps, ce dernier examen est fait un peu superficiellement.

RÉFLEXIONS. — L'observation que nous venons de rapporter nous paraît avoir plusieurs significations que nous croyons utile de mettre en relief.

Et d'abord, elle met hors de doute le fait de la *coïncidence*, ou plutôt de la *succession immédiate* de la fièvre typhoïde et de la gangrène spontanée.

A cet égard, la démonstration nous semble aussi complète que possible, tellement complète même que nous croyons inutile d'insister longuement sur les preuves à l'appui de cette proposition.

Il est de toute évidence, en effet, qu'aucune autre maladie qu'une fièvre typhoïde ne permettrait de se rendre compte de l'ensemble des symptômes offerts par notre malade depuis le 3 jus-

vétérinaires, ils ne rendent pas moins des services dont la loi demandée les priverait. »

Voilà donc un nouveau côté de la question : les empiriques vétérinaires rendent-ils des services? C'est ce que l'auteur de la lettre du *Journal des vétérinaires du Midi* ne nie pas absolument; c'est ce que M. Renault (d'Alfort) affirme explicitement. Reste la question de l'insuffisance, et, sur ce point, il n'y a pas de contestation; d'où il suit que la loi qui interdirait l'art vétérinaire serait peut-être prématurée.

N'importe, vous verrez que les vétérinaires obtiendront avant les médecins une bonne loi qui, au nom de l'hygiène rurale, interdira, sous des peines sévères, la pratique de leur art, aux ignorants, tandis que les médecins seront forcés, longtemps encore, de compromettre la dignité morale de leur profession en réclamant des dommages et intérêts, alors que l'administration seule est chargée de veiller aux intérêts de la santé publique : *Caveant consules!*

— Avons-nous encore assez de place pour vous entretenir de l'important travail de M. Reveil, sur les cosmétiques, et pour chercher avec lui quelles sont les limites précises de la pharmacie et de la parfumerie? Un pharmacien peut-il vendre, sans déroger, des vinaigres de toilette, du fard, des pommades, des eaux à teindre? S'il ne le *doit*, un parfumeur le *peut-il* sans enfreindre la loi? C'est ce que M. Reveil n'a pas clairement indiqué dans son mémoire, non plus que dans une lettre qu'il a adressée au *Moniteur des sciences*. Nous chercherons à le démontrer quelque jour.

ALIQUIS *frères*.

— Les étudiants de l'université de Liége viennent de donner aux étudiants des autres universités de Belgique une fête magnifique. Le nombre des étudiants qui s'y étaient rendus était considérable; il y en avait cent trente de Bruxelles, cent de Louvain et quatre-vingts de Gand.

qu'au 24 décembre, à savoir : malaise général, fatigue, brisement des membres, selles liquides, céphalalgie, observés les premiers jours ; météorisme, prostration générale, toux, fièvre continue, hébétude, aridité de la langue, douleur et gargouillement de la fosse iliaque droite, constatés à la seconde période ; enfin, stupeur, délire, surdité, taches rosées lenticulaires, couleur noire de la langue, fuliginosités des lèvres et des gencives, coma, carphologie, etc., de la troisième période.

Bien plus, cette symptomatologie ne paraîtrait-elle pas complétement péremptoire, ce que nous avons de la peine à supposer, que l'autopsie serait encore là et suffirait à elle seule pour couper court à toute objection, en montrant les lésions pathognomoniques de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire des ulcérations intestinales à diverses périodes de leur développement, l'engorgement et le ramollissement de la rate, du foie, des ganglions mésentériques, la diffluence du sang, en un mot toutes les lésions qui servent à caractériser la fièvre typhoïde.

Mais s'il est impossible de nier que la gangrène n'ait été précédée dans ce cas par une fièvre typhoïde véritable et même fort grave, est-on également en droit d'affirmer que cette dernière ait été l'unique cause de la gangrène?

Ici nous serons moins affirmatif.

Sans doute on ne peut pas contester que la fièvre typhoïde, par sa nature essentiellement septique, par l'altération profonde du sang et des autres fluides de l'économie qu'elle présente, par la prostration, l'affaiblissement général, l'imperfection de l'hématose, le défaut de vitalité des tissus, le manque d'énergie de toutes les fonctions qui l'accompagnent, ne puisse prédisposer, dans une certaine mesure, à la gangrène des membres inférieurs, de même qu'elle prédispose à la gangrène du sacrum, des trochanters, des coudes, des talons, de l'angle des omoplates, et à d'autres gangrènes locales dans des points qui ne sont soumis à aucune compression, telles que la gangrène qui se produit à la surface des vésicatoires, celle du scrotum, de la bouche, du nez, des oreilles, du pénis, etc., etc. ; tout comme elle semble prédisposer à d'autres maladies qui offrent avec la gangrène une analogie incontestable, telles que la nécrose des cartilages du larynx, dont on a voulu faire dans ces dernières années une maladie spéciale sous le nom de *laryngite typhique*, *laryngite nécrosique*, *laryngo-typhus*, ou à celle des cartilages de la cloison du nez, qui a fait récemment le sujet d'une intéressante communication de M. H. Roger à la *Société médicale des hôpitaux* (1), ou bien encore à celle des maxillaires supérieur et inférieur observée par M. Martin sur un détenu (2), et par M. Charcot sur des militaires du Val-de-Grâce (3).

Nous sommes donc très disposé, en ce qui nous concerne, à accorder une certaine part à la fièvre typhoïde dans la production de la gangrène de la jambe survenue chez notre malade. Mais il nous est impossible, d'un autre côté, de considérer cette fièvre comme la cause exclusive de la gangrène, et de méconnaître l'influence qu'a dû exercer une autre circonstance révélée par l'autopsie : nous voulons parler de l'*oblitération de l'artère tibiale postérieure et de l'artère poplitée par des caillots fibrineux*.

A quelle cause convient-il de rapporter la formation de ces caillots et l'obstruction artérielle qui en a été la conséquence?

Il n'est pas possible, selon nous, de les faire dépendre d'une *artérite aiguë ou chronique*, ni d'aucune autre lésion des parois artérielles (*ossifications*, *incrustations calcaires*, *dépôts stéatomateux ou athéromateux*, *ulcérations*, *plaques cartilagineuses*, etc.), puisque les symptômes qui forment le cortége habituel de l'artérite, soit aiguë, soit chronique, ont complétement fait défaut pendant la vie du sujet, et que l'autopsie n'a permis de constater dans aucun point du système artériel du membre abdominal, ni rougeur vive, ni friabilité du tissu cellulaire extérieur aux artères ou des membranes qui les composent, de sécrétion ou d'exhalation morbides à leur intérieur ou entre leurs diverses tuniques, que les artères n'étaient ni épaissies, ni hypertrophiées, ni augmentées de volume, qu'on n'y rencontrait aucune trace de dépôts cartilagineux ou osseux, ni aucune autre lésion particulière capable d'expliquer la formation de caillots sanguins à leur intérieur.

(1) H. Roger, *Union médicale*, 1860, t. V, p. 468.
(2) B. Martin, *Moniteur des sciences*, 1859, p. 371.
(3) *Union médicale, loc. cit.*, p. 471.

Les mêmes motifs excluent pareillement toute idée de *phlébite*, sans compter que la phlébite s'accompagne de gangrène humide et qu'ici la gangrène était sèche.

Quant à admettre une gangrène par *métastase*, c'est-à-dire un simple changement de forme et de siége de la maladie première (la fièvre typhoïde) résultant du transport, du déplacement et du dépôt de la matière morbifique sur une autre partie du corps (la jambe), de même qu'on voit parfois l'asthme succéder à une névralgie, l'orchite aux oreillons, la péricardite à la goutte des articulations, la méningite à l'érysipèle de la face ou au rhumatisme, etc.; ou bien encore quant à voir là une gangrène *critique*, laquelle aurait eu pour résultat de *juger* la fièvre typhoïde de la même manière que les sueurs, les évacuations alvines, les urines abondantes, les hémorrhagies, quelques éruptions, etc., semblent juger certaines maladies pendant le cours desquelles elles se produisent, sans chercher à discuter ici un point de doctrine aussi obscur et aussi ardu que celui qui se rapporte aux métastases et aux crises en général, point de doctrine fort difficile à interpréter, et sur lequel la génération médicale actuelle n'est pas plus près de s'entendre, d'ailleurs, que les générations qui nous ont précédés, depuis Hippocrate, Asclépiade et Galien ; nous nous bornerons à faire remarquer que l'existence d'une gangrène métastatique ou critique ne saurait être admise dans le cas actuel, même en se plaçant au point de vue vitaliste et acceptant avec les anciens la réalité des métastases et des crises par gangrène (ce qui nous semble plus que contestable quand on arrive à en faire l'application à des gangrènes étendues à tout un membre, comme c'était ici le cas) ; l'existence d'une gangrène critique ou métastatique, disons-nous, est inadmissible chez notre malade, par la raison bien simple que la fièvre typhoïde avait déjà parcouru son cours, et qu'elle était jugée depuis longtemps lorsque les premiers symptômes de la gangrène se sont manifestés.

En effet, le malade pouvait être considéré comme convalescent de la fièvre typhoïde à dater du 24 décembre ; il était complétement sans fièvre depuis ce jour-là et commençait déjà à manger le quart matin et soir, lorsque le 5 janvier, douze jours après l'amélioration inespérée dont nous venons de parler, apparaît brusquement, sans cause appréciable, une douleur vive vers le côté interne et postérieur du bas de la jambe, suivie d'engourdissement, de faiblesse, de sensation de froid dans les orteils et dans le pied, bientôt après de tuméfaction et de rougeur dans la portion correspondante du membre, et enfin, au bout de quelques jours, de la gangrène des orteils ; en sorte, comme on voit, que l'apparition de la gangrène, bien loin de coïncider avec la disparition des accidents de la fièvre typhoïde, ainsi que cela a lieu dans les métastases et les crises, ne se montre, au contraire, que douze jours plus tard.

Mais si le fait qui précède ne permet pas de rattacher la gangrène à une métastase ou à une crise, en d'autres termes à un effort spontané de l'organisme en vue de se débarrasser de principes nuisibles et de ramener la santé ; si, d'autre part, l'artérite et la phlébite ne peuvent pas être invoquées à titre de causes déterminantes, rien ne s'oppose, selon nous, à ce qu'on puisse en donner une explication très plausible en faisant intervenir la théorie de Virchow sur l'*embolie*.

On sait en quoi consiste cette théorie entrevue longtemps avant Virchow, mais que ce célèbre pathologiste a eu l'honneur de faire beaucoup mieux connaître, d'élever à la hauteur d'une théorie parfaitement rationnelle, et surtout de vulgariser.

Pour le médecin de Berlin, en effet, et pour tous ceux qui admettent avec lui les formations emboliques, c'est-à-dire pour l'élite des médecins français et étrangers, un caillot sanguin, une concrétion fibrineuse, crétacée, athéromateuse, des végétations verruqueuses, un débris des valvules cardiaques, etc., peuvent se former pendant la vie dans le cœur ou dans tout autre point du système vasculaire, être ensuite lancés dans la circulation et aller s'arrêter dans une artère plus ou moins éloignée du centre, de manière à en obstruer la lumière et à produire l'oblitération com-

plète du vaisseau et la gangrène des parties situées au-dessous, à moins que la circulation ne puisse être rétablie par les collatérales.

Faisant maintenant l'application de cette théorie au fait rapporté tout à l'heure, nous dirons qu'il ne nous répugne nullement, bien plus qu'il nous semble parfaitement rationnel, d'admettre qu'un caillot sanguin, un fragment de fibrine ou autre semblable, ont très bien pu être entraînés dans le torrent circulatoire et venir s'arrêter vers la partie inférieure de l'artère tibiale postérieure dans un des points où cette artère fournit quelques-unes de ses branches collatérales, et par conséquent diminue de volume, peut-être même le caillot se former primitivement sur place (coagulation autochtone de Virchow) et amener consécutivement la coagulation du sang dans la portion correspondante du vaisseau, et peu à peu l'obstruction complète de ce dernier par des coagula fibrineux tels que ceux que l'autopsie a permis de découvrir.

Plusieurs raisons nous paraissent pouvoir être invoquées à l'appui de cette manière de voir dans le cas présent.

Ainsi, l'apparition brusque de la douleur à la partie interne et inférieure de la jambe, vers le défaut du mollet, sur le trajet de la tibiale postérieure ; la faiblesse, l'engourdissement, les fourmillements, la sensation de froid dans les orteils et dans le pied qui l'ont accompagnée ; la densité plus grande des caillots, leur aspect plus pâle, plus décoloré, plus fibrineux, vers la partie inférieure de la tibiale postérieure ; leur adhérence plus intime aux parois artérielles, leur organisation beaucoup plus complète dans ce point, tandis que ces caractères s'effaçaient graduellement à mesure qu'on remontait du côté du genou, et finissaient par disparaître entièrement dans la région poplitée, sont pour nous autant de motifs de penser que la coagulation embolique a commencé par le bas de la jambe ; qu'elle a eu lieu au moment même où le malade a ressenti pour la première fois des douleurs vives dans cette région, et que de ce point l'obstruction artérielle s'est étendue, de proche en proche et de bas en haut, par l'addition graduelle de nouvelles couches sanguines autour des premiers caillots emboliques, de manière à oblitérer insensiblement la totalité de l'artère tibiale postérieure et une partie de la poplitée. La perméabilité de la plupart des autres artères du membre, particulièrement des plantaires qui en naissent immédiatement, comparée à la distension de la tibiale postérieure par des caillots solidement organisés, vient encore s'ajouter à la démonstration et fait voir que l'embolie s'est bornée à ce vaisseau en commençant par sa partie inférieure.

Il est regrettable assurément que la constatation de la concrétion ou des concrétions emboliques n'aient pas pu être faite au milieu des caillots vasculaires dont elles devaient former le noyau. Malheureusement une pareille constatation est fort difficile dans tous les cas et presque impossible quand l'embolie a pour point de départ un caillot sanguin, un fragment de fibrine, une végétation molle, en un mot toute espèce de corps dont la texture se rapproche, au bout d'un certain temps, des caillots fibrineux, et ne tarde pas à se confondre intimement avec eux dans l'intérieur du tube artériel ; aussi cette constatation n'a-t-elle été obtenue que fort rarement dans les observations d'embolie recueillies jusqu'à ce jour, et lorsqu'elle l'a été d'une manière péremptoire, comme dans deux des faits rapportés par M. Virchow, les caillots emboliques présentaient à leur centre des fragments calcaires semblables à la substance des valvules cardiaques dégénérées (1). Toutefois, pour rester dans les limites de la vérité, nous avouerons sans détour que nous n'avons pas cherché à faire cette constatation, la pensée de l'embolie ne s'étant présentée à notre esprit que plus tard ; mais nous doutons fort qu'elle eût été possible pour les motifs allégués tout à l'heure.

On peut se demander pourtant comment l'oblitération embolique de l'artère tibiale postérieure a pu à elle seule suffire pour déterminer la gangrène de toute la jambe quand la ligature de la crurale, de l'iliaque, de l'axillaire ou de la sous-clavière, l'oblitération spontanée de l'aorte elle-même, ainsi que le démontrent quelques observations dont l'authenticité n'est pas douteuse, la déterminent si rarement, surtout quand on réfléchit que dans les premiers temps de l'embolie le sang devait pouvoir continuer à arriver au pied par la péronière et la tibiale antérieure.

Cette objection nous paraît fort sérieuse, et nous ne croyons pas qu'il soit possible d'y répondre sans faire intervenir, ainsi que nous l'avons fait dans un autre endroit, les conditions particulières au milieu desquelles l'embolie s'est produite, c'est-à-dire l'*affaiblissement général* du malade résultant de la fièvre typhoïde très grave qu'il venait d'essuyer, et la *prédisposition* à la gangrène, conséquence de la fièvre typhoïde elle-même. Remarquons néanmoins que si l'oblitération de la tibiale postérieure ne permet pas d'expliquer à elle seule la gangrène de la totalité de la jambe, ni même simplement celle du pied et des orteils, puisque dans les premiers temps la circulation pouvait à la rigueur continuer à se faire par les collatérales, ce fait n'a plus été possible plus tard, la circulation par les collatérales ayant été interrompue à son tour, à mesure que de nouvelles couches s'ajoutant aux caillots emboliques primitifs faisaient remonter l'obstruction artérielle jusque vers le milieu du tronc de l'artère poplitée, bien au-dessus par conséquent de la naissance de la péronière et de la tibiale antérieure, de façon qu'alors toute circulation devait forcément se trouver interrompue dans le membre. Cette même circonstance permet aussi de se rendre compte des progrès lents et successifs de la gangrène.

Une dernière question nous reste à examiner : c'est celle du traitement.

La médication à laquelle nous avons eu recours est celle à laquelle on s'adresse généralement dans les cas de ce genre, c'est-à-dire : l'opium, les préparations de quinquina, le camphre à l'intérieur, les fomentations chaudes émollientes, narcotiques, toniques, astringentes à l'extérieur, le repos de la partie malade, une douce chaleur autour du membre, etc.

Ce traitement, que l'on trouve conseillé dans tous les auteurs, et dont on fait indistinctement l'application à toutes les espèces de gangrènes, mais particulièrement aux gangrènes de cause interne que l'on est convenu d'appeler *gangrènes spontanées*, et qui sont généralement consécutives à des lésions aiguës ou chroniques du système vasculaire ; ce traitement, disons-nous, est-il parfaitement rationnel dans tous ces cas, en particulier dans la gangrène qui nous occupe, c'est-à-dire dans la gangrène consécutive à l'embolie et indépendante de l'artérite, de la phlébite ou de toute autre lésion des parois artérielles ?

Après y avoir mûrement réfléchi, en présence du résultat de l'autopsie et de la plupart des autres circonstances relatées dans l'observation, nous hésitons à le croire. En voici les raisons :

Quel but le chirurgien se propose-t-il d'atteindre dans une gangrène de cette nature ? Évidemment un seul : *obtenir la limitation de la gangrène*. Comment peut-il espérer d'y arriver ? *En favorisant le rétablissement de la circulation par les collatérales et en activant la circulation capillaire dans les parties menacées de mortification*. Quant à rétablir la circulation dans les troncs artériels déjà oblitérés par l'embolie, il n'y a pas lieu d'y songer, aucun moyen n'étant malheureusement capable de résoudre les caillots fibrineux qui les emplissent, et leur oblitération devant être considérée comme définitive, quels que soient les moyens employés.

Mais parmi ces moyens, quelques-uns, tels que le repos de la partie malade, les fomentations chaudes, émollientes, narcotiques, toniques, astringentes, continuées sans interruption, la chaleur également appliquée de toutes les manières (sachets remplis de sable chaud, bouteilles d'eau chaude, ouate, flanelles, etc.), sont-ils parfaitement propres à atteindre le résultat que l'on a en vue ? Bien plus, ne sont-ils pas irrationnels et diamétralement opposés au but que l'on poursuit ? Examinons succinctement.

La circulation est interrompue dans un membre par l'effet de l'oblitération embolique d'un ou de plusieurs troncs artériels importants, et l'on prescrit le repos, c'est-à-dire un moyen qui ralentit la circulation dans l'état de santé, et auquel on n'hésiterait pas à recourir si elle était trop active et trop précipitée ; ou bien on entoure le membre de chaleur, ce qui, comme l'a déjà fait

(1) R. Virchow, *Lettre à M. Dechambre* (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 3).

observer judicieusement M. Legroux (1), a pour résultat de déterminer la dilatation des vaisseaux, d'augmenter la congestion des tissus qui persiste par défaut d'impulsion artérielle, et enfin de favoriser la gangrène?...

Nous ne parlons pas des moyens internes, dont quelques-uns offrent incontestablement de l'utilité: ainsi l'opium présente le double avantage de calmer la douleur et d'activer la circulation capillaire; le quinquina, le vin, le camphre, les antiseptiques, etc., peuvent également trouver leur indication et rendre de véritables services. Mais, nous le répétons, le repos, les fomentations chaudes, l'application prolongée de la chaleur autour des parties où la gangrène est imminente, nous paraissent constituer une médication irrationnelle et plus nuisible qu'utile dans la circonstance actuelle.

Que conviendrait-il donc de faire en pareil cas?

L'application du froid, si elle était continuée pendant longtemps, serait évidemment désavantageuse, probablement même plus désavantageuse que l'application de la chaleur, l'action prolongée du froid produisant, comme chacun sait, le ralentissement et même l'arrêt de la circulation. Mais en serait-il de même si cette application *n'était que momentanée;* par exemple, si l'on se bornait à lotionner les parties plusieurs fois par jour avec de l'eau très froide, de la neige ou de la glace fondues, et que cette lotion rapide fût suivie d'un léger massage, de frictions sèches, de frictions avec des flanelles imbibées de liquides stimulants, tels que le vin aromatique chaud, l'alcool camphré, l'eau de Cologne, etc., etc.? Nous l'ignorons, l'expérience n'ayant pas prononcé à cet égard. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que cela nous semblerait assez rationnel et que, dans tous les cas, cela ne pourrait pas avoir grand inconvénient.

L'application de l'*électricité* promenée sur les téguments au moyen de conducteurs humides, et, au besoin introduite dans les tissus à l'aide de l'*électro-puncture*, ne pourrait-elle pas également, par l'excitation locale qui succède à son emploi, favoriser le rétablissement de la chaleur vitale et de la circulation capillaire? Ce sont là tout autant de questions que nous nous sommes posées à nous-même et que nous croyons devoir poser à notre tour, heureux si la thérapeutique pouvait en tirer profit, mais sans nous dissimuler néanmoins que ce ne sont que de simples vues théoriques qui auraient besoin d'être contrôlées et confirmées par l'expérience.

Il est vrai que dans une maladie aussi grave et aussi fréquemment mortelle que la gangrène spontanée, dans laquelle les ressources dont la médecine dispose sont si manifestement insuffisantes et ont une action si problématique, quelle que soit sa cause primordiale, l'expérimentation de nouveaux moyens, pourvu qu'elle ne constitue pas un danger sérieux pour le malade, ne saurait être blâmée, nous dirons même plus, devient une véritable obligation pour le chirurgien qui tient à se rendre compte de ce qu'il fait, et qui croit à la perfectibilité de son art. Ajoutons aussi que les notions nouvelles que la connaissance de l'embolie a introduit dans la science depuis quelques années, en montrant que la cause d'un assez grand nombre de gangrènes spontanées est due uniquement à l'obstacle que le sang artériel rencontre pour pénétrer dans un membre ou une partie du corps, par suite de l'oblitération des principales artères, et parfois même d'une seule des artères qui se rendent dans les parties atteintes de mortification, justifient pleinement de nouvelles tentatives de traitement, en même temps qu'elles offrent plus de chances de les voir couronnées de succès.

Les déductions à tirer du fait qui précède nous paraissent pouvoir être résumées dans les conclusions suivantes :

1° La gangrène spontanée de tout un membre peut coïncider avec la fièvre typhoïde et doit être considérée comme un des accidents possibles de cette maladie ;

2° La fièvre typhoïde, bien que constituant une cause éloignée de ces sortes de gangrènes, ne les détermine pas cependant d'une manière exclusive ;

3° La théorie de l'embolie, telle qu'elle a été développée par M. le professeur Virchow, et qu'elle est assez généralement admise de nos jours, permet d'en donner, dans certains cas, une explication beaucoup plus satisfaisante ;

4° Il importe d'établir une distinction entre les gangrènes spontanées consécutives à l'embolie et celles qui résultent d'une artérite, d'une phlébite ou de toute autre lésion des parois artérielles;

5° Le traitement de ces diverses gangrènes, quelle qu'en soit la cause déterminante, laisse beaucoup à désirer et appelle de nouvelles recherches cliniques.

(1) Legroux, *Des polypes artériels* (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 76).

---

III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Nouvelles études sur le système vertébral*, par M. *Lavocat*. (Deuxième partie.) — L'auteur développe, dans cette partie de son travail, les propositions suivantes :

Le type de construction du système vertébral doit être étudié chez les vertébrés supérieurs, où il atteint son plus haut développement.

Les deux arcs vertébraux sont semblables dans leurs détails essentiels comme dans leur ensemble.

De nombreuses variétés se présentent chez les différents vertébrés, et dans les diverses régions d'un même animal. Mais, si dégradés qu'ils puissent être, les segments vertébraux conservent toujours leur caractère fondamental.

Enfin, dans toutes les modifications du type vertébral, si le nombre normal des éléments constitutifs est souvent réduit, il n'est jamais dépassé. (*Comm. :* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

OPTIQUE. — *Théorie de l'œil*, par M. *L.-L. Vallée*. (Vingt et unième mémoire. Suite des développements relatifs aux idées exposées dans les précédents mémoires.) — Il faut distinguer dans l'œil deux appareils. L'un, qui se compose des muscles, de la cornée, de l'iris, du cristallin, du corps vitré et de la choroïde, a pour objet le dessin et les couleurs de l'image choroïdienne : c'est l'appareil *descriptif*. L'objet de l'autre est de donner la sensation de l'image; il se compose de la rétine et du nerf optique : c'est l'appareil *sensitif*. Les fonctions de ces deux appareils se lient, ce qui fait quelquefois que l'on confond à tort leurs actions. Ainsi, dans les éblouissements de la vue, il arrive qu'au premier aperçu d'un objet on le voit très nettement, l'image est donc pure; mais dès que le jugement intervient, pour que l'on se rende compte de ce que l'image indique, les éblouissements empêchent la vision. C'est donc l'appareil sensitif qui est malade, et le médecin doit se garder d'ordonner des remèdes qui agiraient sur l'appareil descriptif. (*Comm. :* MM. Pouillet, Faye, de Quatrefages.)

MÉDECINE. — M. *Merlin* adresse une note sur les fâcheux effets produits par le mercure chez les ouvriers qui font usage de ce métal, et sur les précautions à prendre pour prévenir ces effets. (Renvoi à l'examen de M. Andral.)

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Fabas* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur Landouzy, qui informe l'Académie qu'il réunira, samedi prochain, à la clinique de l'école de Reims, un certain nombre de pellagreux de l'Hôtel-Dieu et des environs. — *b*. Une lettre du secrétaire général de la *Société d'acclimatation*, qui demande à l'Académie de vouloir bien concourir à une souscription ouverte pour ériger une statue à *Daubenton*. —

c. Un mémoire sur le traitement de la fièvre pernicieuse hématurique, par M. le docteur *de Poyen*, médecin à la Guadeloupe. (*Comm.* : MM. Louis, Kergaradec et Beau.) — *d.* La description et le dessin d'un utéroscope et d'un redresseur utérin, par M. le docteur *Moulin*. (*Comm.* : M. Depaul.) — *e.* Le modèle d'une scie propre à faciliter la résection des os, par M. *Mathieu*, fabricant d'instruments. — *f.* Un pli cacheté contenant une note sur l'influence de divers agents chimiques sur l'action des virus et des venins, par M. *Reveil*. (*Accepté.*)

M. *Robert* dépose sur le bureau deux communications de M. le docteur *Dépierris* : l'une relative à un nouveau procédé pour l'incision des polypes utérins ; l'autre concernant un cas de bec-de-lièvre congénital opéré suivant un procédé nouveau. (*Comm.* : MM. Laugier et Huguier.)

M. *Gavarret* présente, de la part de M. *Francisco de Argilaga*, une note sur un nouveau moyen de corriger l'influence fâcheuse que la lumière exerce sur les yeux soumis à l'examen avec l'ophthalmoscope. (*Commission déjà nommée.*)

M. *Velpeau* offre à l'Académie, au nom de M. le docteur *Lauzin*, quelques observations ayant pour but de démontrer la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice. (*Commission déjà nommée.*)

M. *Depaul* dépose sur le bureau une observation relative à un cas de gangrène inflammatoire, à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire, survenue chez un diabétique, par M. le docteur *Favrot*.

*Lectures et Rapports.*

M. *le Secrétaire perpétuel* lit une lettre de MM. *Cruveilhier*, *Barth* et *Beau*, qui déclarent adopter les conclusions du rapport de M. Piorry sur le mémoire de M. le docteur A. Cros.

M. *Guibourt*, au nom de la commission des onze sections, donne lecture d'un rapport qui conclut à ce que l'Académie déclare une vacance dans la section de pharmacie. (*Adopté.*)

DERMATOLOGIE. — M. *Gibert*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Ricord* et *Depaul*, lit un rapport sur un travail relatif à la chromhidrose (coloration noire de la peau), par M. le docteur *Leroy de Méricourt*, professeur à Brest.

« Ce travail, dit M. Gibert, est une véritable monographie qui résume dix-neuf observations particulières.

» La coloration noire se borne le plus ordinairement aux paupières et à la partie supérieure du visage. La matière colorante peut s'enlever à l'aide d'un linge ; mais elle ne tarde pas à se reproduire par transsudation. L'analyse chimique y a fait reconnaître la présence du carbone et du fer.

» Cette sorte de difformité n'a été observée jusqu'ici que sur des femmes.

» Les topiques résolutifs et l'emploi des moyens généraux propres à régulariser la menstruation, lorsqu'elle est troublée (ce qui est le cas le plus ordinaire), tel est le traitement le plus rationnel, mais qui jusqu'ici, toutefois, n'a pas montré grande efficacité.

» M. de Méricourt pense, comme nous, que cette transsudation noire est due à l'exhalation de la matière colorante du sang, et qu'il conviendrait de lui donner, avec M. Gintrac, le nom de *chromocrinie*.

» L'auteur, d'accord en cela avec M. Hardy et avec nous-même, se refuse à voir dans cette affection une variété de l'*acné sébacée*.

» L'existence de cette coloration singulière observée en Irlande, à Angers, à Colmar, à Saint-Chinian, à Nantes, dans les Ardennes et à Brest, ne saurait plus désormais être contestée, ni être mise au nombre des supercheries. »

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments à M. Leroy de Méricourt ; 2° de renvoyer à la commission des correspondants nationaux la demande de l'auteur, qui sollicite le titre de membre correspondant ; 3° de renvoyer le mémoire au comité de publication.

M. *Depaul* voudrait que l'existence et la nature de la chromhidrose fussent bien constatées *de visu* par un ou plusieurs membres de l'Académie.

M. *Gibert* fait observer que l'opinion de l'Académie ne se trouve pas engagée par les conclusions du rapport, et que l'existence de la chromhidrose a d'ailleurs été constatée par M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. *Barth* désire que l'Académie ajourne tout vote. Il a observé un phénomène analogue à la chromhidrose chez une dame ayant toutes les apparences de la sincérité, et qui pourtant, dans un but inconnu, empruntait à son écritoire la couleur noire de son visage.

M. *Gibert* affirme que toutes les précautions ont été prises par les médecins qui ont rapporté des cas de chromhidrose.

Après quelques courtes remarques présentées par MM. *Moreau*, *Laugier*, *Lagneau* et *Velpeau*, l'Académie adopte les deux premières conclusions du rapport de M. Gibert, et rejette la troisième.

— M. *Piorry* monte à la tribune pour réfuter les attaques dont ses doctrines ont été l'objet de la part de M. Bousquet, dans la dernière séance.

Il se plaint des paroles blessantes auxquelles son contradicteur s'est laissé entraîner, et des fausses interprétations qu'il a données à ses opinions médicales. M. Bousquet m'a prêté, dit l'orateur, des idées que je n'ai jamais eues, des théories que je défie de trouver dans aucune de mes leçons et dans aucun de mes écrits. Il a travesti ma thérapeutique ; il m'a accusé d'avoir imaginé la *méthode du bondonnement*, pour arrêter la diarrhée ; il est impossible d'altérer plus gravement la vérité.

M. Piorry n'a jamais eu la prétention de faire école. Ses idées ne sont que la continuation des doctrines de Morgagni, de Haller, de Bichat, de Magendie, de Laennec et des membres les plus éminents de cette Académie.

Malheur aux médecins qui négligent l'étude des organes ! malheur surtout à leurs malades ! On voit bien que M. Bousquet n'est pas médecin d'hôpital !

M. Piorry insiste sur certains procédés thérapeutiques, et cherche à en démontrer l'utilité contre les doutes de son contradicteur, qui aimerait mieux sans doute qu'on restât spectateur immobile de la marche de la mort.

Cessez, ajoute M. Piorry, cessez, monsieur Bousquet, vos attaques incessantes auxquelles je ne répondrai plus. Adieu, très honoré collègue, allez respirer l'air embaumé des bois ! Pour nous, nous irons, chaque matin, auprès de nos malades et de nos élèves, remplir les plus sacrés de nos devoirs !

M. *Bouillaud* renonce à la parole.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Chassagny* (de Lyon) présente un uréthrotome de son invention, et dépose sur le bureau deux observations recueillies par MM. les docteurs *Chappot* et *Drutal*, et relatives à l'emploi du forceps à tractions continues. (*Commission déjà nommée.*)

*Présentation.*

CHIRURGIE. — M. *Huguier* présente un malade sur lequel il a extirpé un polype naso-pharyngien, par un procédé nouveau. Voici en quels termes M. Huguier résume la description du procédé auquel il a eu recours :

1° Passer une sonde de Belloc ; — 2° inciser transversalement un des côtés de la base du voile du palais ; — 3° incision transversale de la joue ; — 4° incision naso-faciale ; — 5° section transversale du maxillaire supérieur, du palatin et de l'apophyse ptérygoïde ; — 6° si cette apophyse échappe à la scie, on la coupe avec un sécateur courbe ; — 7° luxation des os en bas et en dedans du côté opposé, en se servant de la suture médio-palatine comme de charnière ; — 8° ablation du polype ; — 9° réduction des os qui sont ensuite fixés avec un appareil en *gutta-percha*.

La séance est levée à cinq heures.

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

### Résections de l'articulation coxo-fémorale.

La question des résections articulaires du genou et de la hanche, qui depuis longtemps déjà préoccupe à juste titre les chirurgiens anglais, allemands et américains, est encore presque inconnue en France, car les opérations ont été à peine pratiquées une ou deux fois à Paris. Quelques travaux, publiés depuis un an ou deux, commencent à attirer sur ce point si important l'attention des chirurgiens français. La résection de la hanche a fait, il y a quelques mois, le sujet d'un long travail présenté à l'Académie de médecine par un de nos collaborateurs, M. Léon Lefort, travail dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a donné un court résumé. Les journaux anglais nous apportent quelques observations nouvelles que nous croyons utile de rapporter brièvement. Elles comprennent les résections de la hanche, pratiquées dans les hôpitaux de Londres, pendant le dernier semestre de 1860, et viennent modifier plus favorablement encore la statistique présentée par M. Lefort, car ces six opérations ont toutes été suivies de guérison. Malheureusement, quelques-unes de ces observations sont forcément incomplètes, le peu de temps qui s'est écoulé depuis la guérison du malade, ne permettant pas de juger un point fort important, le degré d'utilité du membre. C'est une lacune que des renseignements ultérieurs viendront peut-être combler; on peut d'autant plus l'espérer, que ce désidératum est assez souvent rempli dans les comptes rendus cliniques du journal THE LANCET, d'où ces observations sont tirées.

OBS. I. — William K..., âgé de quatre ans, fut admis, le 20 juin 1860, à King's College Hospital, dans le service de M. Fergusson, pour une coxalgie du côté droit. En mai 1859, il avait fait une chute sur la hanche de ce côté, et les douleurs qu'il ressentait le forcèrent à entrer à l'hôpital. Le membre était fléchi et croisé sur celui du côté sain. Après trois semaines de séjour, on lui ouvrit un abcès qui s'était formé en dehors et au-dessous du grand trochanter. Le doigt enfoncé par l'ouverture permettait de constater de graves désordres dans l'articulation. La santé du malade s'améliora, et les douleurs ayant diminué, on l'envoya à la campagne en mai 1859, mais il revint six semaines après.

Le 4 juillet, la santé générale était toujours assez bonne, mais la maladie articulaire était très avancée. La suppuration restait très abondante, mais le ramollissement et la distorsion du membre avaient encore augmenté; toute la région de l'articulation était très tuméfiée, et le moindre mouvement s'accompagnait d'une très vive douleur.

Le 7 juillet, le malade étant soumis au chloroforme, on fit sur le grand trochanter une incision d'environ trois pouces (7 centimètres) de longueur. La tête du fémur, dont la plus grande partie avait disparu, était incomplétement luxée. Quelques coups de bistouri la détachèrent facilement de ses attaches, et on la fit saillir à travers la plaie. L'os fut scié à la base du grand trochanter qui était peu malade. La cavité cotyloïde était tout à fait saine; quelques gouttes de sang furent perdues pendant l'opération. En examinant la portion osseuse désignée, on vit que le cartilage était détruit, et que l'os sous-jacent était absorbé. Le malade fut reporté dans son lit, et on appliqua une attelle interrompue.

Le 18, on fit l'extension permanente au moyen d'un poids pendant au dehors du lit, la plaie se guérit rapidement; la suppuration est peu abondante.

Le 7 août, la plaie est à peu près guérie; il n'y a plus de suppuration.

Le 16, l'enfant va tout à fait bien, et fait mouvoir spontanément le membre opéré. Depuis que l'attelle a été enlevée, il y a un peu de ramincissement dû à l'inclinaison du bassin; on continue pour quelque temps l'extension permanente. (Fergusson, résumé de *the Lancet*, 26 janvier 1861.)

OBS. II. — John T..., âgé de quatre ans, garçon scrofuleux, fut admis, le 6 avril 1859, à King's College Hospital, service de M. Partridge. Six mois auparavant, il s'était formé un abcès derrière le grand trochanter; son ouverture soulagea beaucoup le malade. Lors de l'entrée à l'hôpital, un nouvel abcès s'était formé, vers le milieu du bord inférieur du grand fessier. La jambe gauche était croisée sur la droite.

L'abcès, ouvert le 7 avril, laissa échapper 120 grammes de pus mal lié.

Le 10 mai, l'ouverture est agrandie; une sonde pénètre dans l'articulation, mais ne rencontre pas d'os nécrosé.

Le 3 août, après avoir administré le chloroforme, M. Partridge resèque la tête fémorale. Une grande partie de la tête détachée du reste de l'os était contenue dans la cavité cotyloïde. L'acetabulum était malade et en partie disparu. Le fémur fut scié au-dessus du grand trochanter, et l'on plaça le membre sur une attelle interrompue.

Les suites de l'opération furent très heureuses.

Le 5 septembre, la plaie est presque guérie, il y a à peine de suppuration.

La santé générale est très améliorée; le malade peut mouvoir lui-même son membre sans éprouver aucune douleur.

Il sort guéri le 20 septembre, cinquante jours après l'opération. (Partridge, résumé de *the Lancet*, 26 janvier 1861.)

OBS. III. — John T.-E., âgé de cinq ans, d'une constitution scrofuleuse, entra, en octobre 1860, à Great Northern Hospital (Londres), pour une coxalgie datant de cinq ans. La douleur à la hanche parut sans cause appréciable. Après avoir été traité pendant deux ans et demi dans différents hôpitaux par les vésicatoires, les sangsues, les ventouses, etc., il entra dans le service de M. Price. Le membre gauche est très amaigri; la cuisse est fléchie et croisée sur l'autre; le grand trochanter est saillant; la pression, à ce niveau, est très douloureuse; le bassin est dévié.

M. Price, sous l'influence du chloroforme, redressa le membre et appliqua une grande attelle droite. Après quelques semaines, la douleur disparut sous l'influence du repos; l'attelle fut enlevée après deux mois d'application, et l'enfant put marcher avec l'aide d'un soulier à haut talon. Mais un abcès, qui était déjà en voie de formation à la partie externe de la cuisse, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, s'ouvrit et donna issue à une grande quantité de pus. La douleur et la flexion anormale du membre reparurent. M. Price constata l'existence d'une affection articulaire; un abcès fistuleux, partant de la hanche, venait aboutir à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse; mais le stylet ne rencontrait pas d'os dénudé, et les mouvements de rotation n'amenaient pas de crépitation articulaire. Quoique l'existence d'une luxation fût mise en doute, la déviation du membre était si marquée, les douleurs si vives, la santé si compromise, que M. Price crut devoir, par une opération exploratrice, ouvrir l'articulation. Comme il s'y attendait, le ligament capsulaire était en grande partie intact, mais la tête fémorale était presque entièrement détachée, et la maladie s'étendait à la cavité cotyloïde. Un large séquestre en fut enlevé au moyen de la gouge, et la plaie réunie par la suture. Le membre fut placé sur une attelle droite interrompue, munie d'un appareil à extension. En quelques jours, la santé s'améliora; le membre, qui était d'abord de 5 centimètres plus court que l'autre, ne présente plus maintenant, malgré la résection de la tête, qu'un raccourcissement d'un centimètre et demi. L'enfant est en bonne voie de guérison, et tout fait espérer qu'il guérira avec un membre bon et utile. (Price, résumé de *the Lancet*, 26 janvier 1861.)

OBS. IV. — James C..., âgé de vingt et un ans, scrofuleux, fut admis, à Middlesex Hospital (Londres), le 19 novembre 1859, dans le service de M. De Morgan, pour une coxalgie commençante. Malgré un traitement actif général et local, un abcès articulaire se forma, s'ouvrit et donna issue à une abondante suppuration. Après quatre mois, il se fit une luxation dans la fosse iliaque externe. Six semaines plus tard, sa santé, qui était devenue très mauvaise, s'améliora assez pour qu'on pût tenter la résection; elle fut pratiquée le 26 mai 1860 : la tête et le col du fémur étaient complétement ramollis et désorganisés; la cavité cotyloïde était saine. Le col fut reséqué avec la scie à chaîne. Malgré l'emploi du drainage, deux abcès se formèrent et s'ouvrirent à la partie supérieure de la cuisse, mais ils guérirent rapidement. Malgré deux ou trois attaques d'érysipèle, la santé s'améliora.

16 janvier 1861. — Le malade se lève depuis huit jours, et se promène dans la salle avec l'aide d'une canne. La plaie est tout à fait guérie; la santé est très améliorée, et le malade prend chaque jour de nouvelles forces. (De Morgan, résumé de *the Lancet*, 26 janvier 1861.)

OBS. V. — Mary A.-K., âgée de six ans, fut reçue, le 4 février 1860, dans le service de M. Bowmann, à King's College Hospital (Londres), pour une maladie de la hanche. D'après les antécédents, quatorze mois avant son entrée à l'hôpital, elle fit une chute dans laquelle elle se contusionna la hanche gauche. Elle souffrit beaucoup, et ne pouvait se tenir debout; elle entra à l'hôpital des Enfants malades de Great-Ormond street (Londres), et y resta quatre mois. Durant son séjour, deux abcès se formèrent, l'un en arrière, l'autre au-dessus du grand trochanter; tous deux communiquaient avec l'articulation; ils furent ouverts et continuèrent depuis à fournir de la suppuration.

A l'entrée, la malade est pâle et très démaciée; l'articulation paraît

le siége d'une luxation; la jambe gauche est raccourcie et croisée sur la droite, le grand trochanter fait saillie près de la crête iliaque. Il y a un peu de motilité dans la jointure, sans grande douleur. Les deux ouvertures fistuleuses déjà mentionnées donnent beaucoup de suppuration; elles ne communiquent pas l'une avec l'autre; mais un stylet enfoncé à ce niveau arrive dans l'articulation. Le membre est raccourci de trois quarts de pouce (2 centimètres); le bassin est très incliné; le foie est volumineux; le ventre gonflé, dur; la paroi abdominale est sillonnée de grosses veines.

Huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer.

Ce traitement est continué pendant cinq ou six semaines; la malade garde le lit; la santé générale s'améliore; mais, la suppuration continuant à être extrêmement abondante, on se décide à pratiquer la résection.

Le 19 mai, après avoir administré le chloroforme, on fit une incision verticale passant par la fistule postérieure; une autre incision longue d'un pouce est faite en arrière, à angle droit avec la première. Le grand trochanter fut mis à nu : sur la partie postérieure, existait une perte de substance qui permettait au doigt de pénétrer dans la cavité articulaire. La tête et le col, nécrosés et détachés, étaient enfoncés dans une excavation creusée sur la face interne du grand trochanter. Celui-ci fut scié juste au-dessus du petit trochanter. L'acetabulum avait disparu en partie; on trouvait à peine les traces de son rebord osseux; on en enleva quelques petits fragments, la maladie ne s'étendant pas au delà. Il y eut à peine du sang perdu pendant l'opération. Le membre fut placé sur une longue attelle interrompue.

20 *mai*. — La malade a bien dormi et ne souffre pas; il s'écoule une bonne suppuration.

28 *mai*. — Tout continue à aller bien. La suppuration, si abondante avant l'opération, est modérée et de bonne nature; le membre est en bonne position; la santé générale est très améliorée.

5 *juillet*. — L'attelle est enlevée; le membre est placé entre des sacs de sable; la plaie est presque guérie, la suppuration très légère. La malade ne souffre pas et se remue facilement dans son lit; les mouvements de la jointure sont très libres; l'embonpoint a fort augmenté.

La malade sortit guérie le 2 août 1860. (*The Lancet*, 2 février 1861, M. Bowman.)

OBS. VI. — William E..., âgé de huit ans et demi, d'une constitution en apparence scrofuleuse, entra, en mai 1859, à King's College Hospital (Londres), pour une coxalgie. Il y a six ans, l'enfant fit une chute de dessus une échelle, et se blessa la hanche droite; il éprouva beaucoup de douleur, et, quelques semaines après l'accident, un abcès se forma et s'ouvrit derrière le grand trochanter; il ne se ferma qu'il y a deux ans, après une longue suppuration. Il y a dix mois, cependant, il se forma de nouveaux abcès en communication avec l'articulation, et suppurant depuis cette époque.

Actuellement, le membre est fléchi, croisé sur celui de l'autre côté; la région de la hanche est très tuméfiée; les mouvements sont fort limités et très douloureux; la sonde arrive sur des os nécrosés. L'état général n'offre rien de remarquable.

29 *juin*. — La résection est faite de la manière ordinaire, après administration de chloroforme : la tête fémorale a presque entièrement disparu; le fémur est scié au-dessous du grand trochanter qui est très malade. On enleva de l'acetabulum quelques fragments détachés d'os et de cartilage; il y eut peu d'hémorrhagie; la plaie fut réunie par la suture, et le membre placé sur une attelle interrompue.

30 *juin*. — Le malade est agité et se plaint de vives douleurs dans le pied et le genou. La suppuration n'est pas encore établie. On applique des cataplasmes.

2 *juillet*. — La suppuration est bonne; la douleur a disparu; le sommeil et l'appétit sont bons.

2 *septembre*. — L'enfant va bien; la plaie offre cependant peu de tendance vers la guérison. L'abcès continue à suppurer, et le pus semble venir de la cavité cotyloïde.

1er *novembre*. — La plaie est presque guérie; il y a à peine de suppuration.

18 *novembre*. — Le malade sort guéri. (*The Lancet*, 2 février 1861, M. Partridge.)

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou Nouveaux éléments de l'art de guérir,** par C.-P. FORGET, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-8, 1860. Paris, J.-B. Baillière.

**Principes de la doctrine et de la méthode en médecine; introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique,** par J. DELIOUX DE SAVIGNAC, professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon. 1 vol. in-8, 1861. Paris, Victor Masson.

**Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,** par A. TROUSSEAU, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8. Paris, J.-B. Baillière.

(Suite et fin. — Voir le numéro 15.)

C'est s'imposer une haute et périlleuse tâche que d'entreprendre d'exposer les *principes de la doctrine et de la méthode en médecine*, se bornât-on à consigner des opinions personnelles ou à commenter, comme on le fait d'ordinaire dans ces sortes d'ouvrages, une doctrine et une méthode exclusives. Que sera-ce, si l'on ne craint pas de confondre son propre dogmatisme avec tous ceux qui se sont succédé dans le cours des siècles? Que sera-ce encore si, rencontrant à la racine de la philosophie médicale la philosophie générale elle-même, on ne craint pas de creuser jusqu'à celle-ci pour mieux découvrir l'origine et la valeur des principes qui doivent guider le médecin dans ses études comme dans sa pratique? Cette tâche, un professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon, M. Delioux de Savignac, s'en est chargé, et, de plus, acquitté avec un succès remarquable. Aussi a-t-il le mérite assez singulier d'avoir fait une des œuvres les plus originales de ce temps-ci avec les données les plus vieilles et les plus remuées qu'on puisse choisir. On a des traités de philosophie médicale; on a des essais plus ou moins analogues au traité de Barthez sur la science de l'homme; on a des ouvrages sur la pathologie générale; nous ne connaissons pas, du moins en France, un livre où se trouvent accumulés, comme dans celui-ci: des considérations générales sur les méthodes et les systèmes; un tableau historique et critique des doctrines médicales de l'antiquité et des temps modernes; la détermination de l'idée générale de la maladie et de l'idée générale de la thérapeutique; l'étude méthodique de la maladie, dans ses causes, ses symptômes, son diagnostic, son pronostic et ses caractères anatomiques; l'exposé de toutes les questions qui se rattachent à la nosologie, y compris une nouvelle classification médicale; des vues sur la curabilité et sur certaines médications; une étude des médicaments en général, des diverses espèces de médicaments et de leurs divers modes d'action; une classification pharmacologique; une critique des méthodes thérapeutiques et des médications; enfin, sous le titre de *Plan d'une question de pathologie médicale*, le tableau didactique de tout ce qui doit être dit dans l'histoire d'une maladie interne. La raison de cette sorte d'encyclopédie, loin d'être, comme on pourrait le présumer, dans un goût prédominant pour les exercices de l'esprit de spéculation, réside, au contraire, dans la préoccupation toujours présente de l'application pratique. M. Delioux est de l'école que nous servons de notre mieux, et à laquelle nous avons donné pour devise : *La science pour l'art*. Trop médecin pour se contenter de méditations métaphysiques, trop penseur pour se réduire à la stérile contemplation des phénomènes, sachant bien d'ailleurs, comme tous ceux qui ont l'esprit pénétrant, que tous les problèmes importants de la science médicale se touchent et se lient, il a compris que, une fois le pied mis sur le terrain des généralités de la médecine, il fallait le parcourir tout entier et, après l'étude des doctrines et des méthodes, poursuivre leur empreinte dans la pathologie et la thérapeutique. Par son livre donc, le médecin reçoit une règle et apprend en même temps à s'en servir; et, s'il lui arrivait d'être jeté plus tard hors de cette direction par ses réflexions ou son expérience personnelles, il en garderait encore un avantage d'un prix inestimable : ce sentiment élevé de la science et de l'art qui a sa fécondité propre, supérieure à la diversité des opinions, qui peut se prêter à l'erreur, mais qui n'admet pas la vulgarité.

Nous avons, par cet aperçu, indiqué l'économie générale de l'ouvrage, qui se divise en deux livres, l'un consacré aux *doctrines*

*médicales*, l'autre à la *pathologie* et à la *thérapeutique*. Ce n'est pas après nos longues dissertations sur le vitalisme et sur l'organicisme, que le lecteur ne nous pardonnerait pas de le ramener sur le sujet du premier livre, et si on l'y ramenait sur les pas de M. Delioux, il faudrait l'y retenir longtemps, car il faudrait passer par la série de toutes les écoles médicales, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Indiquons seulement les traits essentiels de la doctrine à laquelle l'auteur s'est arrêté.

Les phénomènes qui se passent dans la matière inorganisée sont attribués mentalement à des *forces;* il est tout aussi naturel, tout aussi logique d'attribuer à des forces les phénomènes qui s'accomplissent dans l'organisme vivant. Les forces sont *spirituelles* et non matérielles. L'organisme naît lui-même et se développe sous l'action d'une force, la force initiale; mais celle-ci n'est ni âme, ni archée, ni principe vital, mais simplement un mode d'activité propre aux corps organisés et inséparable de la matière qui les constitue. Le corps vivant est doué de propriétés, mais « la propriété, loin d'être dans l'organisation un fait principe, est un état secondaire relativement à un principe antérieur, qui est la force, une aptitude déterminée par l'existence préalabe de la force... La matière organisée jouit de l'*aptitude* à effectuer, de la *propriété* d'*accomplir* les diverses élaborations à l'aide desquelles elle développe sa forme, se nourrit et se régénère; mais elle doit cette aptitude, cette propriété, en un mot, la formativité, à une *force formatrice* qui met en exercice la propriété et engendre les fonctions conservatrices de l'individu et de l'espèce. Le muscle possède la propriété de se contracter...; l'animal se meut... en vertu de la *force motrice*. Le nerf a la propriété de sentir, la sensibilité, mais sa fonction, la sensation ne s'exerce que sous l'influence de la force sensitive (p. 141). » Il y a, dans les corps vivants, deux ordres de forces: des forces physico-chimiques et des forces vitales, celles-ci existant comme attributs de la matière organisée, qui est ainsi *animée par un dynamisme spécial*.

En vertu de ce dynamisme, les organes effectuent des opérations que l'on nomme fonctions. La fonction est le but de l'organe, et comme il n'y a pas d'organe sans fonction, il n'y a pas de fonction sans organe. L'organe commande donc absolument la fonction ; à organe sain, fonction normale; à organe malade, fonction anormale; tellement que « la lésion de l'état matériel de l'organisme est le *substratum* fatal et nécessaire de la maladie. »

Si l'on s'en tenait à la signification rigoureuse des expressions employées par l'auteur, on pourrait lui susciter de sérieuses difficultés; car il est inattendu, au premier abord, qu'une doctrine partie de la *spiritualité* des forces organiques, non-seulement de la force initiale, mais de toutes les forces par lesquelles s'accomplissent les fonctions, aboutisse à subordonner absolument la maladie à une lésion organique. Un principe spirituel, dans la langue philosophique, c'est une substance, un être ; substance ou être simple, indivisible, mais aussi impérissable, qui peut s'allier à un autre, non l'y absorber, et qui ne s'aliène pas en se donnant. Si la propriété est *mise en exercice* par la force, si la sensibilité vient d'une force sensitive, l'extinction seule de la force sensitive peut rendre un nerf insensible, et, puisque la perte de la sensibilité, qui est la fonction du nerf, résulte directement d'une lésion organique, il faut, de toute nécessité, admettre que cette force, prétendue spirituelle, est un résultat de l'organisation. La confusion vient ici de ce que l'auteur dote d'une nature spirituelle toute cause soustraite à l'observation sensible et que l'esprit seul conçoit. Il s'agit, dit-il dans le chapitre de la *spiritualité des forces* (p. 135), « d'aborder franchement le dynamisme de l'organisation, d'accepter pour l'expliquer, en conformité avec une haute et saine philosophie, la *notion abstraite des forces* qui l'établissent tel que nous pouvons l'observer. » Or, de ce qu'une force ne peut être connue qu'*abstractivement*, il ne s'ensuit pas qu'elle soit de nature spirituelle, et ce serait un abus de mots ou une confusion de choses que d'attribuer une telle nature, par exemple, à l'affinité chimique. Avec cette correction nécessaire, la doctrine de M. Delioux perd l'inconséquence qu'elle ne pouvait tenir de l'esprit droit de l'auteur. Il faut dire seulement que la subordination générale des propriétés de nutrition, de locomotion et de sensation, à autant de forces qui leur seraient supérieures, à savoir la *formativité*, la motricité et la sensibilité, toutes trois non identiques avec la force initiale de l'organisation, n'intéresse que la langue et non la science. Une disposition organique spéciale rend le muscle apte à se contracter; le mot de force exprime mieux cette aptitude que le mot de propriété, mais n'exprime pas autre chose. Pour ce qui concerne la sensibilité, état *affectif*, le mot de force est déjà beaucoup moins exact ; et quant à la force formatrice, à la formativité, en tant qu'ayant une existence propre, indépendante du principe de vie, elle est un peu, à nos yeux, de la famille des *quiddités*.

Dans son ensemble, et malgré ces quelques remarques critiques, la doctrine de M. Delioux se rapproche de celle que nous professons. Comme nous, l'auteur ne peut concevoir l'organisme sans principe d'unité ; mais, en même temps, il dénie à ce principe des facultés qui dirigeraient l'exercice de nos fonctions, ou des affections qui les troubleraient, et la maladie est pour lui le résultat d'un dérangement matériel des organes. Seulement nous croyons que la théorie de l'activité spéciale de la matière organisée laisse inexpliquées et inexplicables des manifestations importantes de la vie. De plus, entre la force initiale que nous admettons et le jeu normal ou anormal de l'organisme en fonction, nous ne plaçons pas une trinité de forces spirituelles. Enfin, quelque soin qu'ait pris l'auteur d'élargir le sens des mots *lésion d'organes*, nous sommes allé en ce sens plus loin que lui, ou nous avons été plus explicite, en montrant que beaucoup d'actes anormaux de l'organisme, constituant des maladies, pouvaient avoir lieu sans aucune lésion d'organes, par le seul dérangement des conditions physico-chimiques des liquides ou des solides.

Le premier livre de l'ouvrage de M. Delioux exigeait de grands frais d'érudition ; le second pouvait sortir et est sorti presque tout entier de la méditation. Lequel a offert le plus de difficultés? C'est le second très probablement. L'histoire, en vous livrant la matière du travail, vous apporte en même temps tout le bénéfice des controverses passées, dont profite aisément un esprit perspicace et judicieux. Pour tirer de soi la matière de sa trame et pour la tisser, en histoire naturelle comme en littérature et en science, il faut un don de nature que rien ne remplace. Ce don, M. Delioux le possède à un haut degré. Il y a de l'abondance, de l'élévation, de la solidité dans la manière dont sont comprises et traitées les hautes questions de la pathologie et de la thérapeutique, comme aussi on ne saurait mettre plus d'ordre dans l'exposé d'un sujet si complexe. Ces 500 pages, pleines de concision, rendent dans leur ensemble un témoignage que nous n'avons rencontré nulle part avec la même force, la même plénitude, et dont l'expression nous offre un moyen de caractériser ce qu'un long article ne suffirait pas à analyser; ce témoignage, c'est que la doctrine qui rattache fatalement la maladie à un dérangement physique des organes, — qu'on appellera, si l'on veut, l'*organicisme*, pourvu que, sur de grossières apparences, on ne la rende pas responsable de cette autre doctrine qui voit dans la vie le *résultat* d'un agencement de molécules, — c'est, disons-nous, que l'organicisme n'a rien de commun avec la théorie de la *localisation*, et n'exclut aucune vue pratique exacte et de réelle importance. Ainsi, c'est un organicien qui, dans le chapitre relatif à l'*idée générale de la maladie*, professe qu'il n'y a pas, à proprement parler, de maladies locales, mais seulement des lésions locales; et, en effet, tantôt par la réaction de la matière sensible, tantôt par les connexités anatomiques, tantôt par l'introduction de substances hétérogènes dans le sang, etc., la lésion locale détermine les troubles généraux qui constituent réellement la maladie, et que le vitaliste attribue à la révolte d'un principe interne. Le même médecin qui nie, comme nous avons toujours nié, au sens vitaliste, la *force médicatrice*, n'accorde pas moins aux constitutions médicales et aux diathèses que ne le pourrait faire un disciple de Montpellier. Il écrit enfin sur les espèces nosologiques, sur l'unité morbide, des pages que signerait M. Bousquet.

Dans ce même chapitre, où sont posées les bases d'une nosologie large et fermée aux morcellements de la pathologie, nous retrouvons cette question des *éléments*, que nous avons récemment

examinée avec M. Forget. Comme nous, M. Delioux accuse le regrettable professeur de Strasbourg d'avoir porté l'analyse élémentaire des maladies bien au delà de son domaine légitime. A notre tour, nous regrettons que lui-même ne l'ait pas restreint davantage. De ses différents éléments organiques, fonctionnels, étiologiques, nosodynamiques, spécifiques, généraux, nous n'attachons d'importance pratique qu'à celle des éléments spécifiques et de quelques éléments étiologiques. Assurément rien n'empêche de noter qu'il y a, dans une maladie donnée, un élément *douleur*, un élément *exsudation*, un élément *analgésie;* nous disons seulement que ce n'est là autre chose qu'un classement plus ou moins ingénieux des phénomènes, et qui ne peut donner qu'une satisfaction de l'esprit; car tout cela, qu'est-ce autre chose que la partie concrète de la maladie, ce qui la constitue extérieurement. Dire au médecin qu'il y a dans la maladie appelée *tumeur blanche* de la douleur, de l'hydarthrose, de la fièvre, etc., c'est ne rien lui apprendre. S'il ne sait pas cela, il ne sait rien, par cette bonne raison que, si cela n'existe pas, il n'y a pas de maladie; mais ce que les sens n'apprennent pas, c'est ce que peuvent cacher toutes les apparences symptomatiques. La tumeur blanche est-elle inflammatoire, est-elle strumeuse, est-elle rhumatismale? Inflammation, rhumatisme, goutte, scrofules, éléments non pas d'une maladie, mais des maladies, éléments généraux enfin, voilà le seul ordre que nous jugerions utile d'étudier et de classer; et, sans nous préoccuper des distinctions relatives à l'étiologie, à la lésion organique, au trouble fonctionnel, etc., nous rassemblerions tous les éléments susceptibles de caractériser ce qu'on appelle le *génie* de la maladie. Car voyez comme la nature se prête peu à vos distinctions. Votre catégorie des éléments étiologiques vous oblige à ranger les *venins* et les *diathèses* à côté de l'*âge* et du *sexe*. Vous placez dans les éléments spécifiques l'inflammation, qui peut être aussi bien *cause* d'altération locale que la diathèse herpétique. L'état catarrhal, la congestion, le périodisme, l'ataxie figurent parmi les éléments généraux; pourquoi plutôt que les cachexies? Est-ce parce que ces éléments ne sont pas, à proprement parler, comme ces derniers, des causes morbides? Soit; mais il n'en est pas moins vrai que la périodicité plus ou moins déguisée, l'ataxie, sont, pour le praticien, des éléments tout à fait caractéristiques de la maladie, et qui commandent le choix des moyens thérapeutiques. Nous venons d'écrire le mot qui rend toute notre pensée. Les éléments caractéristiques d'une maladie, ceux qui en éclairent la nature et le traitement, voilà les seuls que nous croyions dignes d'être relevés.

Cette critique, qui ne porte que sur un point restreint, laisse entière, — avons-nous besoin de le dire? — notre haute estime pour l'ouvrage de M. Delioux. Nous n'en connaissons pas qui puisse honorer davantage le corps de santé de la marine, auquel la littérature médicale de ces dernières années doit déjà beaucoup; nous n'en connaissons pas qui puisse plus utilement servir les élèves des écoles de médecine navale, auxquels M. Delioux l'adresse de préférence, et qui soit plus digne de figurer dans la bibliothèque de tout médecin.

— Nous avons encore sur notre table un livre d'une grande valeur: le tome Ier de la CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, par M. le professeur Trousseau. Notre dessein est d'en rendre compte avec le tome II, qui ne peut tarder à paraître. Il nous a semblé que l'esprit de ce remarquable enseignement serait mieux apprécié quand on en aurait sous les yeux de plus nombreux témoignages; mais, en même temps, nous aurions trouvé peu séant de nous taire jusqu'à cette époque sur une œuvre pleine de savoir, d'art, d'originalité, de séve, et par-dessus tout de sens pratique. Il nous fallait cette déclaration de sympathie pour couvrir, à nos propres yeux, le parti que nous avons cru devoir prendre.

A. DECHAMBRE.

## VI

## VARIÉTÉS.

L'HYSTÉROTOMIE *post mortem* en ORIENT. — On nous permettra d'aller chercher dans le Levant, pour les opinions que nous avons exprimées, un appui que nous n'avons guère trouvé à Paris. Un article de la GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT, où M. Sawas a résumé avec bon sens les débats de l'Académie de médecine, se termine ainsi :

« L'Académie, disons-nous avec M. Dechambre, doit se donner la mission de tracer d'une main ferme les règles propres à guider les praticiens; son vote, quoique non officiel, serait un appui moral des plus forts pour les médecins en général, et spécialement pour ceux qui exercent en Orient. Oui, les praticiens et les médecins légistes de l'Orient sont en droit, plus que tous les autres, de lui demander une règle de conduite qui puisse leur servir de guide, au milieu des innombrables difficultés que l'ignorance leur suscite..... Au moins, pour ce qui concerne l'opération césarienne *post mortem*, ils auraient pu, sous les auspices du vote de l'Académie, marcher avec intrépidité vers le but principal de leur sacerdoce, la conservation de l'être le plus parfait de la création. »

— Le corps médical de Paris vient de perdre M. le docteur Sernin Planté de Mengelle, M. le docteur Victor Deloire et M. le docteur Rivière.

— M. le docteur Champenois, médecin-major de première classe, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Despine, ancien médecin inspecteur de l'établissement thermal d'Aix (Savoie), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— COURS PUBLIC SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE FONCTIONNELLE DE LA VISION. — M. le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique, commencera ce cours le lundi 3 juin, à trois heures, au dispensaire, rue du Jardinet, 11, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Les leçons auront particulièrement pour objet les lois de la vision associées au binoculaire, l'ophthalmoscopie, l'usage binoculaire des lunettes et de tous les instruments d'optique, enfin les troubles fonctionnels de l'appareil de la vue.

— LA VACCINATION CHEZ LES KABYLES. Nous tenons d'un témoin, résidant sur les lieux, dit la REVUE MÉDICALE, et qui nous est connu par sa haute véracité, les détails suivants, qu'on ne lira pas sans intérêt: « Il y a trois ans à peine, lorsque je voulais éloigner les Arabes, je n'avais qu'à leur dire que je me proposais de vacciner leurs enfants. Ils s'éloignaient tout de suite, d'un air boudeur et irrité, parce que leurs marabouts leur faisaient croire que, par ce moyen, leurs enfants deviendraient impuissants, et que les Français voulaient arriver ainsi à l'extinction de leur race.

» Vers cette même époque, un chirurgien militaire, envoyé par le général de la division pour faire quelques tentatives de vaccination chez nos voisins les Kabyles Beni-Menasser, employa sans doute quelques procédés un peu trop péremptoires, car il se fit chasser à coups de fusil, et fut poursuivi ainsi que son escorte. Ils passèrent, dans leur fuite éperdue, devant notre porte, et nos colons, ainsi que beaucoup d'autres, parlaient déjà de se sauver. Heureusement, un corps considérable de troupes fut immédiatement appelé de Blidah et d'Alger; néanmoins, il fallut près de deux mois pour réduire cette insurrection, car la prise d'armes avait été générale dans toute la grande confédération des Beni-Menasser.

» Maintenant, et tout à fait contrairement aux idées de cette époque, les indigènes m'ont tous promis avec joie de m'amener leurs enfants pour les vacciner dès que je les ferai avertir. »

---

GUIDE PRATIQUE AUX EAUX MINÉRALES FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES, suivi d'études sur les bains de mer et l'hydrothérapie, et d'un traité de thérapeutique thermale, par le docteur *Constantin James*. 5e édition avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier. 1 vol. in-18 de VIII-616 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

Cartonné à l'anglaise. 9 fr.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX faites à la Faculté des sciences de Paris, par M. *H. Milne Edwards*. Tome VI. Appareil digestif. 1 vol. grand in-8e de 536 pages. Paris, Victor Masson et fils. 9 fr.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. | PARIS, 7 JUIN 1861. | N° 23.

## TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. —**Partie non officielle.** I. **Paris.** Coup de foudre guéri par l'électricité. — Du guarana contre la migraine. — Mauvais effets des pommes de terre germées. — De quelques extraits. — De la propylanime. — Administration de l'huile de croton. — Encore un mot sur la chromocrinie. — II. **Histoire et critique.** Sur la durée de la persistance des propriétés des muscles, des nerfs et de la moelle épinière après l'interruption du cours du sang dans ces organes. — III. **Revue clinique.** Contributions à la pathologie et à la thérapeutique des difformités de la hanche. — Sur quelques accidents produits par le semen contra. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Du mariage entre consanguins comme cause de rétinite pigmentaire. — VI. **Bibliographie.** Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis. — Quelques considérations sur la scrofule. — VII. **Variétés.** — VIII. **Feuilleton.** De la diphthérite et de la paralysie consécutive à la diphthérite dans les œuvres d'Hippocrate.

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 19 avril au 8 mai 1861.*

51. LABORDE, Paul, né à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure). [*De la chlorose interprétée au point de vue de sa nature, de ses signes particuliers, et de son traitement général.*]

52. SAILLY, Émile, né à Lille (Nord). [*Y a-t-il albuminurie dans l'épilepsie? — Conséquences au point de vue du diagnostic avec l'éclampsie.*]

53. COUVREUR, Achille, né à Gondecourt (Nord). *Des abcès hématiques.*]

54. LEGOFF, Louis, né à La Chapelle les-Marais (Loire-Inférieure). *Du traitement de l'hydarthrose par l'injection iodée.*]

55. HYTIER, Eugène, né à Arnac-la-Poste (Haute-Vienne). [*De la gastralgie.*]

LOISEAU, Gustave, né à Bourges (Cher). [*De l'épilepsie.*]

56. J. LADREIT DE LACHARRIÈRE, né à Privas (Ardèche). [*Des paralysies syphilitiques.*]

57. LEQUETTE, Augustin, né à Graville (Pas-de-Calais). [*Rapports entre la physiologie et la pathologie de la femme pendant l'état puerpéral.*]

58. BASTIN, Étienne-G.-A, né à Lille (Nord) [*De la congestion utérine pendant la grossesse.*]

59. LALOUX, A.-J. O.-Amédée, né à Maubeuge (Nord). [*Des poisons morbides transmissibles des animaux à l'homme.*

60. COWLEY, Luis-Maria, né à la Havane (Ile de Cuba). [*Essai sur l'action physiologique et thérapeutique du curare.*]

61. VIEL, Alphonse, né à Vitré (Ille-et-Vilaine). [*Du traitement des fièvres intermittentes avant la découverte du quinquina.*]

62. CHOUDENS, Joseph de, né à Bastia (Corse). [*De l'albuminurie et de son traitement par les émissions sanguines et les toniques.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*
BOURDON.

## FEUILLETON.

DE LA DIPHTHÉRITE ET DE LA PARALYSIE CONSÉCUTIVE A LA DIPHTHÉRITE DANS LES ŒUVRES D'HIPPOCRATE, par M. E. LITTRÉ, travail lu à l'Académie de médecine dans la séance du 4 juin.

*M. Littré commence par établir que la paralysie diphthéritique présente quatre traits principaux : 1° apparition de la paralysie dans le cours de la convalescence; 2° paralysie du voile du palais; 3° paralysie des membres; 4° paralysie de la vue. Puis il continue :*

On lit dans le VIe livre des *Épidémies* (VI, 7, 1), la description d'une maladie qui ne porte aucune détermination particulière ; l'auteur ne la désigne que sous le nom de *la toux* ou *les toux;* je l'ai appelée l'*épidémie de Périnthe,* parce qu'elle fut observée à Périnthe, ville située au nord de la Grèce, dans la Thrace. Voici cette description : Quinze ou vingt jours après le solstice d'hiver, il survint des toux qui d'abord n'offrirent rien de particulier ; mais avant l'équinoxe qui suivit, la plupart des malades eurent une rechute qui se produisit d'ordinaire le quarantième jour à compter du début, et c'est alors que la maladie prit un caractère inattendu. Trois ordres de phénomènes y apparurent : les nyctalopies, les angines et les paralysies. Quand, dans la récidive, la toux avait été peu intense ou même nulle, les malades, particulièrement les enfants, furent affectés de nyctalopie; ces nyctalopies s'établissaient comme celles qui naissent de causes tout autres. Quand, au contraire, la toux de récidive avait été violente, sèche, ou amenant des matières dures et sèches, il se déclarait des angines et des paralysies. Suivant l'auteur, ces angines se manifestèrent de préférence chez ceux qui avaient fatigué les organes vocaux ou souffert du froid. Elles attaquèrent beaucoup d'hommes, très peu de femmes libres, et bon nombre de femmes esclaves : différences de proportions que l'auteur attribue à ce que les femmes s'exposent moins à l'air que les hommes, et à ce que, dans les maladies épidémiques, elles sont toujours plus épargnées.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 6 juin 1861.

COUP DE FOUDRE GUÉRI PAR L'ÉLECTRICITÉ. — DU GUARANA CONTRE LA MIGRAINE. — MAUVAIS EFFETS DES POMMES DE TERRE GERMÉES. — DE QUELQUES EXTRAITS. — DE LA PROPYLANIME. — ADMINISTRATION DE L'HUILE DE CROTON. — ENCORE UN MOT SUR LA CHROMOCRINIE (1).

L'électricité atmosphérique peut déterminer sur l'homme et les animaux qu'elle atteint des phénomènes très graves, et souvent même instantanément mortels. Parmi les personnes qui ont été frappées par elle, on en a cité chez lesquelles la commotion avait déterminé la guérison d'affections préexistantes; mais rarement on a vu l'électricité, régularisée et contenue dans les mains du médecin, guérir les blessures qu'elle a faites dans sa force aveugle. M. Le Roy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest, a eu occasion de traiter un employé du télégraphe qui avait reçu à la main droite la décharge du fluide électrique atmosphérique, propagé par le fil conducteur pendant un violent orage. A la suite de cette commotion, le malade éprouva des phénomènes d'engourdissement et de paralysie de tout le côté droit du corps, phénomènes qui, après avoir un peu diminué, persistèrent à la face antérieure de l'avant-bras, et surtout à la main. A la suite de plusieurs faradisations au moyen de l'appareil de Ruhmkorff, la sensibilité et la motilité revinrent, et le malade put reprendre ses fonctions. L'influence efficace de la faradisation est démontrée par le long temps qui s'est écoulé entre l'accident et le commencement du traitement, et surtout par la rapidité avec laquelle les symptômes d'amélioration sont manifestés après chaque séance. (*Courrier médical*, 1860.)

— Sous le nom de *guarana* on désigne un médicament formé avec les semences pilées d'une plante de la famille des Sapindacées, le *Paullinia sorbilis*, et dont les Indiens font usage contre la dysenterie et certaines diarrhées : lors de son introduction en Europe, cette substance a été employée avec avantage dans certains cas de débilité des organes digestifs et de dyspepsie. La nature du principe qu'il renferme, et qui se rapproche beaucoup de la caféine, a fait penser à quelques personnes que le *guarana* pourrait être substitué avec avantage au café, et c'est ainsi qu'on l'a préconisé contre la migraine, contre laquelle il agit à dose assez minime (on donne 0gr,50 de poudre au début des accès). Dans le courant de l'année dernière, le professeur Patruban, qui a eu occasion d'administrer le guarana contre la migraine, en a obtenu souvent les meilleurs effets, et ne l'a vu lui faire défaut que dans deux cas où les douleurs coïncidaient avec quelque affection grave, probablement organique. Le professeur Skoda a lui-même employé chez plusieurs malades le guarana, et s'en est bien trouvé, de telle sorte que l'action antinévralgique de ce médicament est devenue plus fréquente en Allemagne. (*OEsterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, janvier 1861.)

— Les tubercules de la pomme de terre, dont l'innocuité, en temps ordinaire, est démontrée par l'usage journalier qui en est fait pour l'alimentation, déterminent quelquefois des accidents assez graves lorsqu'elles sont germées, accidents qui paraissent dus à la présence de la solanine dans les bourgeons au moment de leur développement. Depuis longtemps déjà M. Récamier avait appelé l'attention sur les troubles qui résultaient pour l'homme, surtout dans les communautés, de l'emploi trop prolongé des pommes de terre dans l'alimentation, et depuis, d'autres observateurs sont venus confirmer la réalité de ces accidents, qui se manifestent surtout à l'époque où les pommes de terre tendent à développer leurs bourgeons. Tout récemment encore, un habile agriculteur, M. Victor Chatel, rapportait un nouveau fait qu'il nous semble intéressant de signaler à l'attention du monde médical, bien que les phénomènes ne se soient pas manifestés chez l'homme : « M. L. Freund, administrateur d'une grande exploitation » agricole, avait, en 1860, prolongé la distillation de ses » tubercules jusqu'au mois de juillet. A ce moment, il s'aperçut que les animaux nourris de pulpe (résidu des distilleries) maigrissaient fortement. Peu de jours après, quelques » bœufs furent subitement atteints d'une roideur dans les » membres postérieurs, puis des boutons galeux se formè-

(1) Dans notre article du 4 janvier 1861 sur l'eau de laurier-cerise, nous avons, par inadvertance, indiqué des quantités trop fortes dans la formule de l'honorable M. Harry Napier Drapper. Elle doit être corrigée de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Solution d'acide hydrocyanique | 2,20 | grammes. |
| Huile volatile de laurier-cerise | 0,323 | — |
| Eau distillée | 113,38 | — |

---

C'était aussi quand la toux de récidive avait le plus de violence, et avec expuition de matières sèches, qu'apparaissaient les paralysies. De même que les fatigues vocales déterminaient l'apparition des angines, de même les fatigues antécédentes de telle ou telle partie y déterminaient la manifestation paralytique. Ainsi ceux qui travaillaient des bras avaient des paralysies dans les bras; ceux qui allaient à cheval ou qui marchaient beaucoup, ou qui travaillaient des membres inférieurs de toute autre façon, éprouvaient des intempéries paralytiques dans les lombes ou dans les membres inférieurs.

Une fois que j'eus bien saisi le trait essentiel de cette épidémie, tel que l'auteur se l'est représenté, c'est-à-dire une toux et des paralysies consécutives, il me fut possible de découvrir plusieurs passages disséminés qui, s'y rapportant, ajoutaient quelque chose aux renseignements; c'est ainsi que j'ai déterminé comme y appartenant quatre observations particulières qui, toutes brèves qu'elles sont, doivent prendre place ici.

1re *observation*. — La femme qui, à la suite d'une toux courte et sans importance, éprouva une paralysie du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, n'offrit aucune autre altération, rien à la face, rien dans l'intelligence, et encore la paralysie ne fut-elle pas intense; cette femme commença à aller mieux vers le vingtième jour. Le mieux coïncida à peu près avec l'éruption des règles, qui apparaissaient alors pour la première fois peut-être, car c'était une jeune fille. (*Epidémies*, II, 2, 8.)

2e *observation*. — Le foulon éprouvait de la douleur au cou, à la tête; le septième jour, le bras engourdi; le neuvième, la jambe engourdie; la toux cessa. (*Épid.*, IV, 36.)

3e *observation*. — L'individu auprès de qui Cynisius me conduisit eut une exacerbation le septième jour; il fut jugé vers le quatorzième; disparition subite; gorge nette, après qu'il eut rendu quelques crachats larges et cuits; petite épistaxis; pesanteur de tête; résolution des bras et des jambes; le ventre s'ouvrit, et cela fut utile. (*Épid.*, IV, 53.)

4e et 5e *observations*. — Parmi les individus affectés de la toux, ceux qui fatiguaient avec les bras eurent des paralysies dans ce

» rent à la base des tarses postérieurs. La roideur gagna » bientôt les membres antérieurs, et des boutons ulcérés » couvraient entièrement les membres postérieurs, ainsi que » l'échine, d'une croûte épaisse et rugueuse. La mortalité » fut de quatre animaux sur cinquante, après l'emploi d'un » traitement approprié. » D'autres agriculteurs, moins heureux, ont éprouvé des pertes plus considérables à la suite de l'alimentation par des pommes de terre germées. Tous ces faits, et quelques-uns de ceux qui ont été, à plusieurs reprises, observés sur l'homme, doivent donc engager à rejeter l'usage des pommes de terre dès que des phénomènes de végétation commencent à se montrer sur les tubercules. (Victor Chatel, *De la solanine*, janvier 1861.)

— Parmi les formes médicamenteuses usitées de nos jours, il n'en est peut-être pas dont l'importance puisse être comparée à celles des extraits ; aussi ne devons-nous pas être surpris de voir fréquemment des travaux ayant pour but d'éclairer quelques points de leur histoire, et c'est ainsi que récemment MM. Hirtz et Hepp (de Strasbourg) ont publié un mémoire intéressant sur quelques-uns des extraits les plus usuels. Ils ont dirigé leurs expériences sur l'aconit, la belladone, la ciguë, la digitale, la jusquiame et le stramonium : le mode de préparation, identique pour tous les produits, permettait une comparaison plus facile, et a donné les résultats suivants : l'extrait de racine d'aconit est à celui des feuilles :: 25 : 1; celui de racine de belladone est à celui des feuilles :: 5 : 1; celui de semences de ciguë est à celui des feuilles :: 10 : 1; celui de semences de digitale est à celui des feuilles :: 10 : 1; celui de semences de jusquiame est à celui des feuilles :: 10 : 1; celui de semences de stramonium est à celui des feuilles :: 5 : 1. L'étude clinique qu'a faite M. Hirtz de ces divers extraits l'a conduit à établir les doses suivantes, comme pouvant être ordinairement employées : extrait de racine d'aconit, de 0gr,02 à 0gr,03 par jour; extrait de semences de jusquiame, 0gr,04 à 0gr,06 par jour; extrait de racine de belladone, de 0gr,01 à 0gr,03 par jour; extrait de semences de stramonium, de 0gr,01 à 0gr,03 par jour. Quant aux résultats obtenus par M. Hirtz pour les extraits de semences de digitale et de ciguë, ils ne se trouvent pas en concordance avec ceux de M. le professeur Bouchardat, et, par suite, nous pensons devoir nous abstenir de les signaler ici jusqu'à ce que de nouvelles expériences soient venues nous indiquer nettement quelle opinion on doit se former sur leur valeur. (*Gazette médicale de Strasbourg*, janvier 1861.)

— Parmi les médicaments nouvellement introduits dans la thérapeutique, figure la *propylamine*, substance étudiée, au point de vue chimique, par MM. Vertheim, Girardin et Marchand, etc., et que le docteur Awenarius (de Saint-Pétersbourg) vante beaucoup dans le traitement des affections rhumatismales, aiguës ou chroniques. M. le docteur V. Guibert (de Louvain) s'est occupé récemment aussi de cette substance, et, sans donner encore les résultats définitifs de ses expérimentations, il appelle aujourd'hui sur elle l'attention des praticiens. La propylamine, qui se trouve en assez grande quantité dans la saumure des harengs, et que l'on obtient aussi par la réaction à + 220 degrés de la soude ou de la potasse caustique sur la narcotine, est un liquide incolore, transparent, volatil, d'une odeur forte analogue à celle de l'ammoniaque, mais moins énergique, soluble dans l'eau, qui prend la réaction alcaline, et pouvant former des sels avec les acides. Des expériences physiologiques faites par M. Guibert sur lui-même, il résulte que l'action de la propylamine est légèrement excitante de la peau, caustique des muqueuses, et hyposthénisante du système artériel. Le docteur Awenarius, de mars 1854 à juin 1856, a vu disparaître, dès le lendemain de l'administration, la fièvre et la douleur chez plus de 250 malades traités à l'hôpital Kalinkin pour des rhumatismes aigus et chroniques. M. Guibert s'en est bien trouvé pour lui-même, et, à la suite de frictions avec un linge imbibé de propylamine sur le genou droit, siége de douleurs rhumatismales, et de l'usage interne (répété deux soirs de suite) de 20 gouttes de propylamine dans 3 onces d'eau distillée, la douleur a rapidement cessé, et l'affection a complétement disparu. La propylamine doit être employée pure pour l'usage externe, diluée ou pure, suivant l'effet qu'on veut obtenir, sur les muqueuses. A l'intérieur, la dose peut aller de 20 gouttes à 1 gros au plus, diluée dans une potion : pour masquer son odeur, on peut, à l'exemple du docteur Awenarius, y ajouter un oléo-saccharure de menthe poivrée. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 janvier 1861.)

— Un des médicaments les plus énergiques de la famille des Euphorbiacées est certainement l'huile du *Croton Tiglium*, plante qui vient de faire l'objet d'une monographie très intéressante de M. le docteur Marchand; mais il est certaines précautions à prendre dans l'administration de ce médicament, et nous pensons devoir extraire à ce sujet quelques passages du travail de M. Marchand. Le meilleur mode d'administration est la forme pilulaire, qui permet d'obvier

---

membre, par exemple l'enfant qui tordait des sarments, et le fils d'Amyntos ; tous deux eurent seulement le bras droit paralysé ; la toux cessa ; puis ils eurent cet accident en ayant la toux.

Quand j'eus circonscrit dans la collection hippocratique tout ce qui était relatif à cette épidémie, et reconnu par un diagnostic rétrospectif qu'il s'agissait non d'accidents disjoints liés à des états pathologiques différents, mais d'accidents connexes liés à un seul et même état pathologique, je m'arrêtai, ne pouvant alors procéder davantage. En effet, mon travail sur le livre des *Épidémies*, où il est parlé de cette affection, date aujourd'hui de quinze ans, et je me contentai de dire : « Je n'ai trouvé dans mes lectures » rien qui ressemblât à l'épidémie de Périnthe...... Il faut donc » consigner, du moins jusqu'à plus ample informé, cette maladie » parmi les épidémies dont on n'a pas d'autre exemple ; elle aug» mente le catalogue de ces affections déjà si fécondes en singu» larités, et, à ce titre, elle est d'un intérêt véritable dans la pa» thologie historique. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le récit qui » en est fait mérite toute confiance ; pour le médecin habitué à » observer, l'exactitude de la narration hippocratique se démontre » d'elle-même. » (T. V, p. 265.)

Aujourd'hui le plus ample informé que je réservais est arrivé.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

On le voit, le parallèle est déjà solidement établi entre l'épidémie de Périnthe et la diphthérite. Les deux maladies provoquent un état consécutif très semblable des deux parts, à savoir : des paralysies et des nyctalopies, symptômes qui ont pour caractère de paraître dépendre de lésions encéphaliques sans en dépendre véritablement. Ce point commun, jetant sur l'épidémie de Périnthe une lumière qui jusque-là y avait manqué, permet d'instituer une recherche positive. Il faut voir si, corroboré d'ailleurs, il n'entraîne pas une assimilation entre les deux maladies.

D'abord il faut examiner une idée que le mot dont se sert l'auteur hippocratique éveille tout d'abord, c'est qu'il s'agit ici d'une grippe ou *influenza*. On tousse beaucoup dans les grippes, c'en est un symptôme saillant; et, comme j'ai dit, *la toux* ou *les toux* sont la seule dénomination qui figure dans le texte du sixième

aux inconvénients graves qu'occasionnerait le séjour de l'huile dans la bouche, le pharynx, ou l'œsophage. M. Marchand a fait usage de la formule suivante : huile de croton, 1 goutte; savon médicinal, 0gr,10; poudre de réglisse, q. s.=F.s.a, une pilule que l'on donnera le matin à jeun. Bouillon aux herbes. Il pense qu'il faut s'abstenir de donner l'huile de croton en lavement, ce qui ne produit d'autre effet que de très grandes douleurs dans le rectum, et des selles brûlantes accompagnées de ténesme. Si l'action du croton comme purgatif drastique en fait un médicament précieux, dont l'usage pourrait devenir plus fréquent qu'il ne l'est actuellement, il n'est pas moins utile appliqué à l'extérieur, où son action irritante et congestionnante en fait un excellent réactif. Intermédiaire au sinapisme et à l'emplâtre stibié, l'huile de croton a une action moins légère et moins fugace que celle du premier, plus au contraire que celle du second, sur lequel il a l'avantage de ne pas laisser de traces indébiles de son passage. Mélanger de 5, 8, 12, 15 à 20 gouttes d'huile de croton avec 3 à 4 gouttes d'huile d'amandes douces. Onction, sur la partie désignée, avec la main, qu'on garantira avec un gant de peau, et qu'on lavera avec du savon immédiatement après l'application. On étalera bien le liquide pour qu'il ne glisse pas au loin; on recouvrira avec une plaque de coton, et on maintiendra l'appareil appliqué au moyen d'un bandage; après dix heures, on changera la plaque de coton; on fera des onctions d'huile d'amandes douces jusqu'à guérison. M. Nonat recommande, comme essentiel, de recouvrir l'ombilic avec un morceau de sparadrap, dans les cas d'application de l'huile sur l'abdomen. L'huile peut être appliquée pure, ou mélangée à une plus grande proportion d'huile d'amandes douces (1 goutte pour 5, Soubeiran); mais dans ce dernier cas, il faudra, pour provoquer l'éruption, répéter l'onction quatre ou cinq fois par jour. L'application de l'huile ne doit être faite que par des personnes expérimentées. (L. Marchand, *Du Croton Tiglium*, in-4°, 1861.)

LÉON SOUBEIRAN.

---

Dans son avant-dernière séance, l'Académie a cru devoir rejeter le renvoi au comité de publication du travail de M. Leroy de Méricourt, sur la *chromocrinie*, renvoi proposé cependant par le rapporteur de la commission, M. Gibert, et appuyé par M. Laugier. L'Académie a paru craindre que l'insertion de ce travail dans ses Mémoires n'engageât sa responsabilité, ce qui ne saurait être, et ne l'exposât à devenir la complice ou la victime de simulations qui ne sont pas sans exemples.

Sans doute ces simulations se sont rencontrées quelquefois et ont pu tromper des médecins même exercés; mais il existe dans la science des faits parfaitement authentiques, observés par des hommes très distingués, sur la bonne foi et la valeur desquels personne n'oserait élever le moindre doute, il nous suffira de citer Bright et sir B. Brodie. Ces faits, qu'il n'eût peut-être pas été inutile de rappeler au souvenir de l'Académie, sont assez nombreux; ils ont été cités déjà dans ce journal par notre collaborateur M. Vulpian (*Gaz. hebdom.*, 1858, p. 512), et nous croyons utile de rapporter sommairement une observation très convaincante de M. Teevan, présentée à la Société médico-chirurgicale de Londres en 1845, par sir B. Brodie, qui, ainsi que Bright, avait vu la malade qui en fait l'objet. L'observateur, soupçonnant une supercherie, s'était, comme on peut le voir, complétement mis à l'abri de toute erreur.

Le 25 février 1845, dit M. Teevan, je fus consulté par M....., pour sa fille, âgée de quinze ans, affectée d'une coloration noire singulière du front et de la partie supérieure de la face. Cette coloration apparut, pour la première fois, vers le milieu de janvier; elle siégeait alors sur la paupière inférieure gauche, près de l'angle interne de l'œil. Commençant d'abord par une petite tache brunâtre, elle devenait ensuite d'un noir de jais, s'étendait graduellement à tout le front et aux paupières des deux côtés, ne paraissait sur aucun autre point du corps, et au front était exactement limitée par les cheveux. La malade essaya d'enlever par le lavage la matière colorante, mais la douleur que lui causait la sensibilité de la peau de la région l'arrêta, et jusqu'au moment où je l'enlevai par une lotion savonneuse, elle crut impossible d'y parvenir par les moyens ordinaires. La quantité de matière enlevée était assez abondante pour rendre l'eau de quatre bassins aussi noire que de l'encre de Chine......

Le docteur A.-T. Thomson vit la malade avec moi, et en voyant qu'une lotion enlevait la matière colorante, en rendant à la peau son apparence normale, nous suspectâmes quelque supercherie de la part de la jeune fille. Son père, auquel nous fîmes partager nos soupçons, voulut exercer une surveillance qui pût l'éclairer sur leur valeur.

Le 28 février j'enlevai moi-même, par le lavage, la matière colorante. M.... et trois de ses amis surveillèrent la malade, qu'ils ne quittèrent pas un instant, et quatre heures ne s'étaient pas écoulées que la coloration reparut.

Cependant je n'étais pas convaincu, et pour ne conserver aucun doute, je priai M.... de fixer le jour où je pourrais moi-même surveiller sa fille.

Le 31 mars, sans avoir prévenu la malade de ma visite, je lavai

---

livre des *Épidémies*. Mais la toux, symptôme très général, n'a rien, quand elle n'est pas autrement déterminée, d'assez spécifique pour qu'on en fasse le soutien de quelque rapprochement. Quand je mets en regard l'épidémie de Périnthe et la diphthérite, je le fais à l'aide des nyctalopies et des paralysies, symptômes très dignes de remarque, très peu communs, très spéciaux; mais s'il n'y avait que la toux entre la diphthérite et l'épidémie de Périnthe, il n'aurait pu venir à la pensée de voir entre elles aucune similitude qui méritât discussion.

Il y a eu au commencement du XVe siècle, en France, une toux épidémique assez violente pour être inscrite dans la chronique d'un annaliste. On la nomma *tac* ou *horion*, dénomination populaire qui fut prise du bruit qu'elle causait et du mal qu'elle infligeait. Dans cette épidémie on avait la toux forte et le rhume; la toux était ce qu'il y avait de plus cruel, jour et nuit, si bien que quelques-uns, à force de tousser, contractaient des hernies, et que des femmes grosses avortaient. Cette toux durait trois semaines au plus sans cesser. Les malades avaient des accès de fièvre deux ou trois fois le jour. Quand la guérison approchait, ils jetaient beaucoup de sang par la bouche et par le nez. Ils tremblaient durant tout le cours de la maladie, et ils perdaient tout pouvoir de leur corps, qu'on n'osait toucher de nulle part. Certes voilà une très singulière épidémie, et qui aurait mérité d'être appelée la toux: mais, quelque idée qu'on s'en fasse, soit qu'on la rapproche des grippes, soit qu'on l'en écarte, toujours est-il que le point commun entre l'épidémie de Périnthe et la diphthérite manque ici, à savoir : les paralysies et les nyctalopies consécutives.

Un médecin anglais, M. Eade, qui a publié un intéressant mémoire sur les paralysies consécutives à la diphthérite (*Cases of paralysis as a sequela of diphtheria*, in *The Lancet*, 1859, t. II, p. 56), rapporte ceci : Un homme est malade pendant un mois de l'*influenza;* il se rétablit, reprend ses occupations, et, au bout de deux mois, s'étant enrhumé, il survint chez lui des symptômes de paralysie qui furent traités et guéris. Ils étaient tout à fait semblables à ceux qu'on remarque dans la diphthérite; et, pour se les expliquer, M. Eade se demande si cet homme n'a pas eu, durant

la paupière inférieure droite à une heure, et jusqu'à cinq heures je ne quittai pas la jeune fille.

Rien à cette heure n'avait paru. Convaincu alors d'une simulation, je quittais le salon, quand le père me pria de rester jusqu'à sept ou huit heures, m'assurant qu'avant cela je serais convaincu de la vérité de son assertion, car la coloration, d'après ses observations, ne paraissait que quatre à six heures après la lotion. A sa demande, je retournai auprès de la malade, qui pendant mes quelques minutes d'absence n'avait pas quitté le salon. Mademoiselle M.... me dit commencer à sentir des picotements et de la chaleur dans la région affectée, symptômes précédant invariablement d'un quart d'heure le développement de la coloration.

A cinq heures et demie, je vis, à mon grand étonnement, une petite tache brunâtre paraître sous la paupière inférieure droite, près de l'angle interne de l'œil. Cette tache s'étendit graduellement vers la tempe droite. Une demi-heure après, la paupière était devenue tout à fait noire, de même que le front. Je restai avec la malade jusqu'à huit heures, et partis parfaitement convaincu de la réalité de cet étrange phénomène.

Le 26 avril, l'expérience fut recommencée par M. Teevan, accompagné du docteur Hodgkin, la coloration enlevée par le lavage à une heure, reparut *sous leurs yeux* à six heures et demie. Le 4 mai, la malade, affectée d'érysipèle, eut des vomissements de matière noire, que le microscope montra semblable à celle que sécrétait la peau de la face; les vomissements accompagnés de douleurs atroces durèrent jusqu'au 6. Pendant tout ce temps, la coloration anormale de la face avait disparu; les vomissements cessèrent le 7 avec sa réapparition.

L'analyse chimique de la matière colorante fut faite par Rees, nous ne pouvons la rappeler ici. Qu'il nous suffise de dire que l'examen microscopique montra que cette matière était composée de poils courts, de lamelles épithéliales, de granulations et de globules de graisse. Ajoutons que le docteur Read reçut la malade chez lui, pendant un voyage qu'elle fit à Belfast; il put, pendant un assez long temps, la surveiller avec la plus grande attention, et s'assurer de la réalité d'un fait si extraordinaire.

A moins de nier systématiquement ce qu'on ne s'explique pas, à moins de mettre en suspicion non la véracité, mais la rigueur d'observation de Brodie, Bright, Thomson, etc., prévenus d'avance de la possibilité d'une supercherie, il faut bien admettre l'existence, rare si l'on veut, mais réelle, de la *chromocrinie*, et il est à regretter que l'Académie ait cru devoir exclure de ses Mémoires un travail, qui, dans l'état actuel de la science, présente un vif intérêt et mérite à juste titre d'attirer l'attention des médecins observateurs. Dans le doute, le sage, dit-on, doit s'abstenir : la sagesse de l'Académie a peut-être été trop grande. LÉON LE FORT.

---

II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### SUR LA DURÉE DE LA PERSISTANCE DES PROPRIÉTÉS DES MUSCLES, DES NERFS ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, APRÈS L'INTERRUPTION DU COURS DU SANG DANS CES ORGANES.

§ 1. — *Muscles, nerfs.*

Un assez grand nombre de physiologistes se sont occupés des phénomènes qui suivent la ligature de l'aorte abdominale chez les animaux. Plusieurs d'entre eux ont noté la durée du temps pendant lequel les mouvements volontaires persistent après l'interruption du cours du sang artériel. Lecat a vu, chez un chien, la paralysie des membres postérieurs survenir au bout de sept à huit minutes. Lorry a constaté que peu de minutes suffisent pour que les mouvements cessent. Bichat admettait avec Sténon que la paralysie survient tout à coup. M. Ségalas indique une durée des mouvements volontaires qui se rapproche beaucoup de celle qui a été observée par Lecat. Il n'y a donc pas accord complet entre les données fournies par ces divers auteurs. Quant à la durée de la sensibilité, et à celle de la contractilité musculaire, les indications manquaient presque complétement. M. Longet, à qui j'ai emprunté les citations précédentes (*Traité de physiologie*, t. I, fasc. III, p. 34 et suiv.), a cherché à combler cette lacune, et il donne des renseignements précis, relativement à ces diverses questions (p. 36 et suiv.) D'après cet auteur, après la ligature de l'aorte abdominale sur des chiens, les membres postérieurs ont été complétement paralysés du mouvement volontaire au bout d'un quart d'heure; l'irritabilité musculaire a persisté deux heures un quart (durée moyenne) dans les muscles de la jambe. Lorsque la contractilité était éteinte, la sensibilité explorée, soit dans les téguments, soit dans le nerf sciatique et ses branches, n'était pas abolie, et même était presque aussi vive qu'à l'état normal, d'où M. Longet tire la conclusion que la motricité nerveuse, quoique rendue latente par suite de l'abolition de la contractilité musculaire, devait cependant encore persister au même moment.

M. Brown-Séquard qui, de tous les physiologistes, est celui qui a jeté les plus vives lumières sur les relations existant entre l'abord du sang artériel dans les différents tissus et l'entretien des propriétés de ces tissus, a institué des expériences nouvelles à l'effet de connaître la durée véritable de la sensibilité dans des parties complétement privées de circulation sanguine. (*Experimen-*

---

son rhume, une légère angine couenneuse restée inaperçue. Quoi qu'il en soit d'une telle conjecture, ce fait est d'un caractère trop douteux, et, dans tous les cas, trop isolé pour qu'on puisse dire que l'*influenza* a, comme la diphthérite, des paralysies consécutives.

Donc, dans l'état présent, la grippe n'étant pas connue comme susceptible de s'accompagner de troubles paralytiques, il n'est pas loisible à la critique d'y chercher l'explication de l'épidémie de Périnthe.

Il faut donc en revenir à la diphthérite, pour laquelle on a déjà un point fixe (paralysies et nyctalopies secondaires), et hors de laquelle il est impossible d'en trouver un autre d'importance égale. Il est, dans le texte, un passage que je n'ai pas encore rapporté; il s'y agit des angines qui survenaient durant le cours de la toux, mais, notons-le bien, car cela est dit expressément, qui survenaient au moment où cette toux, qui s'était amendée, avait une récidive. De ces angines, l'auteur décrit quatre espèces en ces termes : « Chez ceux qui seulement ne pouvaient pas avaler, » l'affection était très bénigne et facile à supporter; chez ceux qui » en outre articulaient d'une manière peu intelligible, elle était » plus fâcheuse et plus prolongée; chez ceux qui, de plus, avaient » les veines des tempes et du cou gonflées, elle avait une certaine » malignité; enfin, chez ceux dont la respiration devenait élevée, » elle était très mauvaise; car, en ce cas, il y avait de la chaleur » fébrile. Telle était donc, ainsi qu'il vient d'être dit, la concomitance des accidents : les accidents indiqués en premier lieu » se montraient sans les accidents indiqués en dernier lieu; mais » ceux-ci ne se montraient pas sans ceux-là. Les malades mouraient très promptement, quand ils avaient un frisson fébrile. » Ces malades ne retiraient aucun avantage ni des purgatifs ni » de la saignée; tous moyens que j'essayai; je pratiquai même » la saignée sous la langue; il en est que je fis vomir. »

Il est évident que l'auteur crut avoir affaire à une angine; mais s'il y a là des angines, il y a autre chose aussi; on y reconnaît, sans pouvoir en douter, à une époque de récidive, le premier et le plus constant symptôme de la paralysie diphthéri-

*tal researches on various questions concerning sensibility; — Proceedings of the royal Society*, juin 1860 ; cette communication a été reproduite dans le *Journal de la physiologie*, janvier 1861.) Comme la ligature de l'aorte abdominale n'interrompt pas d'une façon absolument complète le cours du sang dans les membres postérieurs, M. Brown-Séquard a recours à un autre procédé : il applique, chez un animal, deux ligatures sur l'artère fémorale, et après avoir divisé ce vaisseau entre les ligatures, il ampute la cuisse complétement, en laissant intacts les deux gros troncs nerveux du membre. Il a trouvé, à l'aide de ce procédé, que la durée de la sensibilité dans les orteils varie, chez les lapins, entre vingt et vingt-trois minutes; chez les cochons d'Inde, entre quarante et cinquante minutes ; chez les chiens, entre trente et trente-cinq minutes. Ces résultats sont bien différents de ceux qui ont été consignés par M. Longet, dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, puisque, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce physiologiste a vu la sensibilité des téguments persister, quoique un peu diminuée, pendant plus de deux heures un quart, et celle du nerf sciatique et de ses branches, être encore à peu près normale après ce même temps. M. Brown-Séquard, dans son mémoire, s'occupe encore de deux autres questions que nous ne faisons que mentionner. Il a trouvé d'abord que la persistance de la sensibilité est de plus longue durée lorsque les parties sont soumises à une basse température que lorsqu'elles sont tenues à une température voisine de celle du corps; en second lieu, il a constaté qu'une section des cordons postérieurs de la moelle, opération qui a pour effet de produire une hyperesthésie des membres postérieurs, a aussi pour conséquence une prolongation de la persistance de la sensibilité dans les orteils. Mais tenons nous-en au fait de cette persistance, en laissant de côté les circonstances dans lesquelles sa durée peut être prolongée ou diminuée. Les expériences de M. Brown-Séquard paraîtront peut-être à l'abri de toute contradiction possible; toutefois, il est permis de se demander, d'une part, si la section de tout le membre, à l'exception des troncs nerveux, supprime radicalement toute circulation artérielle, et, d'autre part, si le fait de la mise à nu des nerfs, de leur isolement complet, ne les met pas dans des conditions telles que des altérations assez promptes puissent s'y produire, dans les points ainsi exposés aux influences extérieures. De ces objections, la seconde, qui est fondée sur une hypothèse, n'a peut-être aucune valeur; mais la première n'en est pas entièrement dénuée, car les gros troncs nerveux contiennent, dans leur épaisseur, des artérioles qui échappent certainement aux ligatures posées sur les fémorales.

Il y a, à ce qu'il me semble, un moyen de supprimer complétement la circulation artérielle dans les membres abdominaux d'un animal ; et ce moyen, dans son principe, est celui que M. Flourens a mis en usage d'une certaine façon, pour des expériences dont nous parlerons plus loin. Sur un chien, on fait la ligature de l'aorte abdominale au voisinage des artères rénales; on introduit dans l'aorte, en arrière de la ligature, une canule; puis, par cette canule, on fait une injection de 7 à 8 grammes d'eau contenant en suspension une assez grande quantité de poudre de lycopode ou d'une autre poudre inerte (2 à 5 décigrammes).

Ce suspensum pénètre dans les diverses artérioles des deux membres postérieurs et oppose un obstacle insurmontable au sang, qui pourrait sans cela revenir en petite quantité dans ces vaisseaux. Ainsi se trouve obturé complétement le système artériel des membres postérieurs. Et il faut bien noter qu'il n'y a aucune action chimique ou mécanique produite sur les éléments contractiles ou nerveux de ces membres ; car les spores qui constituent la poudre de lycopode ont un diamètre moyen de 3 centièmes de millimètre, et ne peuvent pas, par conséquent, passer dans les capillaires. Les incisions faites en divers points des membres ne donnent pas, en général, une goutte de sang; les muscles ont conservé leur coloration normale. Chez un chien ainsi opéré, l'injection ayant été faite à trois heures douze minutes, un des membres a été détaché à trois heures quatorze minutes ; déjà il n'y avait plus de mouvements volontaires bien appréciables. Douze minutes après l'injection, on a constaté pour la dernière fois de la sensibilité dans les orteils. Au bout de vingt-huit minutes, l'excitabilité motrice du nerf sciatique disparaît. Le galvanisme a cessé de faire contracter les muscles une heure et demie après l'injection (1); mais le passage d'une pointe mousse en travers des faisceaux musculaires, surtout de ceux qui étaient mis à découvert au moment même, déterminait encore la formation de lignes saillantes au bout de deux heures quarante-huit minutes. A ce moment, il y avait déjà un commencement de rigidité cadavérique; une demi-heure plus tard, cette rigidité n'avait pas encore fait de notables progrès. Or, la sensibilité du nerf poplité interne, près du calcanéum, était encore vive une heure vingt-huit minutes après l'injection; elle existait encore (2) dans le nerf sciatique, à la cuisse, plus de trois heures après l'injection, alors qu'il y avait *déjà un commencement de* rigidité cadavérique dans les muscles de la cuisse et de la jambe. Le nerf sciatique poplité interne était devenu insensible deux heures après l'injection; mais il faut remarquer que le tronc nerveux sciatique avait été fortement pressé, probablement contordu à plusieurs reprises entre les mors d'une pince à dissection (3).

(1) Pendant un certain temps, avant que le galvanisme cesse de faire contracter les muscles, on remarque que les fibres musculaires ne répondent pas constamment au premier contact des pôles, et qu'il faut parfois renouveler ce contact deux ou trois fois, ou même davantage, pour obtenir une contraction plus ou moins faible des fibres musculaires excitées.

(2) Un fait qui m'a frappé dans cette expérience, c'est que les excitations galvaniques du nerf sciatique n'ont déterminé presque aucune manifestation de douleur, et cela dès le début. Les effets que nous rapportons ont été produits par la pression des nerfs entre les mors d'une pince à dissection.

(3) La température s'abaisse très rapidement dans les membres postérieurs. A deux heures trente-cinq minutes, cinq minutes après une injection de poudre de lycopode dans l'aorte d'un chien, un thermomètre placé au milieu des muscles d'une des cuisses marque 35 degrés centigrades ; à deux heures quarante-cinq minutes, il marque 29 degrés ; à trois heures dix minutes, 25°,6 ; à trois heures quarante minutes, 23,6, à quatre heures vingt-cinq minutes, 21°,4 ; à cinq heures quinze minutes, 26°,5. La

---

tique, à savoir : la paralysie du voile du palais, qui se révèle tout d'abord par la difficulté d'avaler, par le nasonnement, par l'articulation inintelligible de la parole. Aussi la première variété mentionnée par Hippocrate comprend ceux qui avalaient mal, et la seconde ceux qui articulaient mal. A cela il ajoute deux autres variétés, celle où les veines des tempes et du cou étaient gonflées, et celle où la respiration devenait élevée; c'étaient des complications qu'il serait peut-être difficile de déterminer, mais sur la nature desquelles lui-même ne laisse aucun doute, disant que ces deux dernières variétés étaient constamment précédées des deux premières, tandis que les deux premières n'étaient pas nécessairement suivies des deux dernières.

Que l'auteur hippocratique ait donné le nom d'*angine* à cette lésion, il n'y a rien de bien surprenant, puisqu'elle occupait l'entrée des voies de la déglutition et de la respiration. Un autre auteur hippocratique, ou, si l'on veut, le même, a bien nommé ailleurs (*Épid.*, II, 2, 24) *angine* la luxation spontanée des vertèbres cervicales, dans une description qui du reste est excellente.

Ici, dans l'angine de Périnthe, notre médecin employa la saignée, celle des veines sublinguales, les purgatifs, les vomitifs, le tout sans profit. L'expérience a, en effet, montré aux médecins de nos jours que ce n'est pas dans cet ordre de moyens qu'il faut chercher du secours contre la paralysie diphthéritique du voile du palais. L'insuccès du praticien hippocratique n'est pas en désaccord avec ce que les modernes viennent d'apprendre par eux-mêmes.

Ainsi, au point commun, déjà si considérable, que les nyctalopies et les paralysies secondaires créaient entre l'épidémie de Périnthe et l'angine couenneuse, il faut ajouter un nouveau point commun d'une importance non moindre, à savoir : un état secondaire aussi de la gorge, lequel ne permettait ni d'avaler commodément ni d'articuler d'une manière distincte. Cela posé, il n'est plus possible d'hésiter sur le diagnostic rétrospectif qui doit être porté : et l'épidémie de Périnthe, réunissant ces deux attributs, est de nature diphthéritique.

*L'auteur montre que si, à part l'épidémie de Périnthe, il n'y a pas*

Ainsi, la sensibilité des orteils n'a duré, dans des membres complétement soustraits à l'influence du sang artériel, que douze à quinze minutes. Dans la peau de la cuisse et de la jambe, elle persistait encore une heure après l'opération, et enfin elle n'avait pas encore disparu dans le nerf sciatique trois heures après l'arrêt de la circulation.

Dans une autre expérience, le mouvement volontaire, qui est déjà considérablement diminué une minute après l'opération, est complétement aboli au bout de vingt minutes. La contractilité musculaire ne peut plus être excitée par le galvanisme une heure et demie après l'injection ; mais le passage d'une pointe mousse en travers des muscles y détermine la formation de lignes saillantes, au moins dans les muscles de la jambe, pendant plus d'une heure et demie après que le galvanisme est devenu impuissant. La sensibilité persiste dans les orteils pendant quinze à dix-huit minutes; dans la peau de la jambe et de la cuisse, pendant une heure et demie ; dans le nerf sciatique poplité interne, pendant deux heures, et enfin dans le tronc du nerf sciatique, à la cuisse, pendant plus de trois heures. Il y a, trois heures après l'arrêt de la circulation, un commencement de rigidité cadavérique.

De ces expériences découlent plusieurs conséquences que nous allons examiner successivement.

1° La sensibilité des téguments, dans un membre privé de circulation, ne se perd pas au même moment dans toute l'étendue de ce membre. Nous voyons, en effet, que la sensibilité existe encore dans la peau de la jambe et de la cuisse une heure, ou même une heure et demie après l'opération, alors qu'elle a disparu dans les orteils au bout de douze à dix-huit minutes. Ce fait est en harmonie avec les lois connues de la disparition de la sensibilité dans les nerfs, disparition qui se fait, comme on sait, des parties les plus éloignées de la moelle épinière à celles qui en sont le plus rapprochées. On ne peut donc pas chercher à déterminer d'une façon générale la durée de la sensibilité dans des parties privées de circulation sanguine, puisque cette durée varie suivant la distance qui sépare ces parties de la moelle épinière ; et les expériences de M. Brown-Séquard, qui s'appliquent parfaitement à la sensibilité des orteils, ne fournissent aucune donnée relative à la sensibilité des autres points du membre. Ce physiologiste a indiqué, comme durée de la sensibilité des orteils chez le chien, trente à trente-cinq minutes : j'ai observé une durée de moitié moindre; cela tient probablement en partie à ce que le procédé que j'ai employé produit une suspension plus complète de la circulation que le sien.

Si de la sensibilité des téguments nous passons à celle des nerfs, nous voyons également que les résultats observés sur les nerfs des orteils sont sans signification par rapport à la sensibilité des nerfs en général; car le nerf sciatique poplité interne, dans nos expériences, a conservé de la sensibilité pendant une heure et demie dans un cas, deux heures dans l'autre, et le tronc du sciatique était encore sensible plus de trois heures après l'opération.

2° Nos expériences nous permettent de préciser plus qu'on ne l'a fait, à notre connaissance du moins, l'influence de la suspension du cours du sang artériel sur les mouvements volontaires de la partie ainsi privée de circulation. M. Longet (*Traité de physiologie*, t. I[er], fasc. III, p. 36) dit qu'après la ligature de l'aorte abdominale, chez des chiens, les membres postérieurs ont été complétement paralysés du mouvement volontaire à peu près au bout d'un quart d'heure. Nous avons vu, chez les animaux que nous avons opérés, cette paralysie devenir complète en moins de sept minutes; et, de même que pour la sensibilité, si nous avons observé une durée des mouvements volontaires plus courte que celle qui a été indiquée par d'autres expérimentateurs, cela est dû à ce que nous avons employé un procédé plus rigoureux pour la suspension de la circulation. Les mouvements volontaires sont donc abolis très peu de temps après cette suspension. Mais ce qui est aussi très digne d'intérêt, c'est que l'interruption du cours du sang artériel produit presque instantanément une diminution remarquable de la puissance de ces mouvements. Le train postérieur devient d'une faiblesse extrême, les membres sont chancelants; l'animal ne peut, dès l'abord, s'en servir qu'avec la plus grande peine, et les traîne bientôt à sa suite. Et cependant, à ce moment, l'irritabilité musculaire paraît intacte, l'excitabilité motrice des nerfs semble normale. Est-ce de cette faiblesse subite des membres postérieurs que Bichat a voulu parler lorsqu'il dit que la paralysie de ces membres survient tout à coup? Quoi qu'il en soit, le fait est certain, et il montre que l'interruption du cours du sang dans les membres y trouble presque immédiatement le mécanisme du mouvement volontaire. En quoi consiste ce trouble? Bien que nous ne puissions pas en définir la cause d'une façon précise, nous tenons pour certain que, par le fait de l'arrêt de la circulation, il se produit une modification extrêmement rapide dans les muscles ou dans les extrémités des nerfs qui s'y distribuent, ou dans ces deux ordres d'organes à la fois, modifications qui, tout en laissant à peu près intactes la contractilité musculaire et la motricité nerveuse, soustraient néanmoins les muscles à l'influence des excitations normales centrifuges.

3° La contractilité des muscles commence à diminuer manifestement très peu de temps après que l'opération est terminée. Au bout de dix à quinze minutes, il est déjà visible que les contractions déterminées par le galvanisme sont moins vives et moins étendues; puis cet affaiblissement s'accroît progressivement; et, une heure et demie après l'interruption du cours du sang, le galvanisme est impuissant à exciter la contraction des muscles des membres postérieurs. Les muscles ne conservent plus alors qu'une contractilité *minima*, qui ne répond plus qu'aux excitants mécaniques, et qui se révèle par l'apparition de lignes saillantes sur le trajet du passage d'une pointe mousse. Cette période de contractilité *minima* se prolonge pendant plus d'une heure et demie, et l'on peut encore

température du laboratoire est 18°,2. Cette marche décroissante de la température est très semblable à ce que j'ai pu observer le même jour sur un chien qui avait été sacrifié par section du bulbe rachidien.

---

*trace dans diphthérite de la collection hippocratique, cette maladie n'a pourtant pas été étrangère à l'antiquité, et que c'est à elle qu'il faut rapporter l'ulcère syriaque d'Arétée. Puis il termine ainsi :*

D'après l'auteur hippocratique, les toux amenaient des matières dures et sèches (1). Déjà et indépendamment de l'épidémie de Périnthe, des commentateurs, rassemblant d'autres passages où il est question de matières dures et sèches expulsées par la toux, avaient pensé qu'il s'agissait d'affections diphthéritiques et d'expuitions couenneuses. Moi-même (t. V, p. 579), j'ai discuté de nouveau ces passages, laissant d'ailleurs la question indécise. Mais, voyant la manière dont l'auteur caractérise l'affection de la gorge dans l'épidémie de Périnthe, qui est une maladie couenneuse, l'opinion qui rattache ce genre d'expuition à la diphthérite gagne en probabilité. D'autant plus qu'on trouve aussi ailleurs que dans la collection hippocratique des expressions très semblables appliquées à des cas non douteux d'affections diphthéritiques. Au siècle dernier, dans l'épidémie couenneuse de Crémone, il est question de toux sèches et de toux avec expuition de matières muqueuses (1) : c'est ainsi que j'ai pu dire que la mention des fausses membranes était plutôt masquée que manquante absolument.

En présence de la détermination fondamentale qui me paraît établie, les difficultés qui restent ne sont plus que secondaires. Si, sachant désormais de quoi il s'agit, on relit la description de l'auteur hippocratique, on verra qu'elle pèche par la confusion. Lui qui a su, tant de siècles avant nous, apercevoir la connexion de la paralysie avec l'affection de la gorge, n'a pas su, dans une description générale et d'ailleurs très succincte, représenter exactement la succession des symptômes. Il faut ne pas s'en étonner,

(1) Σκληρὰ καὶ ξηρὰ, t. V, p. 332. Un peu plus bas, les toux sont dites σκληρόταται καὶ βιαιόταται, que j'ai traduit par *les toux les plus sèches et les plus violentes*. Maintenant, éclairé par la présente discussion, je vois qu'il faut traduire par *les toux amenant les matières les plus dures et étant les plus violentes.*

(1) Toux sèche très fréquente et très pénible. La toux n'était pas sèche chez tous les malades; quelques-uns rendaient d'abondantes mucosités. (*Journal général de médecine*, t. CIV, p. 178 et 179.)

faire naître des saillies linéaires dans les muscles où commence à se montrer la rigidité cadavérique.

4° L'excitabilité motrice des nerfs disparaît avant la contractilité musculaire, ou, pour parler plus exactement, elle ne peut plus être mise en jeu, alors que les excitations directes, galvaniques et mécaniques, des muscles y produisent encore de faibles contractions. On ne peut pas penser cependant qu'elle soit entièrement abolie à ce moment, car le nerf sciatique et ses branches étant encore sensibles, il répugne d'admettre que les tubes moteurs de ces nerfs aient perdu leur propriété physiologique, tandis que les tubes sensitifs ont conservé la leur. Je sais que l'on peut opposer à ce raisonnement les expériences de M. Cl. Bernard sur le curare. Mais si l'on considère : 1° que le curare ne produit pas chez les mammifères les effets (perte apparente de la motricité, conservation de la sensibilité) qu'on observe chez les batraciens; 2° que son action n'a rien de spécifique, puisque la strychnine et la nicotine peuvent déterminer des effets tout à fait semblables, de telle sorte que ces effets semblent en rapport plutôt avec le mécanisme de la mort chez les batraciens, dans certaines conditions, qu'avec l'action directe du poison ; 3° enfin, qu'à supposer même que les phénomènes soient sous la dépendance réelle de la substance toxique, des physiologistes, à l'opinion desquels j'adhérerais alors complétement, pensent que le curare n'agit pas sur les nerfs moteurs, du moins dans la plus grande partie de leur parcours, et que le véritable théâtre de son action, ainsi que de l'action analogue d'autres poisons sur les batraciens, est le muscle lui-même ou quelqu'un de ses éléments constitutifs; si, dis-je, on pèse ces diverses considérations, on verra qu'une objection fondée sur les effets du curare serait sans valeur.

5° Si l'on m'accorde que l'excitabilité motrice des nerfs n'est abolie qu'en apparence, tant que la sensibilité persiste dans les nerfs, on arrivera à conclure avec moi que les nerfs, envisagés d'une vue générale, s'altèrent moins rapidement que les muscles sous l'influence d'un arrêt simultané du cours du sang dans ces deux ordres de tissus. Cette conclusion ne paraîtra singulière qu'à ceux qui ignorent que les nerfs opposent à la plupart des agents chimiques une résistance plus grande que les muscles. L'altération produite par la suspension de la circulation étant évidemment de nature chimique, il n'y a rien d'étonnant à ce que les éléments essentiels des tubes nerveux soient plus lentement modifiés que ceux des fibres musculaires et à ce que l'excitabilité motrice et sensitive des nerfs survive à la contractilité des muscles.

— Telles sont les conséquences principales des expériences de différents physiologistes et de celles que j'ai faites moi-même, relativement à l'influence de la suspension du cours du sang dans les muscles et les nerfs sur les propriétés et les fonctions de ces organes. Il faut aborder maintenant l'autre partie de la question que je me suis posée, et chercher les effets de l'interruption de la circulation dans la moelle épinière. A. VULPIAN.

*(La suite à un prochain numéro.)*

## III.

## REVUE CLINIQUE.

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DES DIFFORMITÉS DE LA HANCHE. — CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE du docteur H.-W. BEREND (de Berlin).

(Suite et fin. — Voir le numéro 21.)

*b. Affections rhumatismales de la hanche* (1).

OBS. I. — *Coxite rhumatismale ; allongement apparent par suite de l'obliquité du bassin, avec abduction et rotation en dehors de la cuisse et flexion du genou; rupture dans le sens de la flexion et de l'adduction. Guérison.*

Henriette T..., âgée de dix-neuf ans, d'une excellente constitution, fut atteinte, en janvier 1858, d'une affection rhumatismale, fiévreuse, de toutes les extrémités, qui la retint au lit pendant cinq mois. Il en résulta une difformité de la hanche, qui ne céda pas à l'emploi du cautère actuel, et, à son entrée dans notre institut, le 2 octobre 1858, elle présentait les symptômes suivants :

*Dans la station*, l'épine iliaque antérieure supérieure droite est environ 2″ plus bas que celle du côté opposé; la cuisse droite fortement dans l'abduction; le genou renversé en dehors et dans la flexion; la plante du pied droit touche le sol. Vu par derrière, le pli fessier droit est plus profond que de l'autre côté; la fesse droite très aplatie; la colonne tout à fait droite.

*Décubitus dorsal*. Le dos appuie sur le plan horizontal dans toute sa longueur ; le côté droit du bassin 2 1/2″ plus bas avec allongement consécutif de l'extrémité correspondante ; le trochanter droit plus de 2″ plus bas que le gauche. La rotation de la cuisse en dehors est moins sensible que pendant la station; le genou, 2 1/2″ plus bas, légèrement renversé en dehors. L'abduction active de la cuisse est possible; mais l'articulation coxo-fémorale est immobile, de telle sorte que les mouvements de rotation et de flexion sur le tronc ne sont possibles que par l'extrémité du bassin, ce qui rend ces mouvements fort incomplets. La malade peut très bien soulever la cuisse lorsque le genou reste étendu. La flexion et l'extension de la jambe sont de même faciles.

*Décubitus abdominal*. Pli de la fesse oblique, fesse aplatie; en étendant les deux genoux, même allongement apparent que ci-dessus.

Pas de douleurs rhumatismales, même à la suite de variations atmosphériques; pas de sensibilité anormale en exécutant divers mouvements, si ce n'est, dans l'abduction forcée, une tension et des tiraillements dans les adducteurs. La malade ne peut marcher qu'en s'appuyant avec les deux bras sur le dossier d'une chaise qu'elle traîne après elle; elle prétend ne pas pouvoir marcher autrement parce que, quoiqu'elle puisse avancer l'extrémité malade, elle ne peut pas s'appuyer dessus pendant qu'elle veut rapprocher l'autre jambe.

(1) La partie du travail que nous publions aujourd'hui contenait six observations détaillées. Comme ces observations ne sont suivies d'aucune remarque, mais sont simplement des spécimens de guérisons ou améliorations qu'on peut obtenir à l'aide des moyens employés par l'auteur, il nous a paru qu'il suffirait d'en publier trois.

---

rétablir par la pensée le véritable ordre des choses, et admirer combien il y eut d'attention et de clairvoyance dans une observation qui l'embarrassa sans doute, mais qui saisit de si bonne heure tant de points essentiels.

Peut-être ne devra-t-on pas dédaigner la remarque de l'auteur hippocratique, à savoir que les parties antécédemment fatiguées étaient prises de préférence par la paralysie. La physiologie pathologique n'a pas encore expliqué comment, dans la diphthérite, il survient consécutivement des paralysies de muscle et des troubles de vision. Mais le fait est que c'est à la gorge, c'est-à-dire à la partie d'abord lésée par la maladie, que la paralysie commence. En ce sens du moins, se vérifie la proposition hippocratique.

En résumé, il y a vingt-deux siècles qu'il régna une épidémie diphthéritique; cette épidémie eut des paralysies consécutives ; un médecin aperçut la connexité, et cette observation, qui prouve, à travers un si long espace de temps, la constance des influences extérieures et des réactions organiques, demeura enfouie dans l'obscurité, parce que le nom ne signala pas la chose, et parce qu'il ne se trouva plus de longtemps aucun esprit dont l'attention s'éveillât sur la relation entre des effets primitifs et des effets consécutifs.

---

La mort de M. Rilliet (de Genève), collaborateur de M. Barthez, annoncée à la dernière séance de l'Académie, a excité une douloureuse surprise. Nos lecteurs comprennent que cette perte est particulièrement sensible à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui recevait de notre regretté confrère d'intéressantes communications.

— M. Mailly, ex-interne des hôpitaux, qui était allé exercer la médecine à l'île Bourbon, vient de succomber à l'action des inhalations anesthésiques, auxquels il s'était soumis lui-même pour une extraction de dents.

Le traitement consista dans la réduction non sanglante, dans le sens de la flexion et de l'adduction, qui eut pour résultat immédiat l'égalisation des deux extrémités et le redressement du bassin. Pour maintenir ce résultat, la malade resta pendant deux mois dans notre lit mécanique, et put être renvoyée complétement guérie; elle marchait le corps droit, s'appuyant de chaque côté sur toute la plante du pied. Cette pauvre jeune fille était heureuse à l'excès de se voir, en si peu de temps, délivrée complétement d'une si grave difformité.

Ce cas vient constater, sous le double rapport des signes pathognomoniques et de la thérapeutique, l'opinion que nous avons émise précédemment sur la terminaison des coxites rhumatismales et sur leur guérison par notre méthode de traitement. (Voir 6e et 7e rapport sur notre institut et notre opuscule : *Sur une méthode d'extension brusque*, etc., Berlin, G. Hempel, 1856).

Obs. II. — *Coxite rhumatismale gauche; position angulaire de la cuisse, avec adduction; raccourcissement de 6″ dû en partie à l'adduction (3 1/2″), en partie à une élévation du bassin (1/2″); extension forcée, non sanglante, dans la direction de la flexion et de l'adduction. Guérison complète.*

Marie F..., de Leer (Frise orientale), âgée de douze ans, une forte jeune fille, difforme depuis un an à la suite d'une coxite, entre le 7 avril 1858 dans notre établissement, avec les symptômes suivants :

*Dans la station*, la malade ne touche pas le sol, même avec la pointe du pied, et elle ne peut y arriver qu'en inclinant fortement le tronc en avant; la colonne vertébrale est alors courbée en dedans, et les fesses sont saillantes. La cuisse dans la position angulaire.

*Vue par derrière*, la fesse gauche tout entière est très saillante. Le trochanter est proéminent; du reste, la position du bassin et des trochanters n'a rien d'anormal si ce n'est une légère élévation du bassin.

*Pendant la marche*, qui est difficile, même avec un bâton, la plante du pied gauche repose bien dans son entier sur le sol, mais pour cela la malade jette le tronc à gauche et en avant; le bassin est abaissé, les fesses plus saillantes, et la lordose est plus sensible.

*Dans le décubitus dorsal*, le dos est cambré, l'abdomen très saillant, la cuisse dans la flexion; le bassin et le trochanter 1/2″ plus élevés du côté malade. La cuisse gauche, dans une forte adduction, se croise avec la droite; une abduction modérée est cependant possible; mais, grâce aux adhérences de l'articulation, la rotation de la cuisse n'est possible qu'en mouvant également le bassin. Dans la position habituelle, le raccourcissement est d'environ 6″, le genou est fortement fléchi. Lorsqu'on augmente la flexion de la cuisse sur le tronc jusqu'à angle droit, le dos repose dans toute sa longueur sur le plan horizontal; mais il se voûte de nouveau dès qu'on fait la moindre tentative d'extension. Lorsqu'on soulève ensemble les deux cuisses en les maintenant dans l'extension, le raccourcissement ne mesure plus que 2″ 1/2, ce qui provient en grande partie d'un mouvement ascendant du bassin. Il n'y a pas de raccourcissement positif, ni une différence sensible dans le volume des deux jambes, la cuisse gauche seule est, vers son milieu, un peu plus maigre que la droite (3/4″ dans la circonférence). Les mouvements actifs fléchissent la cuisse jusqu'à angle droit; l'abduction est de moitié moins considérable qu'à l'état normal. Il n'y a de douleur que lors des changements de température, et cette douleur a plutôt son siége dans les muscles de la cuisse et de la jambe que dans l'articulation elle-même.

Comme l'ankylose résultant des adhérences était trop considérable pour permettre un traitement gymnastique et orthopédique, et qu'il n'y avait aucune indication pour une myotomie, il fallut avoir recours à la simple réduction dans le sens de la flexion et de l'abduction, puis seulement alors fixation orthopédique pendant deux mois et gymnastique médicale pour fortifier les muscles et assurer la mobilisation de l'articulation. Le résultat fut très satisfaisant. La marche, la tenue de la malade, de même que la longueur du membre, étaient revenues à l'état normal. — Une lettre de son médecin nous apprend encore tout dernièrement que la guérison ne s'est point démentie.

*c. Affections traumatiques de la hanche.*

Obs. — *Difformité traumatique de la hanche chez un homme de quarante ans; raccourcissement de 3″ dû, la moitié à une élévation du bassin et la moitié à la luxation de la tête du fémur; réduction non sanglante, dans le sens de la flexion, de l'abduction et de l'extension; Heureux résultat.*

Martin Stoppe, quarante ans, tombe d'un échafaudage le 17 février 1857. Les médecins crurent qu'il s'agissait d'une luxation et appliquèrent trois fois les mouffles. Nous ne savons pas s'il y avait vraiment luxation, et si la réduction a été opérée, car, après trois mois de séjour au lit, le raccourcissement, au lieu de diminuer, avait plutôt augmenté malgré l'application d'un appareil à extension dont nous n'avons pas obtenu de description exacte. Après cela, il garda encore le lit pendant sept semaines, souffrant beaucoup, surtout pendant les sensations d'extension, et, lorsqu'il voulut essayer de marcher, le raccourcissement était tel que, du côté malade, la pointe des orteils seule atteignait le sol. Les quelques mois qui suivirent ne changèrent rien à son état, et c'est avec cette difformité qu'il entre dans notre établissement le 27 mars 1858, un an après l'accident.

Du reste, bonne constitution, pas de disposition goutteuse ou rhumatismale.

*Dans la station* (fig. 5), possible sans appui, les orteils touchent le sol, tandis que le talon en est à environ 3 1/2″. A peu près la même

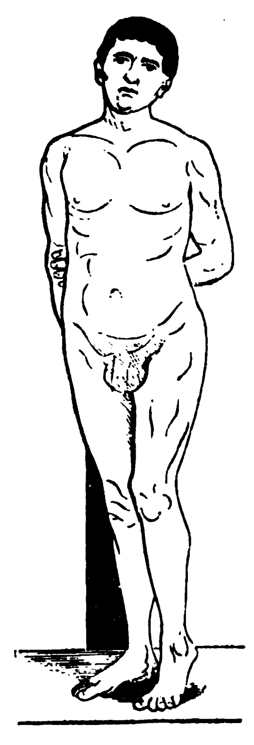


Fig. 5.

différence existe entre la hau-teur des deux genoux, tandis que l'élévation du côté gauche du bassin ne mesure guère que 1 1/2″. L'extrémité entière est dans l'adduction. Vue par derrière, la fesse droite est arrondie, et le pli fessier, plus oblique, remonte plus haut. Le grand trochanter gauche, quelque peu proéminent, est 3″ plus haut qu'à l'état normal. Incurvation de la portion lombaire de la colonne vertébrale, dont la convexité est du côté droit, à environ 1/2″ de la direction normale. Tout le tronc est légèrement incliné à droite.

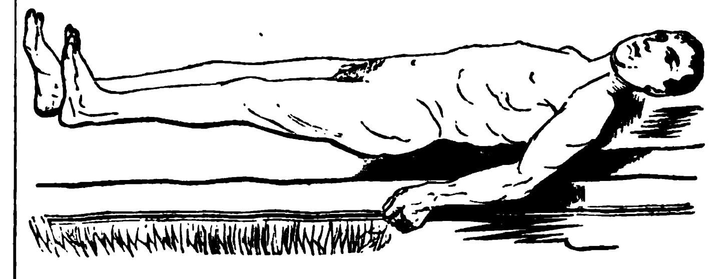


Fig. 6.

*Pendant la marche*, le malade ne s'appuie à gauche que sur les orteils; tout le corps se porte à gauche.

*Dans le décubitus dorsal* (fig. 6), le dos s'applique assez exactement sur (fig. 6) le plan horizontal, et l'abdomen n'est point augmenté de volume. Raccourcissement de la cuisse, 2 1/2″; l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 1 3/4″, et le grand trochanter, environ 3″, plus élevés qu'à l'état normal. Pendant les tentatives de rotation, abduction difficile et très peu sensible. On perçoit nettement la tête du fémur sur la surface externe de l'os des iles, où elle a contracté des adhérences anormales.

*Dans le décubitus abdominal*, même raccourcissement; le pli fessier

est tiré de bas en haut avec élévation du bassin. On perçoit également avec facilité la tête fémorale.

Le traitement, très heureux, dura deux mois; il fut commencé et pour ainsi dire terminé par une extension brusque dans le sens de la flexion, de l'abduction et de l'extension. Plusieurs aides furent nécessaires pour exécuter ces mouvements. La réaction inflammatoire céda à des applications de compresses froides. Ni sangsues, ni ventouses. Le douzième jour, le malade quitta le lit, et marchait avec des béquilles. Les exercices gymnastiques causant de la douleur, durent être interrompus; mais, quelques semaines plus tard, nous étions arrivé au résultat suivant (voir *Deustche Klinik*, 1858, n° 32, p. 320, fig. 7):

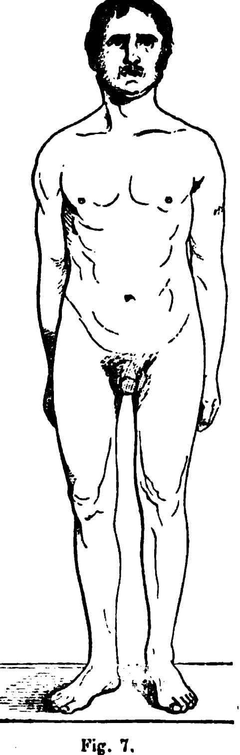


Fig. 7.

*Dans la station*, les deux plantes des pieds reposent sur le sol; les deux genoux sont à la même hauteur, le côté gauche du bassin est seul resté à 1/2″ plus haut que le côté sain. Pli fessier un peu oblique, fesse légèrement aplatie.

*Décubitus dorsal*. Égalité des deux extrémités; les deux genoux au même niveau, côté gauche du bassin 1/2″ plus bas que le droit, trochanter à égale hauteur; absence de rotation dans l'articulation de la hanche. La cuisse peut être fléchie jusqu'à angle droit.

*Décubitus abdominal*. Égalité des deux plis fessiers; raccourcissement de la cuisse 1/2″; colonne vertébrale droite.

Marche assez facile à l'aide d'un bâton; le malade s'appuie sur les deux pieds.

Quelques mois plus tard, le malade m'écrivit que ses parents et lui-même étaient très satisfaits du résultat.

Le cas en question est peut-être le premier exemple d'une heureuse extension, non sanglante, pratiquée dans un cas de difformité traumatique de la hanche, plus d'un an après l'accident, et chez un adulte où il était douteux si la luxation était primitive ou seulement secondaire, à la suite de l'inflammation articulaire. Ce cas démontre la possibilité d'appliquer à des affections traumatiques les principes admis pour les autres variétés de difformités de la hanche, et nous voyons en outre que ni l'âge du malade, ni la durée de la maladie, n'empêchent d'obtenir de bons résultats.

---

SUR QUELQUES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE SEMEN-CONTRA : Observation lue à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur CAVASSE, dans la séance du 19 avril 1861.

Depuis quelques années, la santonine (substance cristallisée et amère, que nous fournissent les fleurs de l'*Artemisia santonica*) est fréquemment employée comme vermifuge, à la place de l'*Artemisia* elle-même, à la place du semen-contra.

Deux particularités surtout intéressent la médecine dans l'histoire de la santonine : 1° les phénomènes de vision en vert; 2° les phénomènes d'empoisonnement.

Les premiers ne sont pas rares, n'offrent aucun danger, et ne peuvent être attribués qu'à la santonine; — les seconds, plus rares, ont été mis sur le compte de matières mêlées à la santonine, la strychnine, par exemple.

Le semen-contra a-t-il sur la vision les mêmes propriétés que la santonine? Dans les cas d'accidents toxiques, a-t-on toujours eu affaire à de véritables empoisonnements?

L'observation suivante me semble susceptible de jeter quelque lumière sur ce sujet.

OBS. — Une dame de quarante à quarante-cinq ans, très nerveuse, se préoccupant beaucoup de sa santé, se procure, chez un pharmacien, 4 grammes de semen-contra, qu'elle prend pour se débarrasser de vers qu'elle n'avait probablement pas. — Quelques minutes après, cette dame pousse des cris; elle est empoisonnée, dit-elle; en même temps, se déclarent des accidents très intenses : la malade a des convulsions générales; elle est pâle; elle se plaint de coliques, de refroidissement des extrémités; elle crie qu'elle va mourir, *qu'elle est déjà verte*. Pas de nausées, pas de vomissements.

Grande alarme parmi les assistants. Le pharmacien qui vint me chercher, m'affirma tout d'abord qu'il avait donné du semen-contra et rien que du semen-contra; il me rapporta ensuite les cris de la malade qui se *voyait verte*. Je crus pouvoir immédiatement le rassurer sur ce prétendu empoisonnement. Arrivé auprès de la malade, je ne conservai aucun doute sur ce qui s'était passé et sur l'interprétation qu'il convenait d'en donner.

La malade avait pris le médicament, elle avait eu quelques coliques: jetant alors les yeux sur une glace qui était à côté, elle s'était vue verte; l'effroi qu'elle en avait éprouvé avait suffi pour produire les accidents nerveux que j'ai rapportés.

La vision ne tarda pas à devenir normale, et tout rentra dans l'ordre, sous l'influence de quelques calmants.

Je ne veux tirer de ce fait aucune conclusion; je me permettrai seulement de faire les remarques suivantes :

1° Le semen-contra produit des phénomènes de vision en vert, phénomènes bien étudiés pour la santonine, peu ou pas signalés pour le semen-contra. Dans les cas où ce dernier médicament produit la vision en vert, doit-on dire qu'il contenait une quantité de santonine plus grande que d'habitude? Faut-il croire que la santonine n'impressionne pas également tous les individus? Je regarde comme plausibles l'une et l'autre de ces explications.

2° Dans quelques-uns des empoisonnements non mortels, attribués à une santonine impure, ne pourrait-on pas admettre qu'il s'agissait d'accidents nerveux analogues à ceux que j'ai observés?

Leroy (d'Étiolle) et M. Mialhe ont signalé (Académie des sciences, 23 août et 6 septembre 1858), après l'absorption de la santonine, une coloration particulière de l'urine, qui devient verte, verdâtre, jaune orangé. Chez ma malade, je n'ai pas pu faire cet examen.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

M. *le ministre d'État* transmet une ampliation d'un décret impérial rendu le 18 de ce mois approuvant la nomination de M. *Liebig* comme associé étranger de l'Académie, en remplacement de feu M. *Tiedemann*.

M. *Milne Edwards* présente la seconde partie du VI° volume de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*. Dans ce fascicule, l'auteur termine l'histoire anatomique de l'appareil digestif.

PATHOLOGIE. — *Sur une variété de forme de la pustule maligne due à la piqûre d'un insecte de la famille des Acariens*, par M. *D. Beauperthuy*. — Cette affection, connue dans les llanos de Vénézuéla sous le nom de *empolla del ganado* (ampoule des bestiaux), est fréquente dans ce pays, surtout à l'époque de la sécheresse. L'insecte qui la produit a huit pattes à tarses articulés, terminés par deux crochets, la tête angulaire, l'abdomen ovale, tuberculé sur les bords, le corps plat d'un blanc sale. Cet insecte est nocturne et marche avec rapidité, habite les masures. Sa piqûre présente au début une petite tache rouge, lancinante à la pression. Après vingt-quatre heures il s'y développe une petite phlyctène, semblable à la vésicule soulevée sur la peau par la présence du sarcopte de la gale, mais plus étendue et remplie d'une sérosité brunâtre ou violacée, qui devient le siége d'une vive démangeaison. Les parties sous-jacentes forment une tumeur arrondie, dure, proéminente, sans altération de la couleur de la peau, semblables à celles produites par les piqûres de guêpe.

Cet acarien pond de vingt à vingt-quatre œufs sphériques, réunis en tas, d'un tiers environ de millimètre de diamètre; transparents au moment de la ponte, ces œufs ne tardent pas à prendre une teinte brune au contact de l'air. Ils contiennent un liquide albumineux, offrant au microscope des globules oblongs d'un vingt-cinquième de millimètre dans leur plus grand diamètre, et des traces de la muqueuse intestinale, premier développement de la vie embryonnaire chez cet acarien.

L'examen microscopique, appliqué aux humeurs contenues dans la pustule maligne, offre les globules du sang aplatis, déchiquetés, irréguliers, jaunâtres, pas un seul intact; puis des globulilles sphériques beaucoup plus petits que ceux du sang, et identiques avec ceux que l'on observe dans les fluides gangréneux. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Rayer, de Quatrefages.)

CHIRURGIE. — *Note sur une variété rare de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse avec destruction complète de l'aponévrose plantaire et d'une partie des tendons fléchisseurs des orteils, survenue chez un sujet diabétique; guérison*, par M. *A. Favrot.* — (*Comm.* : MM. Velpeau et J. Cloquet.) Voy. *Gaz. hebdom.*, n° 22, p. 349.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelle note sur les greffes périostiques*, par M. *Ollier.* — § I. *De l'influence de la température des lambeaux dans la greffe animale.* — Dans nos premières expériences sur les greffes périostiques pratiquées avec des lambeaux pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps, nous n'avions pas attendu plus d'une heure et demie après la cessation des battements du cœur.

Depuis lors nous avons obtenu du tissu osseux en transplantant sous la peau d'animaux vivants des lambeaux de périoste pris sur des lapins morts depuis vingt-quatre et vingt-cinq heures. Les noyaux osseux ainsi obtenus ont la structure de l'os véritable.

Mais l'objet principal du présent mémoire c'est la détermination des conditions favorables à la greffe, et particulièrement l'étude de l'influence de la température et de l'humidité du milieu.

Qu'il s'agisse d'un lambeau de périoste complétement séparé du corps d'un animal vivant, ou bien d'un lambeau pris sur un animal mort, une basse température conserve la vitalité des éléments anatomiques plus longtemps qu'une température voisine de celle du sang. Le froid, loin de s'opposer au succès de la transplantation, la favorise, au contraire, en retardant la désorganisation des éléments du tissu, et en conservant plus longtemps leurs propriétés essentielles.

Plusieurs expériences comparatives nous ont permis d'apprécier à ce point de vue l'innocuité et même l'utilité relative d'une basse température. Une série de transplantations après dix-huit et vingt-quatre heures nous a fourni des noyaux osseux plus volumineux avec le périoste des animaux morts et laissés à une température de 2 à 5 degrés au-dessus de zéro, qu'avec des lambeaux analogues pris sur des sujets maintenus entre 15 et 20 degrés.

D'une manière générale, lorsqu'il ne s'écoule pas plus de deux heures après la séparation du périoste ou la mort de l'animal qui l'a fourni, il n'y a pas de différence bien sensible entre les effets des diverses températures, mais au delà de cette limite une température basse entretient plus longtemps la vitalité du lambeau. Le sang retiré des vaisseaux nous a toujours paru un milieu beaucoup plus nuisible qu'utile pour la conservation des propriétés du périoste.

La persistance de la vitalité du périoste nous fait comprendre la possibilité de la réunion de certaines parties séparées du corps depuis un certain temps. Des faits considérés jusqu'ici comme apocryphes méritent un plus sérieux examen. Dans tous les cas, le refroidissement du lambeau ne doit pas empêcher la réunion. Deux faits relatifs à des bouts de doigt perdus, puis retrouvés et réappliqués après quarante minutes dans un cas, et quinze dans l'autre, sont venus récemment s'ajouter, sous nos yeux, à ceux que la science possède déjà.

§ II. *L'inégalité d'accroissement des deux extrémités d'un os n'est pas subordonnée à la soudure des épiphyses de cet os. Du rapport qui existe entre ces deux faits.* — M. Ollier ayant recherché expérimentalement la loi d'accroissement des extrémités des os longs, est arrivé à la formule suivante :

Au membre supérieur pour les os du bras et de l'avant-bras, c'est l'extrémité opposée à l'articulation du coude qui s'accroît le plus.

Au membre inférieur, au contraire, pour les os de la cuisse et de la jambe, c'est l'extrémité opposée à l'articulation du genou qui s'accroît le moins.

Nous avons dû nous demander ensuite, ajoute l'auteur, avec quels faits d'ostéogénie sont en rapport ces résultats expérimentaux, et nous avons vu que l'accroissement est plus actif vers l'extrémité dont l'épiphyse se soude le plus tardivement; mais cette activité plus grande dans un sens ne tient pas à la précocité de la soudure de l'épiphyse opposée. En d'autres termes, l'inégalité d'accroissement des deux extrémités n'est pas subordonnée à l'ordre de soudure des épiphyses. Il y a bien un rapport entre ces deux faits, mais ce n'est pas un rapport de dépendance. L'un n'est pas la cause de l'autre, et celui-ci ne peut pas expliquer celui-là.

Ces résultats sont en rapport avec les phénomènes ostéogéniques observés chez les oiseaux, et avec les études de M. Broca sur des altérations rachitiques de la première enfance.

De tout ceci nous concluons que la cause de l'inégalité d'accroissement entre les deux extrémités d'un même os existe dès les premiers temps de la formation du squelette. Elle se traduit d'abord par une activité plus grande de la nutrition vers une des deux extrémités, et plus tard par la persistance plus prolongée du cartilage intermédiaire à cette même extrémité; de sorte que la soudure successive des deux épiphyses terminales d'un même os, loin d'expliquer l'inégalité d'accroissement, nous paraît devoir être considérée comme un effet de la même cause.

---

## Académie de Médecine.

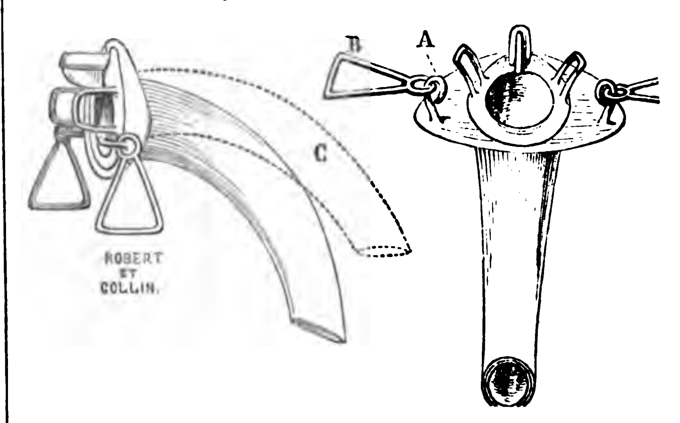
SÉANCE DU 4 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a.* Une note relative à un nouveau fébrifuge, et des échantillons de ce succédané du quinquina, par M. le docteur *Bramon* (de Matanzas). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements du Gers, de la Loire-Inférieure et dans l'arrondissement de Verdun. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Bourguet* (d'Aix), qui demande que son mémoire sur l'uréthrotomie externe soit réservé pour le prochain concours d'Argenteuil. (*Accordé.*) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Appia*, président de la Société médicale de Genève, qui annonce à l'Académie le décès de M. le docteur *Rilliet*, mort subitement à la suite d'une vive douleur à l'épaule. — *c.* Des lettres de MM. *Mialhe*, *Lefort* et *Gobley*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pharmacie. — *d.* La description et le modèle d'une nouvelle *canule à trachéotomie*, par MM. *Robert* et *Collins*. Cet instrument se distingue




de ceux qui ont été faits pour la même opération par une grande mobilité qui lui permet de suivre les mouvements de la trachée. Cette disposition a été obtenue au moyen d'ailettes mobiles fixées de chaque côté de la plaque de la canule externe, aux

deux extrémités d'une ligne qui passerait au niveau de la paroi inférieure de la canule interne. — Les mêmes fabricants présentent également un nouveau *dilatateur de la trachée*, exécuté d'après les indications du docteur *Garnier* (du Mans). (*Comm.*: MM. Trousseau et Bouvier.) — *e.* M. *Mathieu* présente à l'Académie un nouveau *porte-scie* qui peut s'adapter à toute scie à chaîne, et qui permet de se servir de ladite scie avec *une seule main*, l'autre main pouvant maintenir les parties ou prendre un point d'appui, *ad libitum*. Au moyen de deux points d'arrêt AA qui existent sur une des faces du porte-scie, on peut diminuer d'abord la longueur du champ de section de la chaîne, et diminuer l'angle d'ouverture pour l'adapter au volume de l'os à scier à la forme des parties à protéger. La scie se fixe à l'arbre sur deux petits pitons BB et y est maintenue par deux crochets que l'on abaisse instantanément. (*Comm.* : M. Gosselin.)

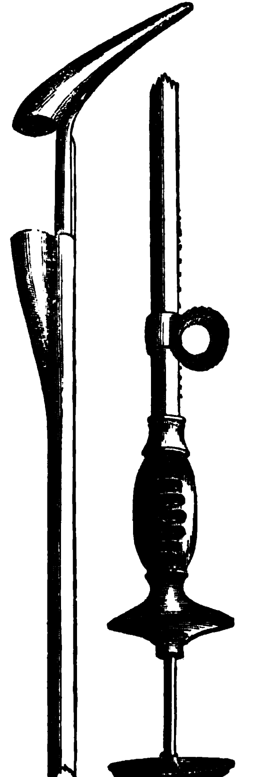
M. *Gibert*, à l'occasion du procès-verbal, communique à l'Académie une lettre de M. *Leroy de Méricourt* offrant de montrer aux incrédules trois cas de coloration noire de la peau en ce moment dans son service à Brest.

*Lectures.*

Histoire de la médecine. — M. *Littré* lit une note dont on trouvera une analyse étendue au *feuilleton*.

Chirurgie. — M. *Aug. Mercier* lit un mémoire *sur l'extraction des calculs ou des fragments arrêtés dans l'urèthre.* — M. Mercier partage ces corps étrangers en trois catégories, selon qu'ils peuvent être extraits sans opération préalable, ou bien qu'ils ont un volume trop considérable et doivent être broyés, ou bien enfin qu'en raison de leur volume et de leur position ils ne peuvent être ni extraits ni broyés, et doivent être refoulés dans la vessie ou retirés par une voie artificielle.

Il ne propose aucun moyen nouveau contre ceux de la première catégorie, sauf une modification faite, d'après ses indications, par MM. Charrière, du crochet articulé de Ravaton, que Leroy (d'Étiolles) a aplati en forme de curette, modification qui rend cet instrument plus solide quoique plus mince, plus facile à nettoyer, non sujet, par conséquent, à la rouille, laquelle rend si souvent celui de Leroy impropre au service.



Il montre ensuite que tous les moyens proposés contre la deuxième catégorie sont ou insuffisants, ou trop compliqués, ou trop difficiles à manœuvrer. Le meilleur de tous, le brise-pierre uréthral d'Amussat, est droit, trop volumineux par le bout, passe, par conséquent, très difficilement entre les parois du canal et le corps à broyer ; il a les mors plus ou moins obliques, tendant, par cela même, à repousser le corps, et, quand celui-ci est écrasé, ses débris sont refoulés de tous côtés contre les parois déjà distendues et les blessent ; enfin on ne retire rien ou presque rien.

M. Mercier a remplacé cet instrument par celui dont nous donnons la figure, et qui a les avantages d'être courbe, de s'insinuer par une extrémité mince entre les parois et le corps étranger, d'avoir les mors perpendiculaires à l'axe, et creusés tous deux d'une poche profonde où les débris se logent et sont ramenés au dehors.

Quand le calcul ou fragment distend trop le canal pour donner passage à cet instrument, et ne peut être repoussé dans une région plus large, le bulbe ou la région prostatique, M. Mercier se sert d'un autre, qui a la forme de sa sonde exploratrice à courbure courte et brusque, et a même moins de volume : celui-ci est formé de deux branches glissant l'une dans l'autre ; en un mot, c'est un lithotribe très petit. Avec lui il saisit le corps étranger et le broie, non pas d'arrière en avant, comme avec le précédent, mais d'un côté à l'autre. La manœuvre diffère nécessairement selon qu'on agit dans la portion libre du canal, dans la portion périnéale ou dans l'ascendante ; l'auteur entre dans des détails à cet égard.

Quant aux calculs ou fragments de la troisième catégorie, contre lesquels on était si souvent impuissant, qui ont amené tant de fois des orchites, des abcès urineux, des fistules, etc., et même nécessité des opérations plus délicates et presque aussi dangereuses que la taille, M. Mercier a proposé depuis longtemps déjà contre eux des moyens d'un effet presque toujours certain, ainsi qu'il le démontre par des exemples. Ces moyens sont ceux de ses sondes évacuatoires simples, dont le grand canal s'ouvre sur le talon et son dilatateur du col de la vessie. Il fait voir comment, avec ces instruments, on peut déloger les calculs nichés dans la région profonde de l'urèthre, et déraciner même ceux qui sont enchatonnés, et les refouler dans la vessie sans avoir à craindre de se fourvoyer. Quelquefois, quand on se sert du premier, le corps étranger est rejeté par son canal au moment où l'on franchit le col de la vessie ; dans tous les cas, il ne peut sortir spontanément avec l'urine, sinon on le retire de la vessie à l'aide des lithotribes ordinaires.

Enfin, quand un corps étranger ne peut être *extrait par le méat*, ni refoulé dans la vessie, on l'amène au dehors *par une opération* dont il est impossible de tracer les règles d'avance.

Médecine. — M. *Gosselin* lit un court rapport demandé par M. le ministre sur une médication prétendue nouvelle, et fondée sur l'absorption des médicaments par la cornée, proposée par le sieur *Lépine* (de Marseille).

M. le rapporteur est d'avis de répondre au ministre que rien dans le travail examiné n'est de nature à mériter l'approbation de l'Académie, ni les encouragements de l'autorité. (*Adopté.*)

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

## Société de médecine.

SÉANCE DU 3 MAI 1861.

RAPPORT DE M. LE DOCTEUR GÉRY SUR LES TITRES SCIENTIFIQUES DU DOCTEUR CAVASSE.

M. le docteur Cavasse vous a adressé : 1° sa thèse inaugurale : « *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx* » ; 2° une *Note sur quelques accidents produits par le semen-contra* ; 3° trois volumes de l'*Annuaire des sciences médicales* (années 1857-1858-1859).

Je vais successivement vous rendre compte de ces publications. Profitant de sa position dans de grands centres hospitaliers, M. Cavasse, frappé de l'état peu avancé de la science sur les fractures du larynx, fractures assez rares du reste, a laborieusement recherché dans les différents recueils ce qui avait été publié sur ce sujet ; et, riche lui-même de quatre faits nouveaux et d'expériences faites sur le cadavre, il a pu traiter avec maturité un sujet fort intéressant, par cela même qu'il est rare et n'a été que peu étudié jusqu'ici.

Fractures des cartilages du larynx. — M. Cavasse ne s'occupe nullement des *fractures* ou des *luxations* qui surviennent à la suite des laryngites chroniques, quelles qu'en soient la nature et la cause ; il n'a en vue, ainsi qu'il le dit par le titre même de sa thèse, que les *fractures* traumatiques.

Obs. — La première observation a pour sujet un malade qui, pris de vin, fit une chute dans un escalier, et roula du deuxième au premier étage. A la suite de cette chute, il y eut oppression considérable, face pâle, lèvres cyanosées, épanchement d'air dans le tissu cellulaire du cou... Dans la région sus-hyoïdienne, plaie ne laissant s'écouler qu'une médiocre quantité de sang, le doigt introduit dans la gorge, ne révèle aucune lésion. Le malade entre à l'hôpital le lendemain à huit heures, et meurt brusquement à onze heures, sans qu'on ait eu le temps d'appeler l'interne de garde.

*A l'autopsie*, qui a lieu quarante heures après la mort, on trouve : 1° une fracture verticale du cartilage thyroïde ossifié ; 2° une fracture verticale et dentelée sur le côté droit du cartilage cricoïde ; 3° une déchirure de la membrane thyroïdienne ; 4° une fracture de la grande corne de l'os hyoïde à droite, plus des déchirures de membranes et un épanchement ecchymotique dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un malade du service de M. Maisonneuve, à la Pitié. Chez le sujet de cette observation, le larynx fut écrasé par une roue de voiture... Accidents de dyspnée consécutifs, combattus d'abord par trois saignées générales ; puis enfin, cinq jours après l'accident, par la trachéotomie qui fut faite avec beaucoup de difficulté... Le malade guérit, mais en conservant toujours la canule, à cause d'un rétrécissement considérable de l'orifice supérieur du larynx.

Les treize autres observations, moins détaillées, ont été prises dans différents recueils (les sources sont toutes citées) ; la cause la plus fréquente a été une pression violente faite au cou par une main irritée ou criminelle, soit à la suite de pendaison volontaire ou légale.

Avant d'analyser ces différentes observations pour en étudier les déductions physiologiques et pratiques, M. Cavasse a institué une série d'expériences qu'il divise en trois groupes.

Expériences. — Dans une première, le cadavre étant couché sur le dos, la tête renversée en arrière et le cou tendu, il frappe le corps thyroïde avec un corps contondant.

Dans la deuxième série, on saisit le larynx entre le pouce et les quatre doigts ; on presse, et la fracture se produit assez facilement, surtout si le cartilage est ossifié, ce qui est indiqué par un craquement.

Enfin, dans une troisième série, les expériences sont faites avec des cordes placées autour du cou, comme les cas de pendaison ou de strangulation.

C'est de l'examen de ces observations et de ces expériences que M. Cavasse tire quelques principes généraux, qu'il donne les uns comme positifs, les autres comme probables.

Ainsi, sous le rapport de l'âge, tout en reconnaissant que l'ossification des cartilages est une cause prédisposante très puissante, il est cependant bien prouvé, par les observations II (vingt-quatre ans), V (trente ans), IX (vingt-six ans) et par plusieurs expériences, que la fracture peut atteindre les cartilages du larynx avant l'ossification. En outre, l'âge du sujet ne peut fournir aucune indication bien précise sur l'ossification des cartilages.

*Causes et mécanisme.* — Il faut toujours ou presque toujours une violence extérieure pour produire la fracture. Cependant Ollivier (*Dictionnaire* en 30 volumes) cite un cas de fracture à la suite de certaines contractions musculaires ; il s'agissait de l'os hyoïde.

La cause fracturante agit de deux manières bien différentes, sur lesquelles M. Cavasse appelle l'attention. Tantôt la courbure du cartilage thyroïde tend à être effacée, et le cricoïde est aplati d'avant en arrière ; tantôt, au contraire, la courbure du thyroïde est exagérée, et le cricoïde est aplati latéralement.

*Siége.* — Sous le rapport du siége, le cartilage thyroïde est le plus fréquemment vulnéré, puisque, sur onze observation, il l'a été six fois, le cricoïde l'a été deux fois, et, chose à noter, dans deux cas de pendaison.

*Symptômes.* — Je passerai rapidement, messieurs, sur l'exposition des symptômes qui, tous en général, sont la conséquence inévitable de la difficulté de la respiration ; on peut les diviser en signes fonctionnels et en signes physiques. M. Cavasse insiste surtout sur la mobilité anormale et le manque de crépitation souvent.

M. Cavasse, après ces énumérations, aborde enfin l'étude du traitement, et distingue très justement le traitement de la fracture de celui des accidents qui en sont la conséquence ; en général, c'est ce dernier qui est le plus pressant, et consiste autant que possible à ramener le larynx à sa forme normale. Si ces manœuvres restent sans succès, il y a dès lors une indication évidente : ouvrir la trachée. Mais à quelle époque l'ouvrir ?

Ici M. Cavasse n'ose poser de règle générale, et laisse à la conscience et au tact du chirurgien le soin de saisir le moment favorable.

M. Cavasse, par esprit de réserve, ne dit rien du tubage du larynx, la question étant pendante devant l'Académie...... Il termine sa thèse par quelques considérations médico-légales, peut-être un peu trop concises, et présentant, par leur peu de développement, moins d'intérêt qu'elles en auraient eu étant plus développées.

Accidents produits par le semen-contra. — Comme on peut le voir dans l'observation de M. Cavasse (voir dans ce numéro, p. 370), deux phénomènes fixent son attention : 1° les symptômes d'empoisonnement ; 2° le fait de la vision en vert.

Les phénomènes d'empoisonnement ne nous arrêteront pas ; car, à moins que le semen-contra ne soit falsifié, on ne peut guère l'accuser d'empoisonnement. Or, dans le cas présent, le pharmacien répondait de la bonne qualité du médicament.

Quant aux remarques de l'auteur concernant la vision en vert, ces remarques ne nous semblent pas rigoureusement fondées ; on peut, en effet, se demander si, dans ce cas, il n'y avait pas un excès de santonine dans le semen-contra absorbé, malgré le dire du pharmacien, et dès lors les phénomènes de vision en vert devraient être attribués à la santonine, et non au semen-contra.

Il nous semble d'ailleurs difficile de confondre des symptômes d'empoisonnement, si légers qu'ils soient, avec des phénomènes nerveux.

Quoi qu'il en soit, la note de M. Cavasse n'en est pas moins très intéressante, au point de vue pratique, par le phénomène qu'elle met en lumière, et qui est fort connu jusqu'à présent.

Pour rendre un juste hommage au travail et à l'esprit d'observation de M. Cavasse, nous avons l'honneur de proposer à la Société de publier dans ses Bulletins l'observation sur le semen-contra.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 MAI 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

EMPHYSÈME SPONTANÉ. — ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX DU PLI DU COUDE. — ANÉVRYSME ARTÉRIEL DU CREUX POPLITÉ.

M. *Huguier* a remis un instant sur le tapis le fait d'emphysème spontané communiqué par M. Robert, et dont il a été lui-même un des témoins. Il s'est appuyé, pour repousser la théorie mécanique de l'infiltration, sur des arguments que M. Robert est venu développer quelques instants après. De l'avis de ces deux chirurgiens, il est impossible, pour qui a vu la malade dont il s'agit, de s'arrêter un seul instant à l'idée de la pénétration de l'air par la plaie. Au moment où toutes les parties molles étaient sphacélées dans une étendue de 5 ou 6 centimètres au-dessus de la très petite plaie de l'avant-bras, à ce moment il n'y avait pas encore de trace d'emphysème. Toute cette épaisseur de tissus momifiés n'était-elle pas une barrière infranchissable pour l'infiltration ? Il est certain qu'il n'y a pas une seule bulle de gaz qui ait pu arriver du dehors. C'est sous l'influence de la gangrène que l'emphysème s'est produit dans ce membre, et ce qu'il y a d'important dans cette observation, c'est qu'elle prouve que l'emphysème n'était point le résultat de la décomposition putride des parties mortifiées, puisque les gaz infiltrés étaient sans odeur.

Il y a donc, ainsi que l'a dit M. *Robert*, des emphysèmes gangréneux, mais non putrides, qui ne sont pas une contre-indication à l'amputation, dût-on même amputer au sein des parties emphysémateuses. Dans ce cas, en effet, l'emphysème disparut complétement quelques heures après l'amputation, et n'empêcha pas d'obtenir une très belle réunion immédiate : succès presque inouï dans une désarticulation de l'épaule.

M. *Morel-Lavallée* ne renonce pas à l'explication qu'il a donnée de l'emphysème dans ce cas particulier. Il se croit autorisé à admettre l'infiltration mécanique de l'air, sinon comme certaine, au moins comme très probable, tant qu'on ne lui aura pas démontré que l'air n'a pas pu pénétrer par la plaie de l'avant-bras.

M. *Voillemier* fait observer à M. Morel que c'est à lui de démontrer que l'air a réellement pénétré dans les tissus. La discussion sur ce sujet est close ensuite d'une façon définitive.

— M. *Mathieu*, fabricant d'instruments de chirurgie, présente deux scies de son invention : la première est une scie à arbre, dont le feuillet est assez étroit pour passer dans des pertuis très petits. On peut ajuster aisément cette scie à l'arbre qui la supporte, et incliner le feuillet dans tous les sens.

La seconde est une scie à chaîne qui, pouvant être manœuvrée avec une seule main, laisse l'autre libre pour maintenir l'os à reséquer. Ce résultat est obtenu au moyen d'une simple tige munie d'un manche, sorte d'archet aux deux extrémités duquel sont fixés les deux bouts de la scie à chaîne laissée flottante.

— M. *Richet* avait communiqué, dans le courant du mois dernier, un fait d'anévrysme artérioso-veineux à propos duquel quelques remarques avaient été présentées par MM. Broca, Houël et Chassaignac. Avant de répondre à ces remarques, M. Richet résume ainsi cette observation :

OBS. — Un homme de soixante-six ans est saigné, au mois d'octobre 1860, par une sage-femme. Une petite tumeur apparaît dès lors au pli du coude, et, à la fin de janvier 1861, trois mois et demi après la saignée, la tumeur est grosse comme un œuf de pigeon; elle a tous les caractères des anévrysmes artérioso-veineux. Déjà elle détermine chez ce malade des douleurs très vives qui parfois le privent de sommeil. Tout le membre supérieur est atrophié, et il est impossible de faire quitter à l'avant-bras la position demi-fléchie dans laquelle il est fixé. Dans cet état, le malade est venu à Paris avec l'intention bien arrêtée de se faire opérer.

M. Richet laisse le malade en observation jusqu'au 1er février. A partir de ce jour, on commence la compression, qui est exercée pendant les huit premiers jours sur la tumeur, par des plaques d'agaric et des bandes. On essaye ensuite la compression à l'aide d'un bracelet de caoutchouc; elle n'est pas supportée. La compression digitale est commencée le 9 février sur l'artère humérale et continuée sans interruption pendant vingt-deux heures. A la suite de cette compression, la tumeur est rétractée, n'est plus réductible, et paraît évidemment occupée par des caillots. Mais la compression digitale a tant fait souffrir le malade qu'il déclare qu'il ne pourra plus la supporter. Divers appareils compresseurs sont ensuite appliqués, et la compression, tantôt directe, tantôt indirecte, est exercée avec des interruptions, jusqu'au 10 mars. Les tentatives de guérison par cette méthode ont duré quarante jours.

A ce moment, non-seulement il n'y a pas d'amélioration, mais la tumeur s'est évidemment accrue. La peau, amincie, chaude et douloureuse, fait redouter une rupture de la poche. L'avant-bras est tuméfié et violacé. M. Richet se décide à lier l'humérale et à ouvrir le sac par la méthode ancienne.

L'artère humérale est liée un peu au-dessus du pli du bras. Toute pulsation disparaît dans la tumeur; celle-ci est ensuite ouverte, et on en extrait de nombreux caillots peu résistants. Mais, des profondeurs de la plaie, sort un flot de sang rutilant qui paraît pleuvoir dans le sac par plusieurs orifices impossibles à découvrir. Pour arrêter cette hémorrhagie, M. Richet lie l'artère humérale immédiatement au-dessus du sac, et au-dessous de la première ligature. L'hémorrhagie continue. Pendant qu'on comprime directement le fond de la plaie, M. Richet veut lier l'artère au-dessous du sac comme il l'a liée au-dessus ; mais, au lieu d'un bout inférieur, il en trouve deux, et s'aperçoit que la tumeur siége au point même de bifurcation de l'humérale. Il prend alors le parti d'embrasser dans une ligature en masse, les artères radiale et cubitale, les veines et le tissu cellulaire. L'écoulement de sang est immédiatement arrêté. Tout va bien pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération; mais la suppuration prend tout à coup un mauvais aspect ; une douleur vive se manifeste au pied droit, sans que le malade éprouve ni frisson, ni malaise. On croit d'abord à une lymphite. A partir du 23 mars des hémorrhagies en nappe ont lieu presque tous les jours par le fond de la plaie. Le 26, M. Richet lie l'artère axillaire. Le 27, de l'empâtement, de la douleur et de la rougeur se montrent au niveau de l'articulation sterno-claviculaire. Les symptômes généraux s'aggravent, et le malade meurt le 31 mars, après avoir présenté une teinte jaune, un pouls très petit et du subdelirium.

*L'autopsie*, en faisant voir les articulations tarso-métatarsiennes pleines de pus, de même que l'articulation sterno-claviculaire et celle du coude, a prouvé que c'était à une infection purulente que le malade avait succombé. Ce n'est donc pas l'opération, en tant qu'opération de ligature, qui a fait périr le malade; il aurait très probablement guéri sans l'infection purulente. Peut-être l'intoxication pyoémique n'a-t-elle pas été sans influence sur la production des hémorrhagies consécutives, à cause du défaut de plasticité du sang qui résultait de cette intoxication. M. Richet cite, à l'appui de cette explication, l'histoire d'un malade atteint d'un écrasement du pied, qui, pendant qu'il présentait les symptômes d'une infection purulente, eut par sa plaie des hémorrhagies en nappe difficiles à réprimer, et qui hâtèrent la terminaison fatale.

A M. Houël, qui lui avait objecté que la compression n'avait peut-être pas été employée avec assez de persévérance, M. Richet répond que, quarante jours de compression indiquent une certaine persévérance, et que d'ailleurs, il a été impossible de comprimer plus longtemps au niveau de la tumeur, puisque celle-ci menaçait de se rompre. Peut-être, avait dit M. Broca, aurait-on mieux fait de ne pas opérer. M. Richet croit, comme M. Broca, qu'il vaut mieux ne pas toucher aux anévrysmes artérioso-veineux toutes les fois qu'ils ne déterminent que peu de douleur et peu de gêne dans les mouvements. Mais, chez ce malade, l'avant-bras était demi-fléchi; la tumeur était très douloureuse et grossissait très rapidement. Il fallait au moins tenter la compression, et après cette compression, qui n'avait réussi qu'à rendre la rupture de l'anévrysme imminente, on ne pouvait plus éviter l'opération.

M. Richet, sans blâmer la compression d'une manière générale, fait ressortir tous les désavantages qu'elle a eus dans ce cas en condamnant inutilement au repos au lit et à l'hôpital, un homme encore vigoureux, habitué à la vie de campagne. Ces conditions ne lui paraissent pas avoir été indifférentes au développement de la pyoémie.

M. Broca ne blâme en aucune façon M. Richet d'avoir opéré son malade, surtout depuis que son collègue a donné de nouveaux renseignements sur l'opportunité de l'opération. Quant à l'insuccès de la compression indirecte, il n'a rien d'étonnant. Il serait étonnant au contraire que cette compression réussît quand la méthode d'Anel échoue constamment dans ces anévrysmes artérioso-veineux. Les succès que M. Nélaton a obtenus par la compression sont des exceptions qui n'infirment pas la règle.

M. *Broca* présente ensuite une pièce anatomique consistant dans un anévrysme de l'artère poplitée. Il fait part à ses collègues de quelques observations physiologiques qu'il a faites sur ce malade, et qui sont relatives à l'étude du pouls sur l'artère anévrysmatique et à la température du membre sur lequel siégeait la tumeur.

Le bout inférieur d'une artère anévrysmatique reçoit, au moment de la systole artérielle, plus de sang qu'il n'en recevrait sans l'anévrysme; mais il est clair qu'au moment de la diastole artérielle, une partie du sang doit s'arrêter dans le sac, et que la pulsation au-dessous de la tumeur doit être moins forte. La théorie indique donc que sur une artère anévrysmatique, le pouls doit avoir plus de volume et moins de force. L'étude sphygmographique du pouls, faite avec l'ingénieux instrument de M. Marey, a confirmé ces prévisions.

En général, la température des membres anévrysmatiques est un peu plus élevée. Cela se sent à la main pour beaucoup d'anévrysmes artérioso-veineux ; mais dans les anévrysmes artériels, les malades, au contraire, accusent souvent une sensation de froid. M. Broca a étudié chez son malade la température du membre anévrysmatique, et a pu la comparer à celle du membre du côté opposé, en appliquant, avec une foule de précautions, le thermomètre différentiel de Walferden. Il a trouvé d'un côté à l'autre une différence de trois degrés. Il a voulu se rendre compte aussi des effets de la compression digitale sur cette température. Elle était de 31°,4 au moment où la compression fut commencée; elle baissa environ d'un dixième de degré par minute pendant les quarante-trois premières minutes, et tomba à 27°,1. Puis elle se releva graduellement, et, au bout d'une heure et demie, elle était revenue au point de départ. Par la compression de l'anévrysme à l'aide de la pelote de l'appareil, on obtint les mêmes résultats.

C'est au pli de l'aine que le compresseur fut placé chez le malade, pendant huit jours environ et d'une façon intermittente. La compression a duré en tout soixante heures, au bout desquelles l'anévrysme avait cessé d'être réductible. Il survint malheureusement un érysipèle de la tête pour lequel le malade ne voulut pas

être traité à l'hôpital. Au bout de dix jours, il fut rapporté dans le coma plus profond, et mourut. On trouva à l'autopsie une inflammation des plus manifestes des membranes cérébrales. Il y avait une insuffisance aortique par altération sénile des parois artérielles. Cette affection avait été diagnostiquée par M. Marey, d'après le tracé sphygmographique du pouls radial.

Du côté du membre inférieur, on trouva une phlébite oblitérante de la veine poplitée, un abcès du muscle soléaire, et dans le sac anévrysmal, qui était demi-fusiforme, des caillots stratifiés qui l'oblitéraient presque entièrement.

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Du mariage entre consanguins comme cause de rétinite pigmentaire**; communication à la Société de médecine de Berlin, par le docteur L. Liebreich.

« L'expression assez impropre de rétinite pigmentaire, dit l'auteur, est employée, comme on sait, pour désigner une maladie dont le premier symptôme est, dans l'enfance, un affaiblissement extrêmement marqué de la vision pendant le crépuscule, accompagné d'un rétrécissement du champ visuel, qui ne se remarque d'abord que pour les objets peu éclairés. L'étendue du champ visuel continue ensuite de diminuer progressivement, et les malades arrivent, le plus souvent après l'âge de trente ou de quarante ans, à une cécité complète. Déjà, avant d'avoir entièrement perdu la vue, et alors même que dans la petite étendue restée intacte du champ visuel, les malades distinguent encore très nettement des objets très petits, ils ne sont plus capables de marcher seuls dans la rue.

» L'examen ophthalmoscopique, à part une altération du nerf optique et des lésions étendues de la choroïde, permet de constater la présence d'infiltrations légères dans l'épaisseur de la rétine, qui est plus ou moins atrophiée, et présente en outre une pigmentation particulière très accusée dans la majorité des cas; on voit apparaître, à quelque distance de la papille du nerf optique, des taches noires, anguleuses ou étoilées, quelquefois peu nombreuses, plus souvent très multipliées, et dessinant une espèce de réseau à mailles plus ou moins serrées.

» Une personne atteinte de cette maladie m'apprit par hasard, il y a un an environ, qu'elle était née d'un mariage entre consanguins (cousin et cousine). En tenant compte de ce renseignement dans tous les cas que j'ai observés depuis cette époque, j'ai reconnu que la moitié des malades se trouvaient dans des conditions analogues.

» Les auteurs qui ont parlé des inconvénients des mariages entre consanguins ont surtout signalé comme conséquences de pareilles alliances : les affections mentales, le crétinisme, la mort des enfants en bas âge, divers vices de conformation, et, dans un petit nombre de cas seulement, et chez des sujets albinos, des affections de l'œil. Parmi celles-ci, l'amblyopie a été mentionnée plusieurs fois, mais il n'existait pas de renseignements précis sur la nature de cette altération de la vue. En tenant compte de ces divers faits, je crus devoir rechercher d'abord si la rétinite pigmentaire s'observe coïncidemment avec le crétinisme, l'idiotisme et la surdimutité. »

L'auteur rappelle ici une observation faite par Maffei, à savoir que la plupart des crétins, alors même qu'ils ont une vue excellente, paraissent souvent ne pas voir des objets de petite dimension lorsqu'ils en sont très rapprochés. Ce fait s'expliquerait facilement par le rétrécissement du champ visuel, qui ne manque jamais dans la rétinite pigmentaire.

..... M. Liebreich n'a d'ailleurs pas eu l'occasion de faire des recherches sur la fréquence de cette affection dans des contrées où le crétinisme est endémique. Il a pu examiner cinquante idiots, et, sur ce nombre, il en trouva trois affectés de rétinite pigmentaire. Chez l'un d'eux seulement on avait des renseignements précis sur les parents : ils étaient cousin et cousine, issus d'une famille noble où les mariages consanguins étaient presque la règle, et qui comptait parmi ses membres un certain nombre d'idiots.

C'est surtout relativement aux sourds-muets que M. Liebreich a pu réunir des documents importants.

Sur 341 sourds-muets qui existent actuellement à Berlin, l'auteur en a soumis jusque-là 241 à l'examen ophthalmoscopique, et il a constaté, chez 14 d'entre eux, l'existence d'une rétinite pigmentaire. Cette proportion paraîtra énorme si l'on se rappelle qu'il s'agit d'une affection très rare. M. Liebreich évalue qu'à part ces 14 sourds-muets, il n'existe peut-être pas, à Berlin, plus de 20 à 30 sujets qui en sont atteints.

Il faut encore remarquer que, parmi ces 14 sujets, 8 sont des israélites. La surdi-mutité est également plus fréquente parmi les juifs que parmi les chrétiens. Sur le total de 341, il y a 42 juifs. La proportion est par conséquent de 1 sourd-muet sur 1477 chrétiens, et de 1 sur 368 juifs. La proportion des sourds-muets juifs atteints de rétinite pigmentaire est encore deux ou trois plus considérable. Tout ceci s'accorde parfaitement avec la fréquence des mariages entre consanguins chez les juifs. M. Liebreich fait cependant remarquer que la rétinite pigmentaire non accompagnée de surdi-mutité ne lui a pas paru plus fréquente chez les juifs que chez les chrétiens.

La répartition par famille des cas dont il s'agit mérite également d'être relevée: 3 seulement, sur les 14, appartenaient chacun à une famille distincte, et les 11 autres étaient distribués dans trois familles seulement : 4 appartenant à une même famille, 2 à une autre et 5 à une troisième. L'histoire de cette dernière est surtout instructive : le père était bien conformé et bien portant, mais il était adonné à l'abus des boissons alcooliques. Il eut d'un premier lit 2 enfants bien portants; d'un second mariage naquirent 6 enfants, dont 3 sourds et muets. Cet homme eut en outre, entre la naissance du deuxième et du troisième enfant légitime du second lit, un fils sourd-muet de la sœur de sa femme. Tous les enfants sourds et muets sont affectés de rétinite pigmentaire, et cette coïncidence a paru constante à M. Liebreich dans toutes les familles où il existe des enfants sourds-muets et des cas de rétinite pigmentaire. L'aîné de ces 5 enfants est déjà arrivé à cette phase de la rétinite où le rétrécissement du champ visuel rend la marche sans le secours d'un guide impossible, et, ce qui est bien plus grave, il n'est plus possible de lui parler à l'aide du langage digital.

Sur le total de 14 sourds-muets affectés de rétinite pigmentaire, 5 étaient nés d'un mariage entre consanguins; chez 2, on n'a pas pu obtenir de renseignements à cet égard, et chez 7 il n'existait pas de lien de parenté entre le père et la mère.

Sur 18 cas de rétinite pigmentaire chez des sujets non affectés de surdité, huit fois les parents étaient cousins; cinq fois, ils appartenaient à des familles différentes, et, chez les cinq autres, les renseignements faisaient défaut.

Le total de 35 cas de rétinite pigmentaire (3 chez des idiots, 14 chez des sourds-muets et 18 chez des sujets non affectés de surdité) se décompose, en définitive, ainsi :

14 fois la consanguinité des parents était démontrée; 12 fois elle n'existait pas; plus, 9 cas nuls. (*Deutsche Klinik*, 1861, n° 6.)

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis**, par le docteur E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 2e édition, 1 fort vol. in-8°. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye.

**Quelques considérations sur la scrofule**, thèse inaugurale 1861, par M. Amédée Coulon. Paris, Savy.

En 1858, M. Bazin publiait la première édition de ses leçons sur la scrofule, et le 12 août 1859, nous rendions compte de cet ouvrage dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. La deuxième édition vient de paraître. L'auteur n'a rien changé à la partie fondamentale de son œuvre; la doctrine n'a subi aucune altération, aucun amendement. M. Bazin est un réformateur convaincu, et il reste inébranlable dans les principes de nosologie qu'il a si brillamment inaugurés dans son enseignement, et qu'il a si nettement posés dans ses livres.

Mais il est des points de pratique sur lesquels nul ne saurait, sans témérité, porter dès l'abord un jugement absolu, ni prononcer un arrêt définitif, sous peine de voir la vérité de la veille devenir aisément l'erreur du lendemain. Au temps et à l'expérience seuls il appartient d'imprimer aux opinions nouvelles le cachet de la certitude. Pénétré de cette pensée, M. Bazin ne s'est pas reposé dans une complaisante admiration de soi-même, ni mollement endormi dans une platonique contemplation de son œuvre. Il l'a soumise à un contrôle clinique plus sévère, et cette étude plus scrupuleuse, plus approfondie, s'il est possible, lui a permis de tracer d'une main plus sûre la limite des maladies constitutionnelles.

Dans cette nouvelle édition, il a rétréci le cadre de la scrofule qu'il avait « un peu trop élargi aux dépens de la dartre et de l'arthritis. » Ayant reconnu que la dartre partage avec la scrofule le triste « privilége d'attaquer l'enfance », il a appelé sur ce sujet l'attention des praticiens, afin qu'ils ne pussent pas confondre, chez l'enfant, des maladies qui exigent une thérapeutique si différente.

M. Bazin a agrandi le tableau général de la scrofule; il a fourni de nouveaux arguments cliniques « pour rendre évidente la nature contestée des scrofulides bénignes »; il a fait disparaître la division par leçons pour lui substituer les divisions naturelles prises dans le sujet lui-même; enfin il a ajouté des observations nombreuses, qui manquaient à la première édition. C'était le meilleur moyen de satisfaire les mécontents et de convaincre les incrédules. Enfin, l'auteur a ajouté (et c'est là l'addition la plus importante) l'histoire de la *scrofule interne, parenchymateuse et viscérale*, qu'il n'avait laissé voir qu'en perspective dans les leçons de 1858.

C'est donc, à proprement parler, un livre nouveau que M. Bazin offre au public médical. Ce n'est plus, comme auparavant, une simple ébauche de la scrofule; c'est, comme il le dit lui-même, un traité dogmatique sur cette matière; c'est une véritable monographie, la monographie la plus complète, sans contredit, qui ait été écrite sur ce difficile sujet depuis les remarquables travaux de Lalouette, de Baumes, d'Armstrong, de Carmichaël et de Lepelletier.

— Les *quelques considérations* de M. Coulon sur la scrofule, puisées surtout dans l'enseignement pratique de M. Réné Marjolin, ne traitent que d'un petit nombre de questions, dont la plus importante, puisque toutes les autres en dépendent, est celle de l'existence même de la maladie scrofuleuse, mise en doute par M. Velpeau (*Archives générales de médecine*, 1836). M. Coulon conteste avec raison que les engorgements glandulaires, considérés comme des signes de scrofule, ne soient que des adénites ordinaires développées sous l'influence de lésions voisines. Ce n'est ici évidemment, dans beaucoup de cas, que la première explosion d'une diathèse qui couve dans l'organisme, et qui va tout à l'heure l'infester de ses produits.

Un bon esprit d'observation et un jugement droit sont constamment mis au service des questions traitées par l'auteur.

Le chapitre des affections scrofuleuses, en général, s'inspire presque partout des travaux mêmes que nous rappelons plus haut, c'est-à-dire des travaux de M. Bazin. Le deuxième est destiné à établir, par des observations particulières, que la méningite tuberculeuse est assez fréquente chez les enfants atteints de scrofule osseuse. Dans le troisième chapitre, l'auteur s'attache à démontrer que la phthisie est rare chez les enfants scrofuleux; sur 130 enfants atteints de scrofule osseuse, il n'en a rencontré que trois qui fussent phthisiques. Enfin, un chapitre est consacré au traitement de la scrofule et des affections osseuses qui en dépendent; — c'est un exposé méthodique et large des moyens généralement employés.

Dr LINAS.

---

## VII

## VARIÉTÉS.

— L'assemblée générale de l'*Association de prévoyance des médecins du Rhône* vient d'avoir lieu dans la salle des séances de l'Académie de Lyon. M. Rayer, que son zèle pour les intérêts du corps médical avait arraché aux exigences d'une vaste clientèle, avait voulu assister à cette réunion. Le discours qu'il y a prononcé est un modèle d'à-propos et de tact. La parole a été ensuite donnée à M. Rougier, président de l'Association des médecins du Rhône, et à M. J. Bonnet, secrétaire général, qui ont mérité les vifs applaudissements de l'auditoire. Les membres de l'Association se sont réunis le soir dans un banquet.

— Par décret impérial du 15 mai 1861, ont été nommés dans le service de santé militaire :

Médecin principal de 1re classe, M. Chatelain; M. Colmant, médecin principal de 2e classe; M. Lallemant (Ludger), professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce; M. Rouis (J.-L.), sous-directeur à l'école de Strasbourg.

— L'Académie des sciences, adoptant les conclusions du rapport fait au nom de la commission des prix de médecine et de chirurgie (année 1860), vient d'accorder à M. Mignot (de Chantelle) un encouragement de 500 francs, pour la continuation de ses études sur les maladies des enfants.

— L'Inspection médicale de l'armée de terre, en 1861, dans l'intérieur, en Algérie et au corps d'occupation à Rome, aura lieu comme il suit :

1er arrondissement, M. Vaillant, président du conseil de santé; 2e arrondissement, M. Michel Lévy; 3e arrondissement, M. Maillot; 4e arrondissement, M. Scrive; 5e arrondissement, M. le baron Larrey; 6e arrondissement, M. Hutin; 7e arrondissement, M. Ceccaldi; 8e arrondissement, M. Sédillot.

— M. le docteur Chassagny a été nommé trésorier de l'Association des médecins du Rhône.

— MM. les docteurs Berne et Delore viennent d'obtenir le prix extraordinaire de 500 francs que l'Académie des sciences et belles-lettres de Toulouse avait proposé sur cette question : *De l'influence des expériences physiologiques modernes sur les sciences médicales*.

— M. le docteur Griolet vient d'être tué à Sommières (Gard), par un jeune homme atteint d'aliénation mentale, qu'il avait saigné le matin.

— M. le docteur Vial, de Saint-Étienne, vient de mourir dans cette ville.

— On a exposé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la cour Saint-Martin, et sur l'emplacement même qu'elle occupera définitivement, un modèle de la statue d'Amédée Bonnet.

— Les juges du concours qui va s'ouvrir pour trois places de médecin au Bureau central, sont : MM. Gallard, Monneret, Cruveilhier, Bouley, Guéneau de Mussy, Demarquay et Marjolin, *titulaires;* Pelletier et Huguier, *suppléants*. — Les candidats sont : MM. Archambault, Bernier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bonfils, Blondel, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Cavasse, Canuet, Chauffart, de Beauvais, Desnos, Dumontpallier, Epron, Frémineau, Genouville, Gery, Goubaux, Guyot, Isambert, Labat Duroucheaux, Labbé, Laboulbène, Luys, Magnan, Maingault, Moynier, Parrot, Peter, Pillon, Second dit Féréol, Tamarelle-Mauriac, Tillot, Vidal, Wieland, Worms, Zambaco.

— La Société allemande de psychiatrie et de psychologie judiciaire propose un prix de 100 thalers pour le meilleur mémoire sur la question suivante : « Quelle est la classification des maladies mentales la plus utile au point de vue de la médecine pratique? » Les travaux devront être adressés, avant le 31 décembre 1861, à M. le docteur Erlenmeyer, secrétaire de la Société, à Bendorf, près Coblence.

*Le Rédacteur en chef:* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 14 JUIN 1861. N° 24.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêté ministériel — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine : La chromocrinie : M. Ch. Robin. — Nouvelles observations : M. Duval. — La paralysie diphthéritique dans Hippocrate ; remarque. — *L'Etneo* (journal de Catane); même sujet : M. Tomaselli. — Hémiplégie faciale avec névrite de la septième paire : M. Tomaselli. — Société obstétricale de Berlin : Transfusion du sang dans un cas de métrorrhagie : M. Martin. — Injection hypodermique de morphine dans l'éclampsie puerpérale : M. Franque. — **II. Travaux originaux.** Nouvelles recherches sur la phonation. — **III. Correspondance.** Nouveaux cas de chromocrinie. — **IV. Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **V. Bibliographie.** Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine. — Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra. — Guide pratique aux eaux minérales françaises et étrangères. — **VI. Variétés.** — **VII. Feuilleton.** Revue professionnelle à l'étranger.

## PARTIE OFFICIELLE.

M. le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, arrête :

Sont nommés membres du comité impérial des travaux historiques et des sociétés savantes (section des sciences) :

MM. Milne Edwards, membre de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Payen, membre de l'Académie des sciences, professeur au conservatoire des arts et métiers; Delafosse, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Faculté des sciences; Sainte-Claire Deville (Charles), membre de l'Académie des sciences; Duchartre, membres de l'Académie des sciences; Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine; Natalis Guillot, professeur à la Faculté de médecine; Wurtz, professeur à la Faculté de médecine; Cahours, examinateur de l'École polytechnique; Philips, ingénieur des mines; Turgan, directeur du *Moniteur;* Blanchard, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

Fait à Paris, le 29 mai 1861. ROULAND

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 13 juin 1861.

SOMMAIRE : *Académie de médecine* : LA CHROMOCRINIE : M. CH. ROBIN. — NOUVELLES OBSERVATIONS : M. DUVAL. — LA PARALYSIE DIPHTHÉRITIQUE DANS HIPPOCRATE; REMARQUE. — L'ETNEO (journal de Catane); MÊME SUJET : M. TOMASELLI. — HÉMIPLÉGIE FACIALE AVEC NÉVRITE DE LA SEPTIÈME PAIRE : M. TOMASELLI. — SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN : TRANSFUSION DU SANG DANS UN CAS DE MÉTRORRHAGIE : M. MARTIN. — INJECTION HYPODERMIQUE DE MORPHINE DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE : M. FRANQUE.

La question de la *chromocrinie* est revenue mardi dernier à l'Académie de médecine. Elle y est revenue avec un nouveau document peu capable d'atténuer les regrets qu'un vote

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle à l'étranger.

SOMMAIRE. — Nouvelles d'Espagne et d'Italie : L'Académie royale de Madrid; la philosophie médicale et la nomenclature. — Mort de M. de Cavour : attendons pour juger. — Observatoire magnético-météorologique de Turin. — Congrès scientifique italien. — Nouvelles d'Angleterre et d'Allemagne : La compagnie des Apothicaires et le collége des Physiciens de Londres. — Du cumul des professions. — Les zoophiles anglais et l'École d'Alfort. — Les médecins de l'armée anglaise. — Les dentistes à Londres : Hôpital, Faculté et banquet. — *The Ladies' Sanitary Association.* — Associations médicales à Vienne.

Un décret royal du 28 avril dernier réorganise l'Académie de médecine de Madrid, et détermine ses attributions, ses priviléges et son objet. L'Académie se composera de 56 membres titulaires répartis en six sections. L'une de ces sections est affectée à la *philosophie et à la littérature médicales.* A cette nouvelle, si l'un de nos collègues de la presse ne fait pas ses malles pour Madrid, c'est qu'il aura la goutte ou que les prunes de Fontenay s'annonceront mal cette année. Dieu veuille qu'il en soit ainsi, car, après tout, nous n'aimons pas à perdre les gens d'esprit. Par exemple, nous n'imaginons pas ce qui pourrait arrêter un autre confrère, l'honorable et intrépide M. Piorry. A sa place, ce serait peu pour nous de nous acheminer vers la capitale des Espagnes, nous voudrions être naturalisé Espagnol. Apprenez, en effet, que l'une des attributions de la nouvelle académie consiste à composer un *dictionnaire technologique de la science médicale.* La technologie médicale, mais c'est l'œuvre particulière de M. Piorry; c'est sa propriété, c'est une partie de lui-même ! On ne comprend pas plus l'onomapathologie sans M. Piorry que le fruit sans l'arbre. Là donc où doit éclore ce fruit de science il faut que le savant professeur soit transplanté, — sans compter que le pays des mandolines et des romances nocturnes pourrait ne pas trop lui déplaire.

Dans l'ensemble, ces nouveaux statuts sont infiniment plus favorables à l'autorité et aux droits de la corporation que ne le sont les statuts français. Ainsi, l'Académie espagnole devra recueillir les matériaux d'une histoire de la médecine nationale, d'une vaste

récent nous avait fait éprouver. M. Charles Robin, dont le nom est une haute garantie en matière de rigueur scientifique, a reçu de M. Leroy de Mirecourt un échantillon de matière recueillie sur une paupière atteinte de coloration bleue, et il déclare deux choses : d'abord, que cette matière n'est constituée par aucune substance colorante artificielle; en second lieu, qu'elle renferme un principe colorant, de nature organique, analogue à celui des *urines bleues*. Ce résultat a, par lui-même, une très grande importance; car, d'une part, il ne laisse pas concevoir la voie par laquelle la supercherie serait parvenue à ses fins, et, d'autre part, il détruit en partie l'extraordinaire de l'affection décrite par notre confrère de Brest. En s'étonnant qu'il puisse sortir par la peau autre chose que les éléments du sang ou les produits normaux des glandes sudoripares et des follicules sébacés, on fait de l'explication possible du phénomène une condition indispensable de crédibilité. Or, on ne peut plus dire que le phénomène soit impossible du moment où, pour en avoir une théorie complète, il suffirait d'admettre (et nous nous en gardons bien quant à présent) la présence dans le sang, l'élimination ou même la formation par les glandes sudoripares, d'une substance déjà connue. Mais, ne sût-on rien de la nature du principe colorant de la chromocrinie, nous ne verrions encore là aucun motif suffisant, nous ne disons pas de suspicion — chose permise — mais d'incrédulité absolue. La suppuration *bleue* pourrait passer aussi pour un fait assez étrange, et l'on est parvenu pourtant à obtenir cristallisée la substance qui lui communique sa coloration.

Quand on songe au grand nombre de principes immédiats répandus dans l'économie et dont beaucoup sont encore mal déterminés; à l'existence *normale* de quatre ou cinq substances organiques colorantes, l'hématine, la biliverdine, la mélanine, l'urosacine; à la formation plus ou moins fréquente de substances colorées dans divers liquides, comme la matière colorante bleue du sang, le pigment brun du sang, l'hémacyanine, l'uroxanthine si abondante parfois dans la maladie de Bright, etc.; quand on songe enfin au peu de fixité de la couleur en général et notamment de celle des principes colorants immédiats, que la moindre oxydation suffit pour faire passer du jaune au bleu, et du bleu au rouge, comme la dernière des substances que nous venons de nommer, on envisage avec moins d'étonnement un suintement bleuâtre ou noirâtre à la surface de la peau (1). Nous comprenons très bien qu'on y regarde à deux fois, et nous-même, qui nous efforçons de faire ressortir la possibilité du fait, nous n'affirmerions pas le fait lui-même avec la même assurance que nous affirmons l'existence de l'ophthalmie ou de l'érysipèle; mais c'est la négation qui ne nous paraît pas être dans le droit de la critique. L'extraordinaire, après tout, n'est que l'inobservé, et il n'y a d'impossible que le contradictoire.

Pour notre part, nous avons beaucoup contribué à diriger l'attention de nos confrères vers cette question. Nous avons publié, à son sujet, des notes et des observations; et aujourd'hui même nous insérons (page 386) une lettre de M. Leroy de Méricourt, avec deux observations recueillies par un confrère naguère incrédule, et dont une est peut-être la plus complète, la plus inattaquable qui ait été encore enregistrée.

— Nous revenons en deux mots sur la dernière lecture de M. Littré. Nous regretterions de n'avoir pas exprimé le sentiment d'admiration que nous éprouvons pour cet esprit encyclopédique, en qui la force de conception égale le savoir, et de n'avoir pas rendu justice au grand intérêt de son étude hippocratique sur la paralysie angineuse. En même temps, nous serions fâché d'avoir passé sous silence une remarque déjà présentée par M. Dally dans le Moniteur des sciences; remarque qui laisse au travail de M. Littré toute sa valeur et tend seulement à agrandir le champ de la question. Le savant académicien s'est attaché à retrouver dans l'auteur hippocratique, comme éléments inséparables de la maladie, deux ordres successifs de phénomènes, à savoir : d'une part, l'expuition de matières *dures et sèches*, et, de l'autre, la paralysie et la nyctalopie. Or, plus l'observation s'étend, et moins il devient douteux que la paralysie ne puisse succéder à l'angine simple. Conséquemment, si M. Littré a eu raison de s'appliquer à saisir dans le texte les signes de diphthérite, parce que la diphthérite est, en effet, une condition très favorable à la production de la paralysie consécutive, il ne faut pas perdre de vue que toute paralysie, toute nyctalopie, toute amaurose, qui, dans Hippocrate ou ailleurs, se relierait à des symptômes d'angine, sans expuition de matières membraneuses, pourrait légitimement entrer dans le cadre de la nouvelle affection.

(1) Dans une note relative à la chromocrinie, insérée dans la Gazette des hôpitaux (n° du 6 juin 1861), M. Auzias Turenne, après le récit de deux faits qu'il n'a pu observer qu'incomplétement, émet l'avis que la matière colorante des paupières pourrait provenir d'un *déplacement partiel du pigment de l'œil*. Les paupières, dit-il, peuvent fournir anormalement du pigment « comme les aisselles de certaines femmes en état puerpéral donnent du lait. »

bibliographie et d'une géographie médicale; elle préparera la pharmacopée officielle, résoudra les questions de médecine légale pour lesquelles elle sera directement consultée par les tribunaux supérieurs; elle veillera enfin au bon ordre dans l'exercice de la profession. Avions-nous raison tout récemment de reprocher à notre Académie de faire trop bon marché de son autorité et de se complaire à restreindre son rôle?

Nous devons signaler encore une heureuse disposition qui fait passer dès l'âge de soixante ans, et sur leur demande, les membres titulaires au rang de membres honoraires. De la sorte, ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ne sont pas en mesure de remplir leur place avec zèle ne gênent plus par leur présence l'accession de nouveaux membres plus actifs, et, d'un autre côté, conservent les honneurs et les avantages moraux de la dignité académique.

Quant au reste des statuts, ils répètent à peu près ceux de notre Académie. C'est le privilége de la France de fournir aux nations étrangères des modèles dans toutes les choses de l'intelligence.

— Ne quittons pas l'Espagne sans féliciter le Sénat du décret du 5 mars, par lequel des pensions ont été instituées en faveur des veuves et des filles de médecins morts en soignant des cholériques. Nous n'avons pas l'espoir que jamais pareille mesure puisse être prise en France, et nous ne savons d'ailleurs s'il est désirable ici, au milieu du fort mouvement d'agrégation qui s'opère dans le corps médical, de voir le gouvernement s'emparer d'un intérêt professionnel de ce genre. Qui sait jusqu'à quel point l'initiative du corps médical ne s'énerveait pas dans les douceurs de cette sorte d'assistance publique? Nous préférons, quant à nous, prévoir le jour où les associations médicales seront assez puissantes pour disposer de fonds spéciaux pour cet objet.

— En Italie, de quoi s'occupe-t-on? Avant tout, de la maladie et de la mort de M. de Cavour. Est-ce *la maladie* ou *les maladies* qu'il faut dire? Y a-t-il lieu de croire, comme on le pourrait d'après les étranges correspondances des journaux politiques, que toute la science des médecins de Turin a été impuissante à établir un bon

C'est, du reste, une remarque applicable à plusieurs travaux modernes sur la paralysie angineuse, notamment à un mémoire, excellent à tous autres égards, que nous trouvons dans un journal de Catane, l'Etneo (t. Ier, 2e fascicule), et qu'on doit à M. Tomaselli. Ne considérant que l'angine diphthéritique, notre confrère ne voit dans ces accidents nerveux consécutifs que l'effet d'une intoxication, d'une adultération du sang. Cela est possible, mais il est clair que ce ne peut être là une explication suffisante de toutes les paralysies que l'angine amène à sa suite, puisque la nature diphthéritique du mal de gorge n'est pas une condition indispensable à la production de l'état paralytique ; ou, tout au moins, que les considérations par lesquelles on ramène l'angine coueuneuse au groupe des affections septiques n'ont plus de valeur appliquées à l'angine inflammatoire.

Sauf cette lacune, la dissertation de M. Tomaselli est remarquable par l'élévation de l'esprit critique et par l'exactitude de l'information. Ce n'est pas sans un certain étonnement et sans satisfaction qu'on voit les travaux de France, d'Angleterre, d'Allemagne, pénétrer ainsi dans un pays troublé, où la politique parle si haut qu'on la croirait volontiers capable de faire taire la science. Le mémoire a un autre mérite : il renferme le récit détaillé de deux cas de paralysie diphthéritique. Dans l'une de ces observations, il y a eu paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum, et l'on a observé tous les caractères que M. Duchenne (de Boulogne) attribue à la paralysie du diaphragme : dépression des hypochondres et de l'épigastre, avec dilatation de la poitrine dans l'inspiration ; resserrement de la poitrine et soulèvement de l'abdomen dans l'expiration. Dans ce même cas, s'était déclarée une violente douleur lombaire du côté droit, ayant le caractère névralgique.

— Puisque nous avons en main l'Etneo, nous y signalerons un autre travail du même auteur sur l'hémiplégie faciale.

L'inflammation des nerfs, la *névrite*, peut s'entendre de la phlegmasie du névrilemme ou de celle du faisceau nerveux ; mais dans le faisceau nerveux lui-même se rencontrent les prolongements celluleux qui séparent et enveloppent les filets, et l'on s'est demandé si le travail inflammatoire, quand il envahit un nerf dans son épaisseur, ne porte jamais que sur le névrilemme et le périnèvre, ou peut toucher la pulpe nerveuse. La solution n'est plus douteuse aujourd'hui. La substance même des nerfs a été trouvée rouge, ramollie, désagrégée, mêlée à des exsudats, infiltrée de pus, atteinte enfin des mêmes altérations que l'inflammation produit dans la pulpe du cerveau ou dans celle de la moelle épinière. M. Dubreuilh (de Montpellier) a publié sur ce point, il y a quinze ans, d'intéressantes recherches, et il est peu d'anatomopathologistes qui n'aient pas eu occasion de faire les mêmes observations.

Cela posé, existe-t-il, dans les annales de la science, des cas de paralysie faciale dans lesquels la névrite vraie et primitive du nerf de la septième paire ait été mise hors de contestation ? Nous n'en connaissons pas. M. Tomaselli comble-t-il cette lacune en publiant dans l'Etneo (t. 1er, fascic. 3) une observation intitulée : *Inflammation primitive de la septième paire ; paralysie consécutive ; induration du nerf ; guérison ?*

A ce titre seul, on peut présumer que le fait ne saurait vider la difficulté. En effet, le malade ayant guéri, qu'a-t-on pu constater ? Un ensemble de signes extérieurs de phlegmasie locale ; rien de plus. « La peau n'était pas rouge (à la sortie du trou stylomastoïdien), mais on apercevait un léger gonflement ; au toucher, pratiqué doucement, on sentait un cordon résistant, que la pression rendait très douloureux... » Assurément, la septième paire était enflammée, mais dans lequel de ses éléments anatomiques ? Une simple *névrilemmite* eût donné lieu exactement aux mêmes signes locaux, à la tension et à l'endolorissement du cordon.

Nous devons ajouter que, après avoir déduit lui-même des recherches de M. Dubreuilh la réalité de la névrite et laissé croire par là qu'il voulait fournir un exemple d'inflammation de la pulpe nerveuse, M. Tomaselli semble, dans l'exposé de son observation, n'avoir en vue que le cordon nerveux en masse, sans considération des éléments anatomiques. Mais, dans ces termes, nous ne pensons pas que la question soit autant en détresse que le suppose l'auteur, et que les praticiens attendent encore une observation d'hémiplégie faciale avec tension, endolorissement, inflammation enfin et inflammation *primitive*, du nerf de la septième paire. Nous en avons rencontré, pour notre part, plus d'un exemple ; et c'est à ces signes de phlegmasie que nous subordonnons l'emploi des évacuations sanguines locales, dont l'effet alors est d'amener la diminution rapide de l'hémiplégie.

— Nous trouvons, parmi les communications faites à la *Société obstétricale* de Berlin, une nouvelle observation de transfusion faite avec succès par M. le docteur Martin, dans un cas d'hémorrhagies utérines, chez une femme enceinte. Ce

---

diagnostic ? Que penser de saignées si nombreuses ? Sur tout cela, nous ne ferons qu'une remarque : les *bulletins* officiels, ceux que signaient les médecins, sont restés, quant à la nature et à la gravité de la maladie, dans un vague assez bien motivé, suivant nous. Un bulletin destiné au public n'est pas et ne doit pas être une feuille de diagnostic : il suffit d'y indiquer le caractère général, non du mal interne, mais des symptômes. De plus, il paraît aujourd'hui certain que nos confrères de Turin ne se sont jamais fait illusion sur la gravité des accidents ; mais la qualité du malade, dans l'état actuel de la politique européenne, leur commandait de ne répandre l'alarme qu'à la dernière extrémité, quand le danger, au lieu d'être simplement prévu, serait réel. Jusqu'ici, nous croyons qu'il serait difficile de caractériser sûrement l'affection à laquelle a succombé le grand homme d'État.

— *Paulo* minora *canamus !* Il est question d'établir à Turin un observatoire magnético-météorologique au sein duquel seront créées des sections spéciales pour l'astronomie, pour la physique, pour l'agriculture, pour l'hygiène, pour la médecine et pour la criminalité, dans leurs rapports avec les modifications de l'atmosphère. Pour ne faire ressortir qu'un seul des côtés utiles d'une pareille institution, signalons l'importance des documents qui ressortiront de l'étude des influences de l'état atmosphérique sur le nombre et sur la nature des crimes. Cette influence n'a jamais été bien précisée, à notre connaissance, et il n'est pas douteux que, mieux connue, elle ne fournisse de précieux éléments d'application à l'hygiène morale.

— Un congrès scientifique, auquel sont convoqués les savants de toutes les parties de l'Italie, sera bientôt tenu (à Naples, sans doute, puisque c'est de Naples que vient l'initiative), si les savants italiens répondent à la circulaire du *comitato napolitano promotore del ravvivamento dei congressi degli scienziati italiani*, signée par MM. G. Costa et Salvatore de Renzi. L'Italie a grand besoin de recevoir une impulsion scientifique un peu plus uniforme, de colliger des efforts individuels épars, et par suite sans autorité, sans

succès mérite d'autant plus d'être relevé qu'au moment où l'on fit la deuxième transfusion, la femme était dans un état tellement grave qu'elle tombait de syncope en syncope, et que le pouls de la radiale avait cessé complétement de se faire sentir à plusieurs reprises.

A la suite de cette communication, M. Martin, cherchant à préciser les contre-indications de la transfusion a surtout insisté sur ce fait qu'elle ne peut plus être d'aucune utilité lorsque déjà des épanchements considérables se sont produits dans les cavités séreuses.

— Les journaux allemands nous apportent, en outre, un fait remarquable, publié par M. Franque (de Wurzbourg), d'éclampsie puerpérale guérie par des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Ce moyen a déjà été employé avec succès, dans un cas analogue, par le professeur Scanzoni.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelles recherches sur la phonation, par Ch. Battaille, ancien interne et prosecteur d'anatomie à l'École de médecine de Nantes, professeur de chant au Conservatoire impérial de musique et de déclamation. Mémoire présenté et lu à l'Académie des sciences le 15 avril 1861.

(Suite et fin. — Voir le numéro 20.)

Physiologie. — Des expériences de Ferrein, Liscovius, Lehfeld et Müller, il résulte que le larynx est une anche membraneuse à deux lèvres. Telle est l'opinion de plusieurs physiciens comme Biot, Cagniard-Latour, Muncke, etc., de musiciens théoriciens comme Weber, etc., et de quelques physiologistes comme Magendie, Malgaigne, Longet, etc. Les expériences laryngoscopiques faites par Liston, Türck, Czermak, Semeleder, M. Garcia et moi-même, ne laissent plus désormais aucun doute à cet égard.

En effet, dans ces expériences, il ne s'agit plus de tissus privés de vie, mis en jeu par des moyens mécaniques, il s'agit d'un organe vivant, sollicité par des forces physiologiques, et présentant à l'œil toutes les phases d'un phénomène vital.

Dans les observations faites sur le cadavre, deux causes graves d'erreur pouvaient égarer et ont égaré les investigateurs.

La première résultait de la différence capitale qui existe entre les tissus morts et les tissus vivants.

La seconde, plus dangereuse, parce que l'on en tient moins compte, est l'irrésistible facilité avec laquelle on applique les lois de la physique à la physiologie.

Or, si l'on considère que les expériences laryngoscopiques permettent de constater *de visu* les fonctions de l'organe vocal pendant la vie, si l'on réfléchit que ces expériences ont été faites, à la fois, par d'habiles physiologistes et des chanteurs exercés, on comprendra comment est désormais mise hors de doute la vérité suivante :

*Le larynx de l'homme est une anche membraneuse à deux lèvres.*

On sait que le larynx est pourvu d'un *porte-vent*, la *trachée-artère* et d'un *porte-son*, *le vestibule de la glotte*, continué par le pharynx, et les cavités buccale et nasale.

Müller a démontré que toutes les parties situées au-dessus des ligaments vocaux ne prenaient aucune part à la génération du son.

Le laryngoscope confirme pleinement cette assertion.

Mais l'habile physiologiste prétend que la longueur de la *trachée-artère* ou *porte-vent* influe sur l'élévation ou l'abaissement du son, ce qui est une erreur.

En effet, tous les chanteurs exercés peuvent faire entendre des gammes descendantes pendant que la trachée artère s'allonge, et des gammes ascendantes pendant qu'elle se raccourcit. L'emploi de la voix *sombrée* qu'enseignent l'école de Garcia et celle de Duprez, démontre tous les jours dans nos théâtres que la longueur du porte-vent n'influe pas sur l'élévation ou l'abaissement du son.

C'est donc uniquement à la glotte, et, dans la glotte, aux ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs ou *ligaments vocaux*, qu'il faut attribuer la génération des sons de la voix humaine.

Les phénomènes principaux de la génération du son vocal sont au nombre de quatre, savoir :

L'*affrontement des aryténoïdes*, la *tension des ligaments vocaux*, leurs *vibrations*, et l'*occlusion progressive de la glotte en arrière*.

A. *Affrontement des aryténoïdes.* — En résumé : — 1° l'affrontement aryténoïdal est une condition absolue de la génération du son.

2° Il peut être intime ou avoir lieu à distance.

Dans le premier cas, les sons n'ont aucun éclat et sont limités aux degrés inférieurs de l'échelle vocale ; dans le second, les sons ont de l'éclat, et peuvent devenir de plus en plus aigus.

3° L'affrontement des aryténoïdes peut avoir lieu graduellement jusqu'aux limites antérieures des apophyses aryténoïdes.

4° L'affrontement intime ou non des aryétnoïdes, tout à fait en arrière, est dû aux muscles aryténoïdiens postérieurs obliques et transverse.

5° L'affrontement progressif des aryténoïdes tout le long de leurs apophyses est dû aux muscles crico-aryténoïdien latéral et thyro-aryténoïdien.

---

appui. L'unité italienne dans la science sera-t-elle une conséquence de l'unité italienne dans la politique? Nous aimerions à dire, en un sens, le contraire et à voir l'unité gouvernementale n'être qu'une conséquence irrésistible de l'unité intellectuelle... Mais le moment n'est pas encore venu où la théorie sera réalisée, car il en est des théories comme de la morale : *Vérité en deçà des Alpes, erreur au delà.*

Quoi qu'il en soit, l'Académie de médecine de Turin, en réponse à la proposition du comité napolitain, a décidé, dans sa séance du 12 avril, qu'il y avait lieu d'adhérer à cette proposition, et a émis le vœu que, le congrès ne pouvant se réunir à Rome, se réunisse à Bologne, et élise pour président général le comte Joachim Pepoli.

— En Angleterre, nous nous trouvons tout d'abord en présence de la grande querelle de la Compagnie des apothicaires et du Collége des physiciens, termes qui, en langage moderne, se traduisent par École de pharmacie et Faculté de médecine. On sait que, si nous avons les inconvénients d'une excessive centralisation de l'enseignement médical, d'une uniformité qui a quelque chose de *régimental*, nos voisins d'outre-Manche ont les inconvénients opposés ; les institutions et les lois s'entassent pêle-mêle, se contredisent et se choquent, grâce à une absence presque complète d'unité. Les universités fonctionnent et se gouvernent isolément, et de nombreuses corporations indépendantes confèrent des diplômes d'inégale valeur, mais de droits égaux, depuis le *New Medical Act* de 1858. A Londres, nous connaissons au moins quatre corporations qui jouissent de ce privilége; ce sont : l'Université, décernant le grade de bachelier ou de docteur; le Collége royal des médecins (*Physicians*); le Collége royal des chirurgiens et la Compagnie des apothicaires, dont les diplômes donnent droit à l'exercice de la médecine.

Or, cette dernière Compagnie prétendait avoir seule le droit de conférer le privilége légal de l'exercice de la pharmacie, et elle a introduit devant la cour du vice-chancelier une action légale à l'effet

6° L'affrontement des aryténoïdes par le tiers inférieur de leurs faces internes est dû au faisceau plan thyro-aryténoïdien, aux fibres internes du muscle crico-aryténoïdien latéral, et aux fibres inférieures de l'aryténoïdien postérieur transverse.

7° L'affrontement des aryténoïdes par les deux tiers supérieurs de leurs faces internes est dû aux muscles aryténoïdiens postérieurs obliques, thyro-aryténoïdien grêle, et aux fibres supérieures de l'aryténoïdien postérieur transverse.

B. — Les ligaments vocaux ne peuvent vibrer qu'à la condition d'être tendus, et leur tension a lieu à la fois en longueur et en largeur, j'ai trouvé :

1° Que les tensions inhérentes à chaque registre croissaient avec l'acuité des sons et diminuaient avec leur gravité ;

2° Que la tension longitudinale était en raison inverse de l'intensité du courant d'air, et en raison directe de l'occlusion de la glotte en arrière pour un son donné ;

3° Que cette tension était plus grande dans le registre de fausset, pour un même son ;

4° Quelle était toujours accompagnée, soit de la tension sous-glottique et de la tension ventriculaire, soit de la tension ventriculaire seule.

Ajoutons à ces conclusions :

1° Que la tension longitudinale est due aux muscles crico-thyroïdiens et aryténoïdiens postérieurs ;

2° Que la tension sous-glottique est due au *faisceau plan* thyro-aryténoïdien, et la tension ventriculaire aux fibres obliques internes ou *arciformes* du même muscle.

C. — On sait que les membranes tendues dans un seul sens sont soumises aux mêmes lois que les cordes pour ce qui concerne les changements de leurs sons.

Il résulte des expériences laryngoscopiques :

1° Que les ligaments vocaux vibrent à la manière des membranes tendues en tous sens ;

2° Que l'amplitude des vibrations est proportionnelle à l'étude de la surface vibrante ;

3° Que cette amplitude n'est pas égale partout ;

4° Que la région sous-glottique des ligaments vocaux ne vibre d'une manière spéciale que dans le registre de poitrine ;

5° Que le larynx vibre dans tous ses éléments, et entraîne dans ses vibrations la trachée-artère et les parois thoraciques.

Pour ce qui regarde l'occlusion progressive de la glotte en arrière, on peut conclure :

1° Qu'elle a pour but de donner aux sons tout l'éclat dont ils sont susceptibles, et de concourir avec la tension ligamenteuse à leur élévation, en diminuant en arrière l'étendue de la surface vibrante ;

2° Qu'elle est produite d'abord par le contact progressif des aryténoïdes : ensuite par la contraction des fibres insérées au bord libre des ligaments vocaux, et appartenant au bord supérieur du faisceau plan thyro-aryténoïdien ;

3° Qu'elle est constante dans la production des sons éclatants, ce qui amène à diviser la glotte, d'après M. Longet, en glotte *intercartilagineuse* ou *interaryténoïdienne*, et glotte *interligamenteuse*.

En traçant cette esquisse rapide de la génération du son dans son ensemble, j'ai dû omettre de nombreux détails.

Pour éclaircir et compléter ma démonstration, je vais suivre pas à pas, et à fond, la manifestation du phénomène vocal sur toute l'étendue de l'échelle diatonique dans les deux registres.

En résumant tout ce qui est relatif à l'action musculaire dans les registres de poitrine et de fausset, on trouve :

*Par rapport aux deux registres :* — 1° Que la tension longitudinale des ligaments vocaux est due aux muscles crico-thyroïdien, aryténoïdiens postérieurs, transverse et oblique ;

2° Que la tension ventriculaire est due aux fibres *arciformes* du tyro-aryténoïdien ;

3° Que l'occlusion tout à fait postérieure de la glotte est due aux muscles aryténoïdiens transverse et oblique et au thyro-aryténoïdien grêle ;

4° Que le contact des extrémités ténues des apophyses aryténoïdes, est dû principalement au bord supérieur du *faisceau plan* thyro-aryténoïdien ;

5° Que l'occlusion de la glotte au delà des extrémités apophysaires est due aux fibres supérieures du *faisceau plan* qui s'insèrent au bord libre des ligaments vocaux.

*Par rapport au registre de poitrine.* — 1° Que la tension sous-glottique des ligaments vocaux est due au faisceau plan thyro-aryténoïdien ;

2° Que l'affrontement des aryténoïdes, par le tiers inférieur de leurs faces internes, est dû aux fibres inférieures du *faisceau plan* et aux fibres internes du crico-aryténoïdien latéral ;

Que l'affrontement progressif des apophyses aryténoïdes est dû à la contraction successive des fibres horizontales, obliques internes et externes du thyro-aryténoïdien, en même temps qu'à celle des fibres internes, moyennes et externes du crico-aryténoïdien latéral.

*Particulièrement au registre de fausset.* — 1° Que la forme ellipsoïde de la glotte est engendrée par le relâchement du *faisceau plan* thyro-aryténoïdien, par la traction des fibres *arciformes* thyro-aryténoïdiennes, par l'écartement des sommets des apophyses aryténoïdes, résultant de l'action du muscle aryténoïdien postérieur ;

2° Que l'affrontement des aryténoïdes, par les deux tiers supérieurs de leurs faces internes, est dû aux fibres supérieures de

---

d'empêcher le Collége des médecins de délivrer des diplômes de *general practionner*. Un *general practionner* est un médecin qui joint la vente des médicaments à l'exercice de la médecine ; le Collége des médecins n'a pas eu de peine à prouver que les chartes de 1509 et de 1522 leur garantissaient le privilége de réformer leurs statuts à leur guise, et que si, à la vérité, ils avaient renoncé à la vente des médicaments, si même ils l'avaient interdite à leurs membres, ils n'en avaient pas pour cela perdu le droit de la leur restituer, ce qu'ils ont cru devoir faire par une résolution du 18 avril 1860.

Malgré les conclusions du procureur général, le vice-chancelier a donné tort aux apothicaires, et désormais les *Physicians*, qui, jusqu'à ce jour, s'étaient tenus au-dessus de leurs rivaux en s'interdisant le commerce, se mettent spontanément à leur niveau. Cette modestie, cette humilité, prouvent tout simplement à quel degré de *nécessité* le corps médical en est venu à Londres. Il est évident que si les *physicians* avaient su conserver leur rang scientifique, ils n'eussent point été obligés d'ajouter à leurs revenus les profits qui résultent de la vente des médicaments, et l'eussent abandonnée aux trois autres corporations.

En France, la loi permet ou plutôt ne défend pas le cumul, pourvu qu'il s'exerce avec la garantie de deux diplômes distincts (1). Mais, chose remarquable, personne n'use de la licence ; et ceux qui bénéficient à la fois de la pratique de la médecine et de celle de la pharmacie le font en contrevenant à la loi ou en l'éludant. Ainsi quelques pharmaciens donnent des consultations dont l'avantage le plus clair est d'écouler leurs sirops ou leurs pilules ; certains médecins se mettent à la solde des pharmaciens, et tâtent le pouls dans une arrière-boutique.

Les soi-disant homoeopathes eux-mêmes se font parfois scrupule de déposer leurs globules sur la table de nuit du malade. Nous disons *parfois ;* le plus souvent, en effet, ils portent avec eux leur sac à malice, et donnent gratuitement le spécifique, qui peut être ceci ou cela, sans que personne n'en sache jamais rien. C'est

(1) Le cumul était aboli dans le projet de M. Salvandy.

l'aryténoïdien postérieur transverse, aux aryténoïdiens obliques, et au thyro-aryténoïdien grêle;

3° Que l'affrontement progressif des apophyses aryténoïdes est dû à la contraction successive des fibres obliques internes et externes du thyro-aryténoïdien, en même temps qu'à celle des fibres moyennes et externes du crico-aryténoïdien latéral;

4° Que le redressement des parois du vestibule de la glotte est dû, en arrière, aux aryténoïdiens obliques et aux fibres supérieures de l'aryténoïdien transverse; sur les côtés, aux fibres *paraboloïdes* ou obliques externes du thyro-aryténoïdien, aux fibres aryténo-épiglottiques, quand elles existent, et au thyro-aryténoïdien grêle.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS PHYSIOLOGIQUES.

Les faits physiologiques qui viennent d'être présentés se partagent naturellement en deux ordres.

En effet, les uns constituent des phénomènes apparents, saisissables, plus ou moins essentiels à la phonation, en un mot, des aphorismes physiologiques, dont les autres sont la cause cachée.

Cette double condition phénoménale m'a conduit à résumer en deux catégories la totalité des faits observés, sous le titre de *lois physiologiques* et d'*actions musculaires*.

LOIS PHYSIOLOGIQUES. — Elles sont relatives à cinq faits principaux, savoir :

L'affrontement des aryténoïdes, la tension des ligaments vocaux, leurs vibrations, l'occlusion de la glotte en arrière, l'accroissement et la diminution dans la force des sons.

A. — *Affrontement des aryténoïdes.* — 1° L'affrontement des aryténoïdes est une condition absolue de la génération du son.

2° Il peut être intime ou avoir lieu à distance.

3° L'affrontement intime met en contact les faces internes des aryténoïdes; il ferme d'un seul coup ou graduellement la glotte intercartilagineuse, et détermine l'éclat du son.

4° L'affrontement intime et gradué peut avoir lieu, soit par les deux tiers supérieurs, soit par le tiers inférieur des faces internes aryténoïdiennes.

5° Il peut augmenter ou diminuer dans toute la longueur des apophyses aryténoïdes.

6° Il concourt à l'élévation ou à l'abaissement du son.

7° L'affrontement à distance ne peut engendrer le son qu'à la condition d'un écartement très léger des ligaments vocaux. Il laisse ouverte la glotte intercartilagineuse et détermine des sons étouffés, limités aux degrés inférieurs de l'échelle vocale.

B. — *Tension des ligaments vocaux.* — 1° Les ligaments vocaux peuvent être tendus à la fois en longueur et en largeur.

2° La tension longitudinale et la tension latérale externe ou *ventriculaire* coexistent toujours; la tension latérale interne ou *sous-glottique* n'intervient pas directement dans la génération du registre pe fausset.

3° Les tensions inhérentes à chaque registre sont en raison directe de l'acuité des sons.

4° Les tensions longitudinales et ventriculaires sont plus grandes dans le registre de poitrine que dans le registre de fausset.

C. — *Vibration des ligaments vocaux.* — 1° Les ligaments vocaux vibrent à la manière des membranes tendues en tous sens.

2° Leur région sous-glottique ne vibre d'une manière spéciale que dans le registre de poitrine.

3° Leur région ventriculaire et leur bord libre vibrent dans les deux registres.

4° L'amplitude des vibrations est en raison directe de l'intensité du courant d'air et de l'étendue de la surface vibrante.

5° La rapidité des vibrations est en raison directe de l'acuité des sons.

6° Le larynx vibre dans tous les éléments, et entraîne dans ses vibrations la trachée-artère et les parois thoraciques.

D. — *Occlusion de la glotte en arrière.* — 1° Elle diminue en arrière l'étendue de la surface vibrante.

2° Son étendue est toujours en raison directe de l'acuité des sons.

3° Elle est constante dans la production des sons éclatants.

4° Elle peut augmenter ou diminuer graduellement, non-seulement dans toute la longueur des apophyses aryténoïdes, mais encore au delà des extrémités apophysaires.

5° Elle peut augmenter ou diminuer graduellement, les aryténoïdes étant affrontés par les deux tiers supérieurs ou par le tiers inférieur de leurs faces internes.

6° Elle est, relativement au même son, plus considérable dans le registre de poitrine que dans le registre de fausset.

E. — *Accroissement et diminution dans la force des sons.* — 1° La tension longitudinale est en raison *inverse* de l'intensité du courant d'air pour chaque son.

2° L'intensité du courant d'air est en raison inverse du degré d'occlusion de la glotte en arrière pour chaque son.

3° L'intensité du son est en raison directe de l'amplitude des vibrations et de l'intensité du courant d'air.

ACTIONS MUSCULAIRES. — Elles peuvent être communes aux registres de poitrine et de fausset, ou particulières à chacun d'eux.

A. — *Actions communes aux deux registres.* — 1° La tension longitudinale des ligaments vocaux est due aux muscles crico-thyroïdiens et aryténoïdiens postérieurs.

2° La tension latérale externe ou *ventriculaire* est due aux fibres obliques internes ou *arciformes* du thyro-aryténoïdien.

3° L'occlusion tout à fait postérieure de la glotte est due aux muscles aryténoïdiens postérieurs et au thyro-aryténoïdien grêle.

4° L'occlusion de la glotte par les extrémités ténues des apophyses aryténoïdes est due principalement au bord supérieur du *faisceau plan* thyro-aryténoïdien.

---

là un fait grave, nous en convenons, mais exceptionnel dans notre pays, régulier en Angleterre, et sur lequel nous serions heureux de voir la presse médicale anglaise exprimer quelque avis conforme au nôtre.

— Il y a quelques mois, une députation de zoophiles britanniques vint trouver l'Empereur pour le supplier de mettre obstacle aux expériences sur les animaux, principalement aux vivisections. La prière fut prise en considération, et tout récemment un arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, arrêté pris, si nous sommes bien informé, sans enquête ni avis préalable des écoles vétérinaires, est venu interdire dans les écoles et les expériences physiologiques et les études de médecine opératoire sur les animaux vivants. Nous savons que M. le directeur de l'école d'Alfort s'emploie activement à mieux éclairer l'autorité sur les besoins impérieux de la science, et à provoquer le retrait ou la modification de l'arrêté. On n'ignore pas que la médecine opératoire, étudiée dans nos Facultés sur le cadavre, l'est, dans les écoles vétérinaires, sur des animaux vivants. Voilà ce qui a surtout irrité la fibre délicate des Anglais. Il s'agit de faire comprendre au ministre que l'impossibilité de maintenir immobiles les animaux qu'on opère, surtout ceux de grande taille, crée dans la pratique des difficultés. Ces difficultés, il faut s'y habituer à l'école si l'on ne veut pas les rencontrer dans la pratique, où, engageant la responsabilité, et portant sur des animaux précieux, elles auraient de plus graves inconvénients. Il est d'ailleurs à remarquer que, dans beaucoup de cas, l'usage du chloroforme étant applicable aux opérations de la pratique, peut l'être également aux opérations d'études.

En attendant, la Société protectrice des animaux (*Society for the Prevention of cruelty to Animals*) a tenu un meeting spécial contre les vivisections, et le révérend lord Auckland, évêque de Bath et de Wills, y a prononcé un discours où l'on apprend que les découvertes faites à l'aide des vivisections par John Hunter, A. Cooper, Ch. Bell, docteur Reid, sont d'une mince importance, qui ne peut justifier en rien les cruautés au prix desquelles elles ont été achetées. Plus loin, le révérend lord, faisant allusion à l'affreuse maladie (un cancer de la langue) à laquelle a succombé

5° L'occlusion de la glotte au delà de l'extrémité antérieure des apophyses aryténoïdes est due aux fibres du *faisceau plan* insérées au bord libre des ligaments vocaux.

B. — *Actions particulières au registre de poitrine.* — 1° La tension latérale interne ou *sous-glottique* est due au *faisceau plan* thyro-aryténoïdien.

2° L'affrontement progressif des aryténoïdes par le tiers inférieur de leurs faces internes est dû aux fibres inférieures du *faisceau plan*, aux fibres obliques internes et externes du thyro-aryténoïdien, et au crico-aryténoïdien latéral.

C. — *Actions particulières au registre de fausset.* — 1° La forme ellipsoïde de la glotte est engendrée par le relâchement des fibres inférieures du *faisceau plan* et des fibres internes du crico-aryténoïdien latéral, par la tension des fibres obliques internes ou *arciformes* du thyro-aryténoïdien, enfin par les fibres moyennes et supérieures de l'aryténoïdien postérieur, qui écarte les sommets apophysaires.

2° L'affrontement des sommets aryténoïdaux est dû aux fibres moyennes et supérieures de l'aryténoïdien postérieur transverse, à l'aryténoïdien oblique, et au thyro-aryténoïdien grêle.

3° L'affrontement progressif des aryténoïdes par les deux tiers supérieurs de leurs faces internes, est dû aux fibres obliques internes et externes du thyro-aryténoïdien, ainsi qu'aux fibres moyennes et externes du crico-aryténoïdien latéral.

4° Le redressement plus marqué des parois du vestibule de la glotte est dû, en arrière, aux aryténoïdiens postérieurs; sur les côtés aux fibres obliques externes du thyro-aryténoïdien, au thyro-aryténoïdien grêle, et aux fibres aryténo-épiglottiques quand elles existent.

### Conclusions générales.

Si l'on examine d'un coup d'œil et dans leur ensemble les phénomènes de toute sorte exposés dans ce mémoire, on les voit se grouper autour de trois d'entre eux, capitaux, corrélatifs, et directement essentiels à la génération des sons de la voix humaine.

Ces trois phénomènes, qui constituent ce qu'on pourrait appeler le *trépied vocal*, sont :

La tension des ligaments vocaux, l'occlusion de la glotte en arrière, et le courant d'air phonateur.

Ils sont essentiels et corrélatifs à ce point que, l'un d'eux venant à faire défaut, la phonation est impossible.

Je sais, et j'ai dit que l'on peut obtenir des sons à l'aide de la tension et du courant d'air seulement, la glotte étant légèrement ouverte dans toute sa longueur; mais je rappellerai que le résultat ainsi obtenu est presque de l'aphonie, et se borne à une série très limitée de sons tellement pénibles qu'on les doit considérer comme en dehors de la phonation.

Je diviserai donc mes conclusions générales en trois paragraphes, affectés successivement à la tension des ligaments vocaux, à l'occlusion de la glotte en arrière, et au courant d'air phonateur, et je résumerai chacun de ces trois phénomènes au double point de vue du mécanisme qui les engendre, et des résultats issus de ce mécanisme.

### § A. — Tension des ligaments vocaux.

A. *Mécanisme générateur.* — La tension des ligaments vocaux est à la fois antéro-postérieure et latérale.

Les causes de la tension antéro-postérieure résident dans les cartilages cricoïde, thyroïde, aryténoïdes, dans les articulations de ces cartilages entre eux, et dans les muscles crico-thyroïdiens, et aryténoïdiens postérieurs.

En effet, les ligaments vocaux sont étendus entre le thyroïde et les aryténoïdes; mais comme les aryténoïdes sont fixés au cricoïde, qui les entraîne dans les mouvements, c'est en réalité à l'aide du thyroïde et du cricoïde que s'opèrent les neuf dixièmes de la tension longitudinale.

L'articulation crico-thyroïdienne permet un mouvement de bascule par lequel le cricoïde se meut antérieurement de bas en haut vers le thyroïde, tandis qu'il entraîne en arrière par sa partie postérieure les aryténoïdes et les ligaments vocaux qui s'y attachent. De son côté, l'articulation crico-aryténoïdienne permet aux aryténoïdes des mouvements obliques d'avant en arrière et de dehors en dedans, qui déterminent également une traction antéro-postérieure.

Le muscle crico-thyroïdien, agissant de bas en haut, disposé en faisceaux d'inégale longueur, détermine, soit d'un seul coup, soit graduellement, le mouvement basculaire du cricoïde.

De leur côté, les muscles aryténoïdiens postérieurs attirent légèrement en arrière les aryténoïdes, et l'attache postérieure des ligaments vocaux. Néanmoins, il faut dire que dans cette circonstance ces muscles ont pour but principal de maintenir les ariténoïdes.

Les causes de la tension latérale diffèrent dans la région sous-glottique et dans la région ventriculaire des ligaments vocaux.

Relativement à la région sous-glottique, si l'on se rappelle que la membrane vocale est très solidement fixée au bord supérieur du cricoïde, que la traction longitudinale donne au bord libre des ligaments une certaine fixité, on comprendra comment la région intermédiaire à ces deux points, devenant convexe par la rigidité du faisceau plan thyro-ariténoïdien, subit une tension démontrée du reste par l'observation laryngoscopique.

La région ventriculaire est tendue de la manière suivante :

Les fibres *arciformes* ou obliques internes du thyro-aryténoïdien deviennent rectilignes de courbes qu'elles étaient, développent à la manière d'un éventail, et entraînent au dehors la membrane, fixée en dedans au bord libre des ligaments par le bord supérieur du faisceau plan, qui est tendu en longueur.

B. *Résultats.* — 1° Les ligaments vocaux sont tendus en longueur et en largeur.

---

Reid, a présenté les douleurs auxquelles cet illustre savant a été en proie comme une punition pour les tortures qu'il avait infligées aux créatures brutes. Ah! monseigneur, en fait de cruauté vous valez un vivisecteur : celle-là est assez forte. Tenez, si vous avez des larmes de trop, gardez-les pour l'*expérience* suivante :

Un médecin de Davenport, le docteur E.-J. Fountain, a succombé à la suite d'expériences faites, non plus sur des animaux, mais sur lui-même, pour étudier l'action du chlorate de potasse. Une dose trop forte, d'une once, dit-on, fut suivie rapidement d'accidents toxiques mortels. M. Fountain avait à peine atteint sa trente-troisième année.

— Nous sommes peu partisan de l'assimilation des emplois de médecins militaires aux grades des officiers de l'armée; il y a, à notre sentiment, incompatibilité de dignité entre les médecins et les soldats, à ce point que nous trouvons les médecins toujours dépréciés et qu'en général les militaires les trouvent toujours trop bien traités. En France, le prétexte des autorités militaires est tiré de la qualification de *non combattants;* en Angleterre, il est sans doute tiré de la naissance ou de la fortune des médecins; néanmoins, le décret royal du 1er octobre 1858 (voir *Gaz. hebd.*, 1859, n° 6) assigne aux médecins de l'armée anglaise un rang supérieur à celui qu'ils possèdent en France : le chirurgien-major (sans distinction de classe) est assimilé au major, tandis qu'en France il ne jouit de ce rang que lorsqu'il appartient à la première classe. De plus, le grade inférieur des médecins commissionnés correspond à celui de capitaine et les médecins auxiliaires à celui de lieutenant. Or, les journaux anglais jettent feu et flammes, parce que lord Herbert a décidé que les chirurgiens-majors ne prendraient rang qu'à la suite des majors et non parmi eux, selon la date de leur promotion.

Ce qu'il y a de curieux dans cet incident, c'est la violence des réclamations et même des injures à l'adresse du ministre qui a rendu ce décret, de bien peu d'importance comme on le voit. Nous recommandons entre autres deux lettres de The Lancet, signées

2° La tension en longueur et la tension latérale externe ou *ventriculaire* ont toujours lieu; la tension latérale interne ou *sous-glottique* peut disparaître et disparaît en effet dans le registre de fausset.

3° La tension totale ou partielle met les ligaments en état de vibrer.

4° Comme elle peut être augmentée ou diminuée par gradations insensibles, elle permet aux ligaments d'engendrer tous les sons de la voix humaine, du grave à l'aigu, et réciproquement.

5° Elle peut en augmentant et en diminuant compenser pour sa part les effets de l'intensité ou de la faiblesse du courant d'air, et permettre l'accroissement ou la diminution de la force du son sur chaque degré de l'échelle vocale.

§ B. — OCCLUSION DE LA GLOTTE EN ARRIÈRE.

A. *Mécanisme générateur.* — La glotte se ferme en arrière dans sa portion intercartilageuse, et dans une certaine étendue de sa portion interligamenteuse.

L'occlusion de la glotte intercartilagineuse résulte, à la fois, de l'articulation des aryténoïdes avec le cricoïde, de la conformation des faces internes des aryténoïdes, et de l'action des muscles thyro-aryténoïdiens, crico-aryténoïdiens latéraux et aryténoïdiens postérieurs.

L'articulation crico-aryténoïdienne permet aux aryténoïdes un mouvement oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière, qui rapproche leurs bases, et un mouvement de rotation sur eux-mêmes, qui affronte graduellement leurs apophyses d'arrière en avant.

Les faces internes des aryténoïdes, légèrement convexes de haut en bas, permettent à ces cartilages de s'affronter très intimement et graduellement, soit par le tiers inférieur, soit par les deux tiers supérieurs de ces mêmes faces internes.

Les muscles thyro-aryténoïdiens et crico-arythénoïdien latéraux produisent l'affrontement progressif.

Les muscles aryténoïdiens transverse et obliques déterminent l'affrontement tout à fait postérieur des aryténoïdes.

Si cet affrontement a lieu par le tiers inférieur des faces aryténoïdiennes internes, il est dû aux fibres horizontales inférieures du thyro-aryténoïdien, aux fibres internes et moyennes du crico-aryténoïdien latéral, et aux fibres inférieures de l'aryténoïdien transverse.

S'il a lieu par les deux tiers supérieurs des faces sus-nommées, il est produit par les fibres obliques internes et externes du thyro-aryténoïdien, par les fibres moyennes et externes du crico-aryténoïdien latéral, par les fibres moyennes et supérieures de l'aryténoïdien transverse, par les aryténoïdiens obliques, et par le thyro-aryténoïdien grêle.

L'occlusion partielle de la glotte interligamenteuse est due aux fibres supérieures horizontales du muscle thyro-aryténoïdien, insérées sur le bord libre des ligaments vocaux.

B. *Résultats.* — 1° La glotte peut se fermer en arrière dans toute sa portion intercartilagineuse, et dans une certaine étendue de sa portion interligamenteuse.

2° Cette occlusion peut augmenter ou diminuer graduellement.

3° Elle augmente ou diminue l'étendue de la surface vibrante, et concourt ainsi à la production des sons graves ou aigus.

4° Elle peut, en augmentant ou en diminuant, compenser pour sa part les effets de l'intensité ou de la faiblesse du courant d'air, et permettre l'accroissement ou la diminution de la force du son sur chaque degré de l'échelle vocale.

5° L'affrontement progressif des aryténoïdes peut s'opérer tantôt par le tiers inférieur des faces aryténoïdiennes internes, ce qui a lieu dans le registre de poitrine, tantôt par les deux tiers supérieurs de ces faces, ce qui a lieu dans le registre de fausset.

C. *Courant d'air phonateur.* — L'air attiré par l'inspiration dans la poitrine et poussé avec une certaine force par l'expiration contre les ligaments vocaux, préalablement tendus, détermine le son vocal.

Je ne décrirai point ici le mécanisme respiratoire destiné à la phonation, attendu qu'il demande une étude actuellement étrangère à mon but.

Je me contenterai d'en exposer les résultats :

1° Le passage d'un courant d'air ayant une énergie voulue, à travers les ligaments vocaux affrontés et tendus, les détermine à entrer en vibration.

2° L'accroissement d'intensité du courant d'air peut concourir à l'élévation du son, en augmentant la tension des ligaments.

3° Pour un même son, l'accroissement d'intensité du courant d'air détermine une tension moins forte des ligaments et une plus grande ouverture de la glotte en arrière.

4° Tendus en tous sens, les ligaments vibrent à la manière des membranes tendues en tous sens.

5° L'intensité du son et l'amplitude des vibrations sont en raison directe de l'intensité du courant d'air.

CONSIDÉRATIONS DIVERSES.

*Fasciculation des muscles.* — Je ne saurais trop insister sur la disposition en faisceaux commune à tous les muscles intrinsèques du larynx. Je crois qu'on n'en a jamais assez tenu compte.

Elle est la source certaine de cette faculté merveilleuse que possède la voix humaine de parcourir, en un instant, les degrés les plus minimes de l'échelle vocale, et de charmer l'oreille par l'assemblage rapide des sons les plus divers. Elle joue, en outre, un rôle considérable dans la production des registres de poitrine et de fausset.

*Double emploi des muscles.* — Les muscles intrinsèques ont tous pour commune mission de mouvoir les cartilages du larynx.

Ainsi, d'une part, le crico-aryténoïdien postérieur écarte les aryténoïdes que rapprochent les aryténoïdiens postérieurs, le

---

l'une *Common honesty*, l'autre *One of the duped*, et dans lesquelles on accuse le gouvernement de Sa Majesté de manquer grossièrement de parole, d'être indigne de la confiance du public, de manquer de stabilité et d'honnêteté, etc.

— Une mesure plus grave est celle qui met en demi-solde 29 médecins militaires dont les services seraient devenus inutiles depuis la paix. Il ressort, en effet, des explications données à la chambre des communes par M. Baring que les régiments de 800 hommes comptaient trois médecins et que l'un d'eux au moins n'avait absolument rien à faire, et ne pouvait, par conséquent, trouver l'occasion de se perfectionner dans sa profession. Tel a été l'argument suprême de M. Baring : *There was not a proper opportunity for them all to improve themselves in their profession.* N'est-ce pas touchant?

— On vient de rétablir à l'Université de Cambridge le grade de maître en chirurgie (*Master in Surgery*), qui confèrera les mêmes privilèges universitaires que le degré de maître ès arts. Que pensez-vous de cette restauration d'antiques usages, et croyez-vous que l'Angleterre songe à *uniformiser* les grades médicaux?

— Un banquet, présidé par l'illustre professeur Owen, a eu lieu à Londres le 25 avril dernier pour célébrer la fondation d'un *Dental hospital:* 140 médecins ou dentistes y ont assisté ; une école spéciale pour les maladies des dents, délivrant des diplômes de dentiste et autorisée par le Parlement, a été annexée à l'hôpital. Le collége des chirurgiens a reconnu officiellement la nouvelle institution, qui, dans le cours de la première année, a donné des soins à 4,612 malades, a pratiqué 5,573 opérations, et a recueilli récemment près de 8,000 fr. de souscriptions. Quand on obtiendra en France de pareils résultats par la seule action de l'initiative privée, il y aura lieu de croire que notre race aura subi de profondes modifications. Les dentistes n'ont pas même une société à Paris, alors qu'ils ont à Londres un hôpital, une école, et qu'ils ont créé la science *odontologique*!

crico-aryténoïdien latéral et le thyro-aryténoïdien ; de plus, ces trois muscles font pivoter les aryténoïdes sur eux-mêmes.

Le crico-thyroïdien fait basculer le cricoïde.

D'autre part, le thyro-aryténoïdien est destiné à tendre en largeur les ligaments vocaux, à l'aide de ses fibres sous-glottiques et ventriculaires, et le crico-thyroïdien se joint aux aryténoïdiens postérieurs pour déterminer la traction antéro-postérieure.

CONCORDANCE DES FAITS OBSERVÉS AVEC LES PRINCIPAUX PHÉNOMÈNES DU CHANT. — Rappelons d'abord les caractères distinctifs de chacun des registres.

Dans le registre de poitrine, la glotte est linéaire, l'accolement gradué des aryténoïdes a lieu par le tiers inférieur de leurs faces internes, les ligaments vibrent dans leurs trois régions, et la tension est plus forte que dans le registre de fausset, pour un même son.

Dans le registre de fausset, la glotte est plus ou moins de forme ellipsoïde, plus ouverte en arrière que dans le registre de poitrine, pour un même son ; la tension sous-glottique n'existe pas, les tensions antéro-postérieure et ventriculaire sont plus faibles, pour un même son, que dans le registre de poitrine ; enfin l'accollement progressif des aryténoïdes a lieu par les deux tiers supérieurs de leurs faces internes.

Maintenant examinons quelques-uns des phénomènes principaux du chant, l'étendue de la voix de poitrine, par exemple.

Cette étendue est très variable, et je vais expliquer pourquoi.

L'occlusion progressive de la glotte en arrière concourt avec la tension longitudinale à l'élévation du son. Or, cette occlusion est due d'abord à l'affrontement des aryténoïdes, ensuite aux fibres horizontales supérieures du thyro-aryténoïdien insérées sur les ligaments vocaux. Il s'ensuit que, pendant toutes les phases progressives de l'affrontement aryténoïdien, l'élévation du son sera facile. Mais il s'ensuit aussi qu'au delà, surtout si les fibres insérées aux ligaments sont faibles ou absentes, l'élévation du son ne sera plus effectuée que par la tension longitudinale.

Cela revient à dire que l'étendue de la voix de poitrine doit dépendre 1° de la longueur des apophyses aryténoïdes, de l'étendue et de la force de contraction permises aux muscles crico-thyroïdiens, c'est-à-dire du volume du larynx ; 2° de la présence ou de l'absence des fibres thyro-aryténoïdiennes insérées aux ligaments vocaux, du nombre et de la force de ces fibres, c'est-à-dire d'une disposition anatomique variable avec les sujets, et aussi rare que précieuse.

En effet, tous les chanteurs dont la voix de poitrine est très étendue possèdent des apophyses aryténoïdes développées en longueur et des larynx volumineux ; de plus, ils emploient pour élever le son une tension en longueur relativement moins considérable, ce qui fait supposer que l'occlusion de la glotte en arrière s'opère, chez eux, dans une plus grande étendue.

Au contraire, chez les femmes et les enfants, dont les apophyses sont courtes et le larynx peu développé, la voix de poitrine est peu étendue et nécessite une tension longitudinale relativement plus forte.

On sait que les voix d'homme et de femme affectent des types de sonorité différents, qui les ont fait désigner sous les noms de voix de *basse taille*, de *baryton*, de *ténor*, de *soprano*, de *contralto*.

Pour une oreille exercée, il n'y a pas de confusion possible entre ces types divers. Autant vaudrait confondre le son d'une contre-basse avec celui d'un violoncelle, et le son d'une clarinette avec celui d'un hautbois.

Ces différentes sonorités résultent des variétés de grosseur, de densité, de structure intime qu'affectent les ligaments vocaux chez les différents sujets.

Par parenthèse, c'est pour cette raison qu'il faut classer les voix, non pas d'après leur étendue, mais d'après le caractère de sonorité qui leur est propre.

L'un des phénomènes les plus curieux de la voix humaine est, sans contredit, la coexistence de deux registres distincts, à la fois superposés et enchevêtrés, de telle sorte que l'un dépassant l'autre vers l'aigu en est dépassé vers le grave.

Or, les lois physiologiques que j'ai essayé d'établir sont en harmonie complète avec le phénomène ci-dessus.

D'abord j'ai dit que l'occlusion de la glotte en arrière élevait le son de poitrine concurremment avec la tension ligamenteuse.

Supposons que j'émette le son de poitrine *fa*$^3$ : la glotte intercartilagineuse est fermée dans toute sa longueur, et les ligaments vocaux sont tendus dans leurs trois régions.

Je passe subitement au *fa*$^3$ de fausset.

La région sous-glottique se relâche, c'est-à-dire que l'étendue de la surface vibrante diminue d'un bon tiers dans sa région la plus épaisse. Je n'aurai donc plus besoin pour produire le son *fa*$^3$ d'une tension aussi grande, puisque j'ai désormais affaire à une membrane plus étroite et plus mince.

Aussi avons-nous vu que la tension longitudinale diminuait en cette circonstance.

Simultanément l'ouverture de la glotte s'est accrue en arrière.

Or, si le champ de la tension longitudinale a augmenté ; si, d'autre part, grâce à l'accroissement postérieur de l'ouverture glottique, je puis encore affronter les aryténoïdes, il me sera permis de dépasser en voix de fausset le son *fa*$^3$ de tout ce qui me reste de tension et d'occlusion à employer.

Si je transporte l'expérience aux limites supérieures de la voix de poitrine, elle sera encore bien plus convaincante, et de plus, à cet endroit, elle servira à expliquer certaine maladresse des chanteurs inexpérimentés qui n'ont pas appris à maintenir le registre de poitrine dans son intégrité, et chez lesquels la disparition subite de la tension sous-glottique détermine l'accident connu sous le nom de *couac*.

Maintenant comment le registre de fausset disparaît-il en bas avant la fin du registre de poitrine ? Je vais l'expliquer.

A mesure que l'on arrive aux sons les plus graves du fausset, la

---

— La *Ladies' Sanitary Association*, dont nous avons dit quelques mots dans notre dernière revue à l'étranger, prend des proportions colossales. Un second meeting a été tenu à Londres le 23 mai sous la présidence de l'évêque d'Oxford, assisté de l'évêque de Londres, de l'earl de Shaftesbury, et d'un grand nombre de membres du parlement et de médecins. Du rapport qui a été présenté, il résulte que la Société a distribué gratuitement 138,500 brochures sur *l'air frais*, sur *l'eau pure*, sur *les vêtements*, sur *l'élève des petits enfants* (*how to manage a baby*), etc. Ce sont les dames qui se chargent de remettre et d'expliquer les petits livres. Un membre du comité, madame Fiston, a consacré tout son temps à propager les *tracts* et à faire à Manchester des *lectures* qui ont eu le plus grand succès. Près de 9,000 fr. ont été souscrits ; la dépense s'est élevée à environ 7,000 fr. Le comte de Shaftesbury a proposé, et l'assemblée a adopté, la résolution suivante que nous adoptons à notre tour : « Qu'une grande partie des maladies et de la mortalité précoce de ce pays résultant de l'ignorance des lois de la santé, les efforts de l'association méritent les plus grands encouragements. »

— L'Association générale des médecins de France doit des remerciments à M. le docteur Nusser, qui, dans la dernière séance annuelle du Collége des médecins de Vienne, en a fait connaître l'esprit et l'organisation à ses collègues, et les a vivement engagés à imiter l'exemple de leurs confrères de ce côté du Rhin. Quel que soit le résultat de cette initiative, l'allocution prononcée par M. Nusser prouve que les diverses sociétés partielles qui existent à Vienne sont loin de satisfaire aux besoins du corps médical. Nous en trouvons encore la preuve dans un autre passage de ce discours, où l'orateur a protesté avec une éloquente indignation contre le charlatanisme et l'abus indécent des réclames dont certains médecins ne rougissent pas de se rendre coupables.

Chose étrange et à peine croyable, il s'est trouvé un journal (le *Fremdenblatt*) qui a vivement incriminé cette partie du discours de M. Nusser. Était-il possible de fournir un argument plus puissant à l'avocat d'une organisation dont une fonction essentielle découle de la triste nécessité de veiller à l'honorabilité professionnelle ?

ALIQUIS *frères*.

tension ligamenteuse s'affaiblit, la glotte s'ouvre en arrière de plus en plus.

Le son cesse au moment où l'écartement des ligaments est trop considérable, et la tension trop faible pour qu'il y ait vibration.

Or, le son de poitrine correspondant à ce point du registre de fausset rétablit une tension et un affrontement suffisants pour engendrer de nouveau les vibrations.

En expliquant comment le registre de poitrine est dépassé en haut par le registre de fausset, et le dépasse en bas, j'ai suffisamment éclairci le phénomène de coexistence des deux registres sur la partie moyenne de l'échelle vocale, il serait donc superflu de m'appesantir spécialement sur ce phénomène.

Je termine ici les recherches que j'ai faites relativement à la génération des sons de la voix humaine.

Ces recherches constituent la première partie d'un ouvrage ayant pour titre : *De l'enseignement du chant*, lequel sera publié incessamment en entier.

---

## III.

## CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

### Nouveaux cas de chromocrinie

Très honoré confrère,

Au moment où la majorité de l'Académie de médecine exprimait par son vote qu'elle désirait être plus amplement édifiée sur la réalité des faits servant de base à mon mémoire sur la *chromocrinie*, je recevais, sous forme de lettre, les deux observations suivantes, que je vous prie de vouloir bien accueillir avec la bienveillance à laquelle vous m'avez habitué.

L'histoire de la maladie que je m'efforce d'introduire dans le cadre nosologique entre aujourd'hui dans une nouvelle phase : ce ne sont plus exclusivement des jeunes femmes que mes incrédules adversaires sont continuellement portés à accuser de supercherie ; il s'agit, cette fois, de deux hommes dont l'âge, la position sociale, le caractère, éloignent, *à priori*, toute idée de simulation possible. Je suis dès lors amené à reconnaître, et je m'empresse de le faire, que je m'étais trompé en formulant trop hâtivement cette conclusion : « La chromocrinie est une maladie spéciale aux femmes depuis la puberté jusqu'à la ménopause ». (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 30 novembre 1859, p. 617.) J'avoue hautement que la relation qui m'avait paru exister, le plus ordinairement, entre le phénomène de la sécrétion colorée et les troubles de la menstruation perd beaucoup de sa valeur, que ma théorie étiologique reçoit, par suite, une rude atteinte ; non-seulement je m'en console facilement, sachant le compte qu'il faut tenir des théories en médecine, mais encore j'éprouve une véritable satisfaction à voir des faits aussi intéressants relever l'erreur dans laquelle j'étais tombé en présence de l'extrême fréquence relative de la coloration anormale des paupières chez les femmes, jusqu'aujourd'hui du moins.

Les deux observations suivantes ont été recueillies avec l'exactitude rigoureuse qu'apporte dans tous ses travaux un des professeurs les plus estimés de nos écoles; elles ont été rédigées par celui de nos collègues qui, à l'égard de nos cas de *chromocrinie*, il y a quelques mois à peine, égalait encore en scepticisme MM. Barth, Depaul et Roger. Elles contiennent des détails les plus précis, et seront, j'aime à le croire, du plus grand poids près de ceux qui désirent, sans passion ni parti pris, savoir à quoi s'en tenir sur cette question.

Voici la lettre de M. A. Duval, chirurgien en chef au port de Brest :

« Mon cher confrère,

» Vous le savez, lorsque, après quatorze années d'absence de ma ville natale, je revins m'asseoir près de vous, c'est avec un sourire d'incrédulité que je vous parlais de votre coloration des paupières. Je vous croyais trompé par les filles d'Ève, et j'avoue, en toute sincérité, avoir conservé plus que des doutes, même après la lecture de la lettre de notre bon et cher Fonssagrives (*Gazette hebdomadaire*, 18 mai 1860).

» S'il vous en souvient, malgré mon amitié pour vous, je ne pus m'empêcher de vous attaquer; si je vous regardais comme au-dessus de toute suspicion, je pensais cependant que vous aviez pu être victime de votre bonne foi. Je devais bientôt être puni et forcé de m'incliner devant deux faits; je vous dois donc maintenant pleine et entière réparation.

» Aujourd'hui, il n'est plus question de jeunes filles, de jeunes dames auxquelles on puisse supposer l'envie d'imiter les femmes du nord de l'Afrique et d'une grande partie de l'Asie, qui, pour faire ressortir la transparence de leur sclérotique, augmenter la limpidité de leur regard, se noircissent les paupières inférieures avec le *henné*, les préparations de cobalt, etc., etc. Deux hommes honorables, occupant dans la société de belles positions, dont l'un, officier supérieur de la marine, est père d'enfants bientôt officiers à leur tour, ont été atteints de votre *chromocrinie* (à fait nouvellement observé, il faut un nom nouveau). *J'ai cru alors*, et je vous l'ai dit, ressentant toutefois un malin plaisir (l'homme est ainsi fait), en venant contrarier, tout en rendant hommage à la vérité, une des conclusions de votre bon et sérieux travail. Je devais vous adresser, quelques jours plus tôt, les deux observations en vous autorisant à les publier, mais j'ai voulu obtenir auparavant l'assentiment de mes deux vieux amis et clients. L'un recule encore, malgré son âge, devant la publication de son nom, mais consent très bien à celle de l'observation de sa maladie. Le second, dans une lettre qui m'arrive à l'instant, après m'avoir rappelé plusieurs détails, m'écrit : « Je ne dois pas me préoccuper de ce qui pourrait advenir de la publication de mon *nom*. Je n'ai point eu une maladie qu'on doive cacher; je suis guéri, Dieu merci, de mes *pochades* aux yeux, et si vous pensez que, dans l'intérêt de la science, le fait mérite d'être signalé, je vous autorise à l'entourer de tous les caractères d'authenticité désirables. »

Obs. I. — M. César Pradier, capitaine de frégate, âgé de quarante-huit ans, d'un tempérament sanguin, grand, très vigoureux, s'est presque constamment bien porté sous toutes les latitudes du globe, jusqu'en 1859. Le 16 juin de cette même année, commandant la corvette *la Meuse*, et se trouvant à Rochefort, il fut pris d'un accès de fièvre dont la durée fut de vingt-six heures, et dont les symptômes du stade de chaleur furent tels qu'il eut à craindre un de ces accès pernicieux dont, en sa qualité de marin, il avait été si souvent à même d'être témoin. Le lendemain, un peu alarmé, il retourne à son bord, et, en l'absence de son chirurgien major, il prend, dans un flacon de la pharmacie de la corvette, une cuillerée à bouche, bien remplie, de sulfate de quinine; dans la soirée du 17, il redoubla cette dose; le 18, il éprouve une agitation considérable, des tintements d'oreille, de la céphalalgie, une surdité incomplète, mais très appréciable. Vers quatre heures de l'après-midi, il prend une nouvelle dose, mais moindre. La fièvre ne revint pas. M. Pradier resta plusieurs jours dans un état de faiblesse considérable, qui se prononçait surtout dans les articulations des membres inférieurs. La vision, qui avait été parfaite, devint moins nette de près, et il fut obligé, pour accomplir ses nombreux devoirs de commandant, d'avoir recours à des lunettes de presbyte, qu'il conserva pendant plusieurs mois.

Sentant très bien la marche lentement progressive de l'anémie, M. Pradier n'aimait pas à parler des symptômes qu'il éprouvait, et qu'il n'a jamais hésité à rapporter à la dose inconnue, mais certainement considérable, de quinine qu'il avait prise. Pendant l'hiver de 1860, qu'il passa à naviguer dans la Manche, où il eut beaucoup à souffrir des mauvais temps, il fit usage, sans grande amélioration, de limaille de fer porphyrisée et de fer réduit. Cet agent détermina vers le front une éruption furonculeuse de peu de durée. Au mois de mai 1860, il fut appelé à Lorient, près de sa femme, qui était atteinte d'une affection très grave et fort douloureuse. Pendant bien des nuits, il veilla près d'elle, lorsqu'une issue funeste vint mettre fin aux fatigues qu'il eut à supporter; le sommeil ne reparut point. La faiblesse augmenta, les pleurs étaient devenus souvent involontaires; l'appétit avait disparu; une sensation de brûlure existait dans les yeux; bientôt des picotements assez vifs et fort pénibles eurent lieu dans la région orbitaire. Le malade éprouvait la sensation d'un gravier, qui déterminait un clignotement involontaire. C'est vers le milieu de juin qu'il s'aperçut que les paupières inférieures devenaient noires; le

demi-cercle coloré qui entourait les yeux n'a jamais dépassé les angles palpébraux que de 3 à 4 millimètres; mais plusieurs fois les taches grandirent au point d'occuper une partie des joues.

Lorsqu'il frottait la zone colorée, ou lorsque j'exécutais moi-même cette petite opération, à l'aide d'un mouchoir blanc, le linge était taché d'une sorte d'efflorescence noire, ressemblant à une fine poussière de charbon. La coloration n'était pas plus intense le matin qu'à une autre partie de la journée. Mais j'ai remarqué, comme le malade a pu le faire lui-même, que cette sorte de sécrétion augmentait avec une grande rapidité (une fois après 20 minutes) sous l'empire d'une impression un peu vive ou d'une discussion animée.

A trois reprises différentes, j'ai constaté qu'après avoir nettoyé avec soin les paupières qui ne conservaient plus que cette teinte bistrée si commune chez les sujets fatigués par les excès ou la maladie, *la coloration reparaissait*, et alors, *j'ai vu* la matière noire s'accumuler sensiblement à l'angle interne de l'œil, près de la caroncule lacrymale et se concréter en petites masses. C'est même en examinant une d'elles au microscope, que je crus reconnaître les caractères d'une organisation rappelant l'oïdium de la vigne.

Cette sécrétion anormale alarmait d'autant plus mon ami qu'aux symptômes déjà décrits s'étaient ajoutées des palpitations de cœur fréquentes; un amaigrissement assez considérable était difficilement masqué par une suffusion légère de tout le corps ainsi que de la face. Il ne pouvait, un instant, rapporter l'origine de ces taches noires à un dépôt de poussière de charbon, comme cela arrive journellement à bord des batiments à vapeur, pendant qu'on embarque le combustible. Outre les soins minutieux qu'il a toujours pris de sa personne, le début de ce phénomène bizarre avait lieu trois mois après la fin de son commandement, et il avait son maximum d'intensité lorsqu'il vint me retrouver à Brest, le 29 septembre 1860. Il a toujours été porté à attribuer cette étrange coloration à la maladie principale aggravée par les fatigues d'un hiver rigoureux, et surtout par le chagrin profond qui est venu l'accabler.

Je conseillai à M. Pradier de solliciter son envoi, pendant l'hiver, à la station thermale d'Amélie-les Bains. M. Lecœur, médecin principal, institua un traitement, et lui ordonna un bain de quinze minutes et une douche de dix minutes. Lui-même dirigea les douches sur les paupières fermées avec force, en mettant la main sur l'orifice du conduit, de manière à n'obtenir sur les paupières que l'action d'un très mince filet d'eau. Le malade passait ensuite quelques minutes dans une salle d'aspiration. M. Pradier est resté convaincu que ce sont les lotions sulfureuses qui, en dix-huit jours, ont fait complétement disparaître la coloration anormale. M. Lecœur aurait examiné la matière noire au microscope, et aurait également admis l'existence d'un végétal parasite. Comme je l'ai dit plus haut, j'avais eu la même pensée, mais je crains d'avoir été induit en erreur par la présence des fibrilles du linge qui m'avait servi à recueillir la matière noire.

Depuis la fin de décembre, M. Pradier est guéri; je l'ai revu le 27 mai 1861; l'état normal des paupières persiste.

Obs II. — M. de C....., de haute taille, ayant peu d'embonpoint, pâle, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament nerveux, marié depuis onze ans, ayant eu quatre enfants, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet 1860. A cette époque, se trouvant momentanément à Angers, il fut atteint d'accès de fièvre qui furent considérés comme intermittents. Au quatrième accès, de larges plaques d'urticaire survinrent et ne disparurent définitivement que trois semaines après. M. de C..... revint chez lui un peu affaibli, non-seulement par le traitement qui avait consisté surtout en purgatifs, mais aussi par un flux hémorrhoïdal considérable qui dura plus d'une semaine. Sa santé paraissait devoir se rétablir complétement, lorsqu'au mois de septembre, étant à Rennes, des symptômes d'embarras gastro-intestinal se montrèrent. 1 gramme d'ipéca d'abord, puis, quelques jours plus tard, 0,05 centigrammes d'émétique lui furent administrés. L'affection ne fut pas enrayée, et il offrit cet ensemble de symptômes auquel, dans la pratique, on donne généralement le nom de fièvre muqueuse Cet état morbide dura jusqu'au 20 octobre, sans avoir présenté des caractères alarmants. Malgré les soins assidus et éclairés de son médecin, la santé ne se rétablit pas complétement; vers le 1er décembre, après avoir fait usage de dragées de Gélis et Conté, à la dose de 8 par jour et avoir eu un nouveau flux hémorrhoïdal, la coloration noire des paupières se manifesta et offrit les mêmes caractères que chez M. Pradier. Ce déplorable phénomène affecta profondément M. de C....., il refusa de voir ses amis, et se détermina à faire le voyage de Brest, dans le but de me consulter. Je l'ai observé du 20 au 27 décembre. Je prescrivis comme traitement, l'usage du vin de quinquina, et j'insistai sur l'emploi des ferrugineux. Je l'ai revu le 15 mai dernier; il n'y a pas d'amélioration sensible, si ce n'est dans l'état général, mais les paupières demeurent colorées en noir.

» Voilà, mon cher confrère, les deux observations *vraies*, faciles à vérifier dans tous leurs détails, que je me fais un devoir et un plaisir de vous communiquer. Je désire vivement qu'elles puissent contribuer à porter la conviction dans l'esprit des hommes, si éminents d'ailleurs, qui ont combattu les légitimes conclusions du rapport de l'honorable M. Gibert.

» Tout à vous, A. Duval. »

Qu'il me soit permis de témoigner ici toute ma reconnaissance pour le bon sentiment qui a dicté cette lettre à mon cher confrère A. Duval. J'aime à penser avec lui qu'il atteindra le but qu'il s'est proposé.

J'ai eu occasion de rencontrer moi-même à Brest, au mois de septembre dernier, M. le commandant Pradier, et j'avais pu, à distance seulement il est vrai, apprécier l'intensité de la coloration noire, et constater l'analogie qu'elle présentait, quant à la teinte et à la disposition des taches, avec les cas observés uniquement, jusqu'alors, chez des femmes. Au mois de mai de cette année, j'eus l'avantage de causer avec cet officier supérieur, alors guéri. Il eut la bonté de me rapporter une partie des détails relatés plus haut. Il appela surtout mon attention sur le résultat auquel serait arrivé M. le docteur Lecœur, par l'examen microscopique. J'avoue qu'il me serait fort difficile de partager l'opinion de cet honorable confrère. D'abord ayant moi-même fort souvent soumis la matière exsudée, noire ou bleue, au microscope, je n'ai jamais pu reconnaître autre chose que des corpuscules colorés tout à fait amorphes, de grosseur et de forme très variables. Tout à fait au début de mes études sur la chromocrinie, moi aussi, j'avais été vivement impressionné, j'avais cru également saisir des traces d'organisation d'un végétal parasite; mais je ne tardai pas à reconnaître que les filaments entrelacés sur les parois desquels étaient fixées des granulations colorées qu'on aurait été tenté de prendre pour des sporules, n'étaient que les fibrilles du tissu qui avait servi à essuyer les paupières. Ne me fiant pas à mon habileté comme micrographe, j'ai eu recours au talent bien connu d'algologues distingués, MM. Crouan frères, qui ne reconnurent aucune trace d'organisation. Plus tard, MM. Rouget et Balbiani, pendant leur séjour à Brest, arrivèrent au même résultat en soumettant au microscope de la matière colorante qu'ils recueillirent eux-mêmes sur les paupières d'un de nos malades. Enfin, je viens de soumettre, ces jours-ci, à M. Ch. Robin, qui fait autorité quand il s'agit de pareilles recherches, des verres chargés de matière colorante. J'ai toujours eu soin, depuis ma première méprise, de laver les paupières à l'aide d'un pinceau à aquarelle, n'ayant jamais servi, trempé dans de la glycérine très pure et incolore; c'est une goutte exprimée de ce pinceau qui me sert pour l'examen microscopique.

Un argument d'un autre genre s'élève contre la probabilité de l'existence d'un végétal parasite, c'est la spontanéité, la rapidité d'apparition et d'accroissement de la teinte noire ou bleue, sous l'influence de toute cause susceptible d'augmenter momentanément la vascularisation de la peau de la face et des paupières en particulier, ce qui indique très nettement l'intervention d'un acte physiologique, d'une sécrétion dont l'activité est subordonnée à la quantité de sang qui anime les tissus siége de cette *anomocrinie*. Ce n'est ni en une heure, ni même en deux, que des végétaux parasites pourraient se reproduire après avoir été, même incomplétement, enlevés; ce n'est pas en vingt minutes que la teinte qu'ils donneraient à la peau pourrait acquérir une intensité croissante, manifeste pour tout observateur.

Grâce au concours bienveillant des hommes qui, comme vous, très honoré confrère, voudront bien contribuer à favoriser l'étude de cette curieuse maladie, la science ne tardera pas à posséder des notions satisfaisantes sur ce phénomène qui, bien que paraissant sortir des lois de la physiologie pathologique, n'en est pas moins *réel*, et présente tout autant d'intérêt, au moins, que la maladie bronzée, par exemple. Bien que niés ou vivement contestés au début, les faits que j'ai étudiés un des premiers en France, finiront, j'en ai le ferme espoir, par recevoir une sanction éclatante.

Agréez, etc. A. Leroy de Mirecourt.

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE. — *Étude sur la commotion produite par les courants électriques*, par M. *C.-M. Guillemin*. (*Comm.:* MM. Becquerel, Regnault, Despretz.) — Voy. *Gaz. hebd.*, n° 22, p. 346.

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur les corpuscules organisés qui existent en suspension dans l'atmosphère. — Examen de la doctrine des générations spontanées*, par M. *L. Pasteur*. — L'auteur expose dans ce travail différentes méthodes pour démontrer que toutes les productions organisées des infusions (préalablement chauffées) ont pour origine les corpuscules qui existent en suspension dans l'air atmosphérique.

Il traite de l'action comparée de la température sur la fécondité des spores des mucédinées, des germes qui existent en suspension dans l'atmosphère, et du mode de nutrition des ferments proprement dits, des mucédinées et des vibrioniens. (*Comm.:* MM. Chevreul, Milne Edwards, Decaisne, Regnault, Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Développement de mucédinées dans des dissolutions salines sursaturées; remarques présentées à l'occasion d'une communication récente de M. Terreil*, par M. *V. Jodin*. — Il résulte de l'expérience décrite dans cette note qu'une végétation mycodermique de *Penicellium glaucum* s'est développée dans des tubes contenant de l'eau saturée de sulfate de soude cristallisé et de sucre candi.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur la circulation fœtale*, par M. *Wanner*. (*Comm.:* MM. Flourens, Bernard.)

HYGIÈNE. — M. *Paris* soumet au jugement de l'Académie la description et la figure d'un appareil qu'il désigne sous le nom de *masque hygiénique*, appareil destiné aux ouvriers qui sont exposés par leur profession à aspirer des particules tenues en suspension dans l'air, particules dont l'introduction dans les poumons peut être suivie de conséquences graves. (*Commission du prix dit des arts insalubres.*)

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements des Basses-Pyrénées, du Nord, de la Meuse et de la Haute-Loire. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Le rapport de M. le docteur *Allard* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre) pendant l'année 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Buignet*, agrégé à l'École de pharmacie, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie. — *b*. Une note en anglais sur le traitement de l'urémie dans le choléra, par M. le docteur *James Ratton*. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Mayer*, accompagnant l'envoi d'un nouveau modèle de son *inhalateur*. Les modifications apportées à cet appareil peuvent se résumer ainsi : 1° adjonction d'une embouchure qui embrasse les lèvres ; 2° allongement de l'entonnoir de manière à plonger dans le liquide médicamenteux ; 3° division du tube en deux pièces s'adaptant au moyen d'une rondelle de caoutchouc. (*Comm.:* MM. Louis, Rostan, Michel Lévy ) — *d*. Relativement à la présentation des canules à ailettes mobiles faite dans la séance du 4 juin, M. *Mathieu* met sous les yeux de l'Académie un instrument analogue qu'il a construit pour M. le docteur *Chassaignac* il y a plus de trois ans. Cet instrument est connu et a été publié sous le nom de l'auteur.

*Lectures.*

CHROMHIDROSE. — M. *Robin* lit une note *sur la matière colorante de la chromhidrose.*

Après avoir cité l'extrait d'une lettre de M. Leroy de Méricourt décrivant les procédés employés pour recueillir la matière colorante sur un des sujets de son service atteint de chromocrinie, M. Robin rend compte du résultat de son examen et constate tout d'abord l'homogénéité de cette substance, homogénéité qui éloigne à elle seule l'idée de la présence d'une matière colorante artificielle, telle que le bleu de Prusse ou l'indigo, qui, au microscope, sont formés de granules solides plus ou moins fins, mais ordinairement plus gros que ceux du pigment de l'homme à l'état normal.

M. Robin prouve ensuite que cette substance ne saurait être de l'encre, et il la rapproche de la matière des urines bleues, appelée *cyanurine* par Braconnot. Celle-ci se dépose également à l'état de granules ou de corpuscules solides au fond des vases contenant l'urine, en laissant toutefois à celle-ci une coloration d'un brun verdâtre ou bleuâtre plus ou moins foncé. Cependant, ainsi que M. Robin a pu le constater plusieurs fois, et récemment encore, sur des urines qui lui avaient été remises par M. le docteur Grob, ces corpuscules, formés de cyanurine, sont ordinairement d'un bleu indigo plus franc que celui de la matière envoyée par M. Leroy de Méricourt.

Des nombreux caractères différentiels que M. Robin a reconnus à la matière colorante de la chromhidrose, il y a donc lieu de conclure que la substance, provenant d'un malade qui a été le sujet de l'une des observations de M. de Méricourt, n'est pas étrangère au corps humain et qu'elle est analogue à la cyanurine. Pour ceux qui savent quel est le nombre des glandes sudoripares plongées dans le tissu adipeux sous-cutané ; pour ceux qui ont examiné comment leur conduit s'ouvre à la surface du corps, après avoir traversé le derme et l'épiderme, il ne peut rester douteux, en face des observations de M. Bousquet (de Saint-Chinian), de M. Leroy de Méricourt, etc., que c'est de l'orifice de ces glandes qu'*ils ont* vu sourdre les gouttelettes noires se séchant bientôt, à la manière d'un vernis, à la surface de la peau *des paupières et des joues*.

La production pathologique de ce principe colorant, dit en terminant M. Robin, ne saurait être contestée, et sa formation par les glandes de la sueur n'est, sous aucun rapport, plus étonnante que celle de la cyanurine.

Quant au mécanisme intime et aux conditions essentielles de sa formation, il serait prématuré de les rechercher, fût-ce par expérience et, à plus forte raison, par hypothèse, tant que nous ne connaîtrons pas au moins les particularités correspondantes relatives à la production de la biliverdine dans le foie et d'autres matières colorantes normales encore... On ne peut donc que regretter de voir les *Mémoires de l'Académie* privés du travail le plus complet qui ait été publié sur cette forme remarquable de chromocrinie.

TOXICOLOGIE. — M. *Jules Lefort* lit une note intitulée : *Études chimiques et toxicologiques sur la morphine, suivies d'observations sur son passage dans l'économie animale.*

Des faits consignés dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que, dans aucun cas, on ne doit se servir de charbon pour décolorer les liqueurs dans lesquelles on se propose de rechercher la morphine ;

2° Que le mode opératoire indiqué par M. Stas pour isoler les alcalis végétaux n'est pas applicable à la morphine, celle-ci étant insoluble dans l'éther ;

3° Que la réaction de l'acide nitrique sur la morphine ne peut acquérir de la valeur qu'à la condition de corroborer d'autres résultats plus concluants ;

4° Que les sels de sesqui-oxyde de fer sont des réactifs très sûrs pour découvrir la morphine, mais seulement lorsque l'alcaloïde est solide ou en solution concentrée ;

5° Que l'acide iodique employé seul n'est pas un réactif certain pour déceler l'existence de la morphine ; mais, si on fait intervenir en même temps l'ammoniaque, on obtient des colorations qui n'appartiennent qu'à cette base végétale ;

6° Que l'acide iodique et l'ammoniaque accusent la morphine dans un liquide qui n'en contient que 1/10000° ;

7° Que l'emploi du papier sans colle présente l'avantage d'ob-

tenir la morphine à l'état solide, disséminée sur une large surface, et de mettre plus en évidence les réactions qu'elle produit avec les divers agents chimiques servant à la caractériser;

8° Que la morphine ingérée d'une manière continue, à dose élevée comme à dose faible, peut se retrouver dans l'urine, tandis que la sueur n'en présente pas de traces. (*Comm.:* MM. Briquet, Wurtz et Bouchardat.)

MÉDECINE. — M. *Bouchut* lit un mémoire intitulé : *De la contagion nerveuse et de l'imitation*. Voici les conclusions de ce travail :

1° Il existe une contagion nerveuse qui a pour origine l'*imitation;*

2° La contagion nerveuse constitue un cinquième genre dans les maladies épidémiques, les quatre premières étant formées par les contagions virulente, miasmatique, purulente et parasitaire ;

3° A la contagion nerveuse se rapportent les épidémies de névroses convulsives et la propagation de certaines névroses mentales;

4° La contagion nerveuse réclame de l'hygiène un régime sanitaire spécial, renfermant deux ordres de prescriptions, les unes personnelles aux malades, les autres relatives à la société d'où ils sortent ;

5° Les moyens applicables à l'individu sont l'isolement et l'intimidation ;

6° Les mesures relatives à la société sont essentiellement prophylactiques et consistent dans la dispersion des foyers épidémiques, dans l'intimidation exercée sur les gens qui ne sont pas malades, enfin dans la restriction apportée à la publicité non scientifique de nos infirmités morales. (*Comm.:* MM. Rostan, Baillarger et Beau.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCES DES 5 ET 12 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

BEC-DE-LIÈVRE AVEC ANOMALIE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. — ÉPITHÉLIOMA DE LA MACHOIRE. — TUMEUR PAPILLAIRE DU VOILE DU PALAIS. — CATARACTE CAPSULAIRE. — GANGRÈNE DU TESTICULE ET DE L'INTESTIN DANS UNE HERNIE INGUINALE. — INFILTRATION SANGUINE D'UN TENDON. — TOPIQUE A LA GLYCÉRINE ET A L'AMIDON.

Il y a quelque temps, M. *Richet* montrait à la Société de chirurgie un enfant nouveau-né qui, en même temps qu'un bec-de-lièvre à la lèvre supérieure, présentait à la lèvre inférieure un vice de conformation qui jusqu'à présent n'a jamais été observé que dans le cas de bec-de-lièvre. Cette anomalie consistait dans la présence de deux petits canaux obliques convergeant vers la houppe du menton, et dont les orifices supérieurs, placés à égale distance de la ligne médiane, sur le bord libre de la lèvre, étaient distants l'un de l'autre d'à peu près un centimètre. Les canalicules dont il s'agit étaient capables d'admettre un stylet fin, et au moment où l'orbiculaire des lèvres se contractait, on voyait un petit bourrelet muqueux se former à leur orifice, par lequel s'échappait un peu de mucus filant. Le même enfant, présenté à la Société par M. Richet, a été plus tard, par suite de circonstances inutiles à rappeler, opéré par M. Depaul. Le bec-de-lièvre auquel il fallait remédier était compliqué d'une saillie assez notable de l'os intermaxillaire. M. Depaul reséqua cet os; mais il se fit tout à la fois par la plaie cutanée et à la surface de l'os incisif reséqué une hémorrhagie en nappe qui, après avoir résisté à l'action du perchlorure de fer, ne céda qu'à l'application de stylets chauffés à blanc. L'enfant parut d'abord se remettre de cet accident, ses forces revenaient un peu, quand il fut pris de convulsions et mourut.

La curieuse disposition de la lèvre inférieure put être étudiée à loisir sur la pièce anatomique. M. *Depaul* a fait cette étude, et en a communiqué les résultats. Les deux conduits rampent sous la couche musculeuse de la lèvre inférieure, et ne sont que les conduits excréteurs d'une multitude de petites glandes salivaires. Les glandes les plus nombreuses et les plus visibles (quelques-unes ont plus de 2 millimètres de diamètre) sont placées immédiatement sous la peau. Ce sont de petites glandes en grappe dont les conduits excréteurs sont les affluents des canaux anormaux de la lèvre inférieure. Quelques glandes plus petites et plus rares déversent aussi leur produit dans ces canaux, et sont placées sous la muqueuse.

Il ne faut pas trop s'étonner, a fait observer M. *Béraud*, que ces glandes anormales se trouvent presque toutes sous la peau. Il est vrai que régulièrement c'est dans le tissu sous-muqueux que se rencontrent les glandules salivaires de la lèvre ; mais il n'est pas très rare non plus d'en rencontrer un assez grand nombre qui sont sous-cutanées. M. Béraud a remarqué plusieurs fois cette disposition ; il l'a même fait dessiner, et l'anatomie pathologique est venue confirmer ses observations, en lui montrant des tumeurs des lèvres qui n'étaient dues qu'à l'hypertrophie des glandes salivaires sous-cutanées.

M. *Guersant* n'a pas laissé passer l'insuccès de M. Depaul sans en faire un argument contre les opérations hâtives, qu'il a combattues plusieurs fois déjà devant la Société de chirurgie. On sait que M. Guersant veut qu'on n'opère les becs-de-lièvre, et surtout les becs-de-lièvre compliqués, qu'à une époque de la vie où l'enfant est plus à même de résister à une opération. Il veut qu'on attende au moins l'âge de sept ou huit mois. Peut-être l'enfant opéré par M. Depaul n'aurait-il pas été affaibli par une hémorrhagie au point d'en mourir, s'il avait été opéré plus tard.

M. *Depaul* ne veut pas répéter tous les arguments qui ont été produits à la Société de chirurgie, et qu'il y a produits lui-même, en faveur de l'opération hâtive ; il voudrait seulement que M. Guersant ne parût pas oublier les succès nombreux obtenus par tous les chirurgiens qui sont dans l'habitude d'opérer les becs-de-lièvre simples ou compliqués dans les premiers temps qui suivent la naissance. En présence de ces succès, un insuccès ne signifie plus rien ; les insuccès de M. Guersant eux-mêmes ne modifient en rien la question. Quant à l'hémorrhagie incriminée, elle constitue un accident rare, puisque M. Depaul ne l'a observée qu'une fois dans plus de trente opérations de ce genre.

— M. *Verneuil* a communiqué, au nom de M. *Azam* (de Bordeaux), l'observation d'un épithélioma du maxillaire inférieur qui a nécessité la résection de cet os, résection faite avec succès sur un homme âgé de cinquante-neuf ans. La tumeur enlevée par M. Azam, d'origine très ancienne, avait pour cause première un traumatisme exercé il y a trente ans. A cette époque, un fragment d'os, gros comme une demi-fève, avait été arraché en même temps que la dernière molaire. La joue était restée tuméfiée, et cette espèce de fluxion chronique, sans douleur et sans suppuration, durait encore vingt-quatre ans après l'avulsion de la dent. Ce n'est que dans les six dernières années que la tumeur prit un développement rapide, et devint le siége de douleurs profondes. Dès lors les gencives saignaient au moindre contact, et la mastication ne s'opérait qu'avec une certaine difficulté. Lorsque le malade se présenta à M. Azam, la douleur remontait en haut jusqu'à l'arcade zygomatique et jusqu'au lobule de l'oreille ; elle envahissait l'os jusqu'à la canine gauche inclusivement, et empêchait le rapprochement des mâchoires.

La tumeur était lobulée, d'un blanc rosé ; elle n'était accompagnée d'aucun ganglion, et le malade n'offrait aucun signe de cachexie. C'est donc surtout la gêne mécanique apportée par cette tumeur qui détermina le malade à demander l'opération et le chirurgien à la pratiquer. L'opération fut des plus heureuses. Lorsque M. Azam eut découvert la tumeur et qu'il vit qu'elle n'occupait guère que la partie alvéolaire de l'os, il eut un instant l'idée de faire une résection partielle. Mais la crainte d'une récidive le fit renoncer à cette idée, et M. Verneuil l'en félicite.

La persistance pendant à peu près trente ans d'un épithélioma qui n'amène aucun signe d'infection générale, doit être notée, ainsi que l'a fait observer M. Verneuil, comme plaidant en faveur de la différence aussi bien clinique qu'anatomique, qu'il y a entre les tumeurs épithéliales et les véritables cancers.

A la suite de cette communication, il s'est élevé une petite discussion à propos de l'arrachement du condyle pratiqué par M. Azam pour terminer son opération. Cette discussion menaçait

de reproduire exactement celle qui a déjà eu lieu, il y a deux ans, sur le même sujet. Elle a été arrêtée à temps.

— M. *Chassaignac* a présenté une petite tumeur qui doublait le voile du palais et la luette chez une jeune fille qui avait en même temps des polypes muqueux des fosses nasales. Mais il n'y avait aucune continuité appréciable entre les tumeurs des fosses nasales et celle du voile du palais. Comme la malade supportait très bien la présence d'un instrument dans le fond de la bouche, M. Chassaignac, afin d'écarter tout danger d'hémorrhagie, se servit de l'écraseur linéaire pour enlever la tumeur du voile du palais. Celle-ci a été examinée par M. Verneuil qui en a indiqué la composition anatomique. Quoique les papilles soient rares au voile du palais, toute la surface de la tumeur est hérissée de saillies dues à des séries papillaires : ce qui lui donne son aspect réticulé. Au centre, est une masse homogène d'apparence fibreuse et composée effectivement de tissus fibreux en voie de formation.

— M. *Broca* a mis sous les yeux de ses collègues une pièce envoyée par M. Mirault (d'Angers) qui doit accompagner cette pièce d'une observation.

Il s'agit d'une cataracte bien évidemment capsulaire opérée par extraction. M. Richet a recueilli une pièce et observé un cas semblable qu'il est bon de rapprocher de celui-ci, puisqu'on a nié l'existence des cataractes capsulaires.

M. le Secrétaire général lit ensuite un travail adressé par M. Goyrand (d'Aix), dans lequel sont consignées trois observations d'étranglement grave, de hernies ombilicales; la kélotomie a été faite dans les trois cas et toujours suivie de succès. Deux fois même l'opération a amené la guérison radicale de la hernie, ce qui ne s'observe presque jamais pour les hernies crurales ou inguinales.

— M. *Richet* a présenté un malade opéré par lui pour une hernie inguinale étranglée. Cet étranglement d'une hernie qui était congénitale a offert une particularité curieuse et qui détruit un argument invoqué par M. Malgaigne en faveur de l'opinion qu'il professe sur la cause anatomique de l'étranglement. Si c'est l'anneau abdominal qui étrangle, d'où vient, demande M. Malgaigne, que dans les hernies inguinales fortement étranglées, le cordon testiculaire et les testicules ne tombent pas en gangrène aussi bien que l'intestin? L'observation de M. Richet prouve qu'en effet, le testicule peut être mortifié, car celui de son malade s'en est allé en détritus. Elle montre aussi, comme l'a fait remarquer M. Larrey, la confiance qu'il faut avoir dans la ligature en masse du cordon spermatique qu'on a proposé de faire pour obtenir l'atrophie de certaines tumeurs testiculaires.

Enfin le fait communiqué par M. Richet est également intéressant comme exemple de guérison complète d'un anus contre nature, consécutif à la gangrène de l'intestin hernié.

— M. *Morel-Lavallée* a présenté un tendon appartenant au muscle long péronier latéral, et dans l'épaisseur duquel se voit une infiltration sanguine assez abondante pour que M. Morel ait vu le sang suinter à la surface des fibres tendineuses sectionnées. Ce tendon a été recueilli sur un homme mort des suites d'une plaie contuse de l'extrémité inférieure de la jambe. La présence de l'infiltration sanguine semble, de l'avis de M. Morel-Lavallée, autoriser à admettre la vascularité des tendons.

— M. *Désormeaux* soumet à ses collègues un nouveau topique composé de glycérine et d'amidon, qui lui paraît devoir remplacer avantageusement le cérat. Ce mélange, dans lequel on peut incorporer les substances médicamenteuses si nombreuses qui sont solubles dans la glycérine, peut acquérir par ces préparations telle ou telle propriété particulière qu'on désire obtenir.

M. *Larrey* émet à cette occasion le vœu que la question de la glycérine, employée comme topique sur les plaies, soit sérieusement examinée par la Société. Pour lui, il déclare d'avance qu'il n'a pas eu fort à se louer de cette innovation et qu'il a même dû y renoncer.

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine.** — Rapport fait à la suite d'une mission médicale en Algérie, et présenté à S. Exc. le ministre de l'Algérie et des colonies, par le docteur PROSPER DE PIETRA-SANTA, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur, etc. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1860.

**Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra**, par M. HENRI HAMEL, médecin aide-major de première classe, attaché au secrétariat du conseil de santé. Brochure de 31 pages. Paris, Victor Rozier, 1860.

Chargé d'une mission médicale en Algérie, M. le docteur de Pietra-Santa a présenté à son retour, à M. le ministre de l'Algérie et des colonies, un rapport *sur le climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine*. L'auteur a lu le résumé de ses recherches à l'Académie de médecine dans la séance du 11 septembre 1860, et déjà alors la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est occupée de ce travail, dont elle a publié les principales conclusions (14 septembre 1860). Nous sommes d'autant plus disposé à revenir sur ce sujet, que la question des stations hivernales pour les phthisiques est une de celles qui se présentent le plus souvent dans la pratique, et que M. de Pietra-Santa nous fournit à cet égard des renseignements importants.

Son mémoire comprend trois parties. La première est consacrée à l'étude de la climatologie d'Alger, la seconde à l'étude des conditions générales de la phthisie à Alger, la troisième à l'étude de l'influence du climat sur la phthisie. Cette dernière nous intéresse tout particulièrement, car c'est elle qui nous permet d'apprécier l'opportunité de l'émigration des malades sur le continent africain. Néanmoins, les deux premiers chapitres renferment aussi des données intéressantes sur lesquelles nous croyons devoir appeler l'attention.

L'auteur a étudié avec le plus grand soin toutes les conditions climatériques de la province d'Alger. Et d'abord, quant à la température, il reconnaît, avec M. Mac-Carthy, quatre climats : 1° climat de la côte, qui subit à un haut degré l'influence de la mer; la température moyenne de la saison fraîche (novembre à avril) est de + 14°,5; la moyenne de la saison chaude (mai à octobre) est de + 22°; — 2° climat des plateaux intérieurs du Tell, où l'influence de la mer ne joue qu'un rôle secondaire; la moyenne annuelle est de + 16°; — 3° climat des steppes, où l'influence d'une position continentale domine toutes les autres; — 4° climat saharien, qui doit à la nature et à la vaste étendue du désert de Sahara une physionomie toute particulière; moyenne annuelle, + 21°,5; minimum, 0; maximum, 48°. — Nous voyons, en outre, qu'à Alger la moyenne des jours de pluie pour les deux années 1857 et 1858 a été de 87,5 jours; le nombre des jours de pluie va en diminuant du nord au sud, tandis que la quantité d'eau qui tombe est plus considérable à mesure que l'on s'approche de l'équateur. Quant à la hauteur barométrique, la moyenne générale de vingt-deux années (1838 à 1859) a été de 762mm,32. M. de Pietra-Santa a consigné, en outre, dans cette partie de son travail des détails intéressants sur l'anémologie et l'ozonométrie, et il conclut de cet ensemble de recherches que le *climat de la ville d'Alger tient un juste milieu entre le climat tempéré et le climat tropical.*

Peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur, non sans quelque raison, de n'avoir pas serré son sujet d'assez près dans la deuxième partie de son travail; l'étude des conditions générales de la phthisie à Alger gagnerait certainement à être présentée à un point de vue un peu plus médical; les chiffres ont ici une importance capitale, nous sommes les premiers à l'avouer, et nous reconnaissons en même temps que M. de Pietra-Santa a fait les plus louables efforts pour rendre ses chiffres aussi instructifs, aussi intéressants que possible; c'est assez dire qu'il y a pleinement réussi. Mais,

nous le répétons, cela ne saurait suffire pour donner une idée de ce qu'est la phthisie à Alger. S'il est essentiel de savoir pour quelle proportion elle entre dans la mortalité générale, il ne nous importerait pas moins de connaître quel est le mode de début de la maladie, quelle en est la marche, quelles en sont les déterminations secondaires les plus fréquentes, mais surtout quelles en sont les formes dominantes ; là est le côté intéressant de la question ; il n'eût pas été moins utile de rechercher si l'intestin est plus fréquemment envahi par l'exsudation tuberculeuse que dans nos climats tempérés ; il eût fallu, en outre, déterminer quelle est la part respective des phénomènes intestinaux et des phénomènes pulmonaires dans la terminaison fatale. Les affections gastro-intestinales dominent, pour ainsi dire, toute la pathologie des climats chauds ; il eût été bon d'examiner quelle est l'influence de cette loi générale sur la phthisie pulmonaire. Ce qu'il fallait ici, en un mot, c'était moins l'histoire *numérique* que l'histoire *médicale* de la maladie. Nous regrettons d'autant plus cette omission, que M. de Pietra-Santa était, plus que tout autre, en état de mener à bien cette étude difficile, et qu'il l'a même abordée déjà dans un précédent travail (*Influence des pays chauds sur la marche de la tuberculisation*) ; aussi ne pouvons-nous attribuer cette lacune qu'à un séjour insuffisant en Algérie. Quoi qu'il en soit, voici quelques chiffres significatifs : la mortalité d'Alger, prise en bloc pour la période de 1852 à 1859, donne, pour la proportion des décès : 40,70 sur 1000. La mortalité du département de la Seine pendant l'année 1857 a été de 27 sur 1000. Mais en revanche la phthisie pulmonaire ne cause à Alger que 1 décès sur 14,15 ; tandis qu'à Londres, le rapport est de 1 à 8 ; à Paris, de 1 à 5 ; à Naples, de 1 à 8 ; à Nice, de 1 à 7. L'auteur a dressé lui-même des statistiques comprenant une période de trois ans ; et les résultats auxquels il est arrivé ne s'éloignent pas sensiblement des précédents. Ses recherches lui ont permis de mettre en lumière un fait qui n'est pas sans importance : « Pendant que la mortalité générale des Israélites est à la mortalité des Européens : : 2,75 : 4,22, la phthisie, chez les premiers, est à la phthisie, chez les derniers, : : 7,22 : 7,06. » M. de Pietra-Santa a constaté incidemment que la loi de l'antagonisme de M. Boudin ne peut être acceptée comme absolument vraie. Après avoir étudié les causes les plus fréquentes de décès dans les hôpitaux et dans l'établissement d'El Harrach, l'auteur déclare « qu'aux pieds de l'Atlas et dans le Sahel algérien, la phthisie est malheureusement en fort bonne intelligence avec la fièvre intermittente et la fièvre typhoïde. »

Tout en proclamant bien haut la rareté relative de la phthisie à Alger, M. de Pietra-Santa ne saurait se dissimuler que depuis plusieurs années cette maladie a augmenté de fréquence parmi les indigènes ; il s'est efforcé d'expliquer ce fait par le concours d'un certain nombre de causes indépendantes des conditions climatériques, et il les a toutes rapportées à deux chefs : I. Mépris des lois de l'hygiène. — II. Influence déplorable de la conquête sur les mœurs indigènes. Nous sommes tout disposé à reconnaître l'influence de ces circonstances sur des hommes complétement étrangers jusqu'alors à la vie européenne ; mais il y a lieu d'invoquer ici une *troisième* cause dont l'auteur n'a pas tenu compte, et qui doit être prise cependant en grande considération. Ces Israélites et ces Arabes, qu'on appelle *indigènes*, ne méritent ce nom que parce qu'ils ont vu le jour sur le continent africain ; mais qu'on y fasse attention, cette population, pour la plus grande partie au moins, n'est point née à Alger ; elle vient elle-même de contrées plus méridionales ; par conséquent, elle est déjà *dépaysée*, et l'influence fâcheuse d'un climat relativement froid vient s'ajouter aux autres causes, capables de favoriser le développement de la maladie. Ne voyons-nous pas les mammifères des régions tropicales succomber en peu de temps à la tuberculisation pulmonaire, lorsqu'ils sont transportés dans des climats tempérés ?

Il résulte de cette discussion que l'accroissement de la phthisie chez les Juifs et chez les Arabes qui habitent la ville d'Alger ne doit point être attribué aux conditions climatériques.

Mais, et c'est là un fait dont il importe de tenir grand compte, la maladie une fois déclarée, marche avec beaucoup plus de rapidité que sous notre latitude ; M. de Pietra-Santa l'a parfaitement reconnu, et nous ne pouvons comprendre comment il a écrit à deux pages de distance les deux propositions suivantes :

« Dès que la tuberculose est déclarée, elle marche avec une effrayante rapidité, soit par les conditions hygiéniques particulières où se trouvent les individus, soit par le fait même de cette marche plus active de la maladie, que nous avons déjà signalée en parlant de la climatologie d'Alger. » (P. 112.)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« D'après tout ce qui précède, nous serons donc autorisé, d'une part, à constater cette modalité spéciale de la phthisie dans sa marche ou progression ; de l'autre, à répéter avec le docteur Mitchell et les praticiens les plus expérimentés de la colonie :

» Il y a présomption qu'à Alger l'évolution des tubercules s'arrête, jusqu'à un certain point, chez les sujets prédisposés, et que chez ceux où elle existe déjà à un faible degré les progrès de la maladie sont enrayés, tandis que les symptômes généraux s'amendent complétement pour affecter les dehors d'une guérison. » (P. 114 et 115.)

Il y a là, ce nous semble, une contradiction évidente, ou tout au moins une certaine confusion, qui est de nature à jeter de l'incertitude dans les esprits. Heureusement l'auteur est revenu sur ce point dans ses conclusions générales, et il a eu soin de noter que l'influence du climat d'Alger, déjà fort contestable à la deuxième période de la maladie, est fatale à la troisième. En définitive, les valétudinaires qui n'en sont encore qu'à la *prédisposition*, et les malades qui n'ont pas dépassé la première période de la tuberculisation pulmonaire, sont les seuls phthisiques pour lesquels le médecin doive attendre quelque avantage d'une station hivernale en Afrique. M. de Pietra-Santa fixe l'époque du départ pour l'Algérie à la mi-octobre, et il conseille avec toute raison de se guider dans le choix de l'habitation d'après la forme de l'affection.

« La torpide se trouvera bien de l'air plus vif de l'atmosphère marine de Saint-Eugène. Les valétudinaires éréthiques, nerveux, impressionnables et fébricitants s'installeront de préférence sur les collines de Mustapha inférieur. Il y aura toujours inconvénient à s'élever vers la colonne Uriol ou El-Biar, et l'on proscrira d'une manière absolue le frais vallon, la vallée des Consuls, la Bouzaréah. »

Tels sont les principaux résultats consignés dans l'ouvrage remarquable de M. de Pietra-Santa ; si ce travail ne résout pas complétement et d'une manière définitive la question complexe à laquelle il est consacré, il l'a du moins fait avancer de quelques pas, et il renferme une foule de documents intéressants qui faciliteront singulièrement les recherches ultérieures.

Le travail de M. Hamel a pour but d'élucider la question de l'identité de deux dermatoses tuberculeuses : l'une, connue sous le nom de *bouton d'Alep*, existe endémiquement dans la ville de ce nom, à Bagdad, à Damas, à Ispahan ; l'autre, moins bien étudiée jusqu'ici, le *bouton de Biskra*, a pour domaine les oasis du Sahara, au midi de la province de Constantine. L'auteur a pris la peine de rassembler tous les documents que la science possède sur cette question, et de leur étude comparative il conclut à l'identité de ces deux affections cutanées, tout en reconnaissant que de nouvelles recherches sont encore nécessaires sur ce point.

A Alep comme à Biskra, le mal débute par un petit tubercule ; celui-ci reste stationnaire pendant un temps variable, s'ulcère, se recouvre d'une croûte, et guérit en laissant une cicatrice indélébile, analogue à celle de la brûlure. Les deux cicatrices présentent des caractères identiques. Dans les deux pays, le bouton peut être unique ou multiple, et il siége de préférence à la face et aux extrémités. La durée du bouton d'Alep est d'un an en moyenne ; celle du bouton de Biskra est de quatre mois, d'après M. Masnou. M. Hamel fait observer, à ce sujet, que cette différence tient peut-être à la médication, qui est nulle à peu près en Asie, et très active, au contraire, en Afrique. De part et d'autre, le tempérament lymphatique a été noté comme cause prédisposante ; la contagion est nulle, et l'expectation érigée en principe parmi les indigènes. Jusqu'ici donc nous ne trouvons que des traits de res-

semblance; mais le bouton de Biskra récidive, contrairement à son congénère, et il se manifeste surtout en automne, tandis que celui d'Alep n'a pas de saison. On n'est point encore fixé sur la véritable cause de ces deux dermatoses, mais on sait du moins qu'elles ne constituent point des accidents syphilitiques.

Tels sont les principaux faits qui ressortent du travail de M. Hamel; nous le remercions, pour notre part, de nous avoir apporté des renseignements certains sur une question restée jusqu'ici fort obscure. Dr JACCOUD.

---

**Guide pratique aux eaux minérales françaises et étrangères**, par le docteur CONSTANTIN JAMES. 5e édition. 1 volume in-12; Paris, Victor Masson.

Cette cinquième édition d'un livre plusieurs fois analysé dans ce journal, se distingue des précédentes par des additions d'une certaine importance. Ces additions portent principalement : 1° sur l'analyse des eaux minérales et le peu de rapport de leur composition chimique avec les effets thérapeutiques; 2° sur l'hydrothérapie ancienne; 3° sur les eaux minérales artificielles; 4° sur les bains de vapeur térébenthinés; 5° sur la cure de *koumis* (lait de jument fermenté), en usage à Orenbourg, au nord de la mer Caspienne, et destinée, — qui le croirait? — aux poitrinaires. Signalons, enfin, deux petites récréatisns littéraires. L'une est intitulée : *Pompée, César, Annibal aux Pyrénées*, et a un intérêt archéologique; l'autre est une sorte d'abrégé du *Voyage de Michel de Montaigne en Italie, par la Suisse et l'Allemagne :* l'auteur reproduit en partie les remarques de Montaigne au sujet des sources minérales qu'il visite en chemin.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — *Rappel des concours de 1860.* — L'Académie a jugé digne d'une médaille d'encouragement l'un des mémoires qu'elle a reçus l'année dernière en réponse à la question qu'elle avait mise au concours sur l'*influenza* considérée chez l'espèce chevaline. Cet écrit a pour devise les mots : *Una est certissime medicina hominis et veterinaria.*

La Compagnie a également adopté, dans sa séance du 27 avril dernier, les conclusions suivantes du rapport de la commission qu'elle avait chargée de juger les neuf mémoires reçus pendant la même année, en réponse à la question mise au concours sur les méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique :

1° Décerner une médaille de 400 fr. au mémoire ayant pour épigraphe : *Occasio præceps.*

2° Accorder une médaille de 200 fr. au mémoire portant pour devise : *Statutum est in theoria et praxi. — In medendi scientia omnis argumentatio vana nisi experientia confirmetur.*

3° Accorder une seconde médaille de 200 fr. au mémoire ayant pour épigraphe : Μὴ τολμῇ μᾶλλον ἢ γνώμῃ, etc.

En conséquence, les auteurs de ces écrits sont *de nouveau* priés de faire connaître le plus tôt possible à M. le président de la Compagnie s'ils consentent à l'ouverture des plis cachetés joints à leurs mémoires et renfermant leur nom.

Bruxelles, le 6 juin 1861.

---

DISCOURS DE M. RAYER A L'ASSOCIATION LYONNAISE.

« Messieurs et chers confrères,

» J'ai reçu avec bonheur l'honorable invitation de venir aujourd'hui, comme président de l'Association générale des médecins de France, présider la séance annuelle de l'Association du Rhône. Je me suis rendu avec empressement au milieu de vous, dans la pensée que l'invitation que je recevais était un hommage à l'œuvre grande et généreuse à laquelle vous êtes associés.

» Vous avez, par cet acte, témoigné une fois de plus de vos espérances en l'Association générale; vous avez souhaité que, en ma personne, l'Association générale reçût la bienvenue au sein de la seconde capitale de l'Empire, et parmi le corps médical si éclairé et si justement renommé, réuni dans cette enceinte.

» Je suis profondément reconnaissant d'un si grand honneur.

» Heureux que vous êtes de vous trouver les uns auprès des autres, comme membres de la famille médicale du Rhône, vous le serez aussi de la pensée que je vous apporte les félicitations cordiales et les vœux confraternels de tous les membres de l'Association générale.

» L'Association générale grandit : elle compte aujourd'hui soixante sociétés locales disséminées dans cinquante-un départements. D'ici à l'assemblée d'octobre, ce nombre se sera accru. Ainsi, en moins de trois ans, cette œuvre, que nous considérions tous comme très difficile, que quelques-uns disaient impossible, aura dépassé nos espérances.

» Un des membres les plus éminents de votre Société, l'écrivain qui, par son zèle et son dévouement, a tant contribué à nous réunir, vous a parlé de l'autorité de l'union qui fait la force et de celle du nombre qui fait valoir le droit. Le droit et le nombre, voilà ce qui fait la puissance de l'Association générale. Aussi ne saurait-on trop louer l'exemple que vous avez donné, et l'émulation qui s'est établie entre les sociétés locales pour appeler de nouveaux membres dans leur sein, et étendre ainsi l'influence de l'Association.

» L'Association médicale, sur les bords du Rhône, est un renouvellement plutôt qu'une nouveauté. Il y a plus de deux cents ans que Guy-Patin félicitait les médecins de Lyon de s'être réunis en collége, et d'avoir adopté des statuts dont le but, protecteur et moral, offre une grande analogie avec le but que l'Association générale veut atteindre Ces statuts qui, précisément, visaient à protéger la profession, trouvèrent des opposants, des détracteurs, et il fallut qu'un arrêt solennel du parlement de Paris vînt donner gain de cause aux médecins lyonnais.

» Aujourd'hui la Société du Rhône, influente par la considération que la médecine a acquise dans Lyon, inspirée par un profond sentiment de l'honneur médical, est entrée résolûment, par l'intervention de plusieurs de ses membres, dans la lutte contre l'exercice illégal de la médecine; et elle a obtenu des pouvoirs judiciaires, des arrêts et des solutions de droit qui sont pour nous d'une haute importance. Partout, en France, on a applaudi à une telle initiative, et nulle part plus que dans le sein de l'Association générale.........

» Lyon est un véritable foyer scientifique. Sans parler des membres de l'École actuelle, dont les travaux ont été si hautement appréciés, qu'il me suffise de rappeler les noms des Pouteau, des Petit, Gensoul, Bouchet, Amédée Bonnet, Brachet, Polinière et de tant d'autres qui ont jeté un vif éclat dans la pratique de vos hôpitaux ou dans l'enseignement de votre école!

» Votre ville n'a pas une Faculté de médecine, mais elle en possède les éléments dans son sein, par de glorieuses traditions. L'Empereur, qui a accueilli notre œuvre avec tant de bienveillance, et qui veut bien la considérer comme une des fondations les plus utiles de son règne, l'Empereur veille aussi, avec sollicitude, sur l'amélioration et le progrès de l'enseignement. Son gouvernement a fait, dans ces derniers temps, plusieurs créations dont la science s'est montrée reconnaissante. Une Faculté de médecine à Lyon serait un nouveau bienfait et une gloire nouvelle ajoutée à la gloire de Lyon.

» Merci, messieurs, de votre bon accueil; l'institution que nous avons fondée ne peut qu'en acquérir une force nouvelle; et laissez-moi, en finissant, traduire mes vœux et mes sentiments par ces paroles.

» Prospérité à l'association des médecins du Rhône.

» Honneur à la médecine lyonnaise. »

— Par décret du 15 mai, ont été nommés : *A deux emplois de médecin principal de 1re classe :* M. Chatelain et M. Colmant.

*A deux emplois de médecin principal de 2e classe :* M. Ludger Lallemant et M. Rouis.

— Le banquet annuel de la Société anatomique aura lieu le jeudi 20 juin, à six heures, aux *Frères provençaux*. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs. On s'inscrit chez MM. Blain des Cormiers, rue V[illegible]tignac, 12; Ed. Cruveilhier, à l'hôpital de la Pitié; Descroizilles, à l'hôpital des Enfants malades; Pierreson, à l'Hôtel-Dieu; Danjoy, à Lariboisière; Pihan, à Saint-Louis; Fritz, à Saint-Antoine; Proust à Beaujon.

— Sont nommés medecins inspecteurs : M. Vidal, à Aix (Savoie); M. Rieux, à Évian (Savoie); M. Payen, à Saint-Gervais (Savoie).

— M. Pelletan (on avait imprimé par erreur *Pelletier*), n'ayant pu accepter les fonctions de juge-suppléant pour le concours du Bureau central, a été remplacé par M. Moutard-Martin. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Des hémorrhagies dans les maladies fébriles.*

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 21 JUIN 1861. N° 25.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Décrets impériaux. — **Partie non officielle. I. Paris.** Doctrine générale de la syphilis : M. Diday. — Académie des sciences : Uréthrotomie interne — Recherche toxicologique du phosphore. — Physiologie de l'organe de l'ouïe. — Eau du Mont-Dore contre la paralysie générale. — Académie de médecine : Circulation du sang dans les membres et dans la tête chez l'homme. — Morve farcineuse chronique terminée par la guérison. — II. **Travaux originaux.** Observations sur quelques cas de hernies ombilicales étranglées — Des sécrétions en général; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** De l'emploi thérapeutique de l'oliban ou encens. — Trachéotomie, ulcération de la trachée produite par le séjour de la canule, hémorrhagie mortelle. — Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, angine couenneuse et croup, par le perchlorure de fer à l'intérieur et à haute dose. — Sur l'ectropion du museau de tanche. — V. **Bibliographie.** Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou traité de thérapeutique chirurgicale. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par décret du 14 juin, la chaire d'astronomie vacante au collége de France, par suite du décès de M. Binet, est et demeure supprimée.

Il est créé, dans cet établissement, une chaire de mécanique céleste *dont* M. Serret, membre de l'Institut (Académie des sciences), est nommé professeur.

Il a été pourvu également aux deux chaires vacantes du Muséum d'histoire naturelle : — M. Daubrée, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, membre de l'Institut, a été nommé professeur de géologie en remplacement de M. Cordier. — M. le vicomte d'Archiac, membre de l'Institut, a été nommé professeur de paléontologie, en remplacement de M. Alcide d'Orbigny.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 20 juin 1861.

DOCTRINE GÉNÉRALE DE LA SYPHILIS : M. DIDAY. — *Académie des sciences* : URÉTHROTOMIE INTERNE. — RECHERCHE TOXICOLOGIQUE DU PHOSPHORE. — PHYSIOLOGIE DE L'ORGANE DE L'OUÏE. — EAU DU MONT-DORE CONTRE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. — *Académie de médecine :* CIRCULATION DU SANG DANS LES MEMBRES ET DANS LA TÊTE CHEZ L'HOMME. — MORVE FARCINEUSE CHRONIQUE TERMINÉE PAR LA GUÉRISON.

La Gazette hebdomadaire a, en matière de syphilis, des opinions propres, qu'elle défend du mieux qu'elle peut, avec une ardeur proportionnée à la gravité des conséquences pratiques qui s'y rattachent. Mais ce qu'elle s'impose par-dessus tout, c'est de donner un libre accès à toutes les opinions vraiment autorisées. Aujourd'hui elle obéira à un sentiment plus agréable encore; elle se fera un bonheur, et non plus seulement un devoir, de publier un exposé sommaire des doctrines professées sur l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique du mal vénérien, par un des esprits les plus avisés et les plus indépendants que renferme la phalange des syphilographes. Le bonheur dont nous parlons est d'autant plus vif que ce document est un témoignage frappant de la conciliation qu'une expérience consciencieuse finit par amener entre les opinions adverses, quand celles-ci sont dégagées de l'accessoire et ramenées au principal. C'est une remarque que nos lecteurs feront eux-mêmes, sans qu'il soit besoin de leur en fournir le texte.

A. D.

Histoire naturelle et thérapeutique de la syphilis, par M. P. Diday.

Les propositions qu'on va lire résument un corps de doctrine qui a été professé cet hiver, et à la rédaction duquel je mets actuellement la dernière main. Si je devance le moment où ces idées verront le jour, accompagnées de tous leurs développements, c'est moins pour m'en assurer la propriété que pour appeler sur elles une critique où je compte trouver de nouveaux éléments de démonstration.

Depuis mars 1855 jusqu'à ce jour, j'ai entrepris le traitement sans mercure sur près de 200 individus atteints de syphilis constitutionnelle. J'ai des notes détaillées sur 130 de ces cas.

Parmi ces individus, j'ai vu la maladie, ainsi livrée à sa marche naturelle, être tantôt *faible*, tantôt, et plus rarement, *forte*.

Or, cette diversité entre les cas a sa *cause ;* — elle se décèle par des *manifestations symptomatiques* spéciales ; — elle suggère des *déductions thérapeutiques* en rapport avec son essence. — Examinons successivement ces trois points.

Causes. — La syphilis acquise commence toujours par une lésion à forme plus ou moins ulcéreuse.

Cette lésion, ulcère primitif infectant, se présente sous deux aspects distincts :

1° Le chancre induré (chancre huntérien);

2° L'érosion chancriforme. De cette seconde lésion, le nom seul est nouveau; car l'affection qu'il représente a existé de tout temps, et plusieurs auteurs l'avaient déjà décrite. C'est, en effet, le chancre

parcheminé de Ricord, l'érosion chancreuse de Bassereau, l'érosion superficielle de Langlebert, la *venerola vulgaris* d'Evans, la *chancrous excoriation* de Carmichaël, l'affection condylomateuse de Rinecker.

L'érosion chancriforme (1) a une double origine. Elle peut être produite soit par le contact d'une lésion secondaire, soit par le contact d'une érosion chancriforme.

C'est l'érosion chancriforme qui propage le plus de syphilis ; car, plus indolente que le chancre, elle se prête mieux que lui aux rapprochements et frottements intimes qui opèrent la transmission morbide; et, plus contagieuse que la lésion secondaire, elle manque moins souvent qu'elle de produire l'infection chez ceux qui se sont exposés à son contact.

Ces notions étant exposées, nous pouvons maintenant dire à quoi tient le degré d'intensité de la syphilis, en d'autres termes pourquoi telle syphilis sera forte, telle autre faible. Ceci dépend soit de la source où le virus a été puisé (conditions propres au sujet infectant), soit de l'organisme où il exerce ses effets (conditions propres au sujet infecté).

Premièrement, quant à la *source*, le fluide du sujet infectant est plus ou moins *actif*, selon qu'il appartient à une lésion de syphilis héréditaire, ou à un chancre induré, ou à une érosion chancriforme, ou à une lésion secondaire. Et par ce mot *plus ou moins actif*, j'entends deux choses : d'abord que le fluide en question, aura plus ou moins de pouvoir pour transmettre la maladie, puis aussi que la maladie transmise par lui aura plus ou moins de gravité.

Ainsi, et de par sa source seule, la syphilis peut avoir différents degrés d'intensité ; et cela sans qu'il soit le moins du monde nécessaire, pour expliquer ces différents degrés, d'admettre l'existence de plusieurs virus différents. La force inégale que possèdent le cowpox et le vaccin est un exemple de l'atténuation qu'un même virus peut subir par le fait de sa migration à travers l'organisme.

En outre, il faut aussi tenir compte de l'époque plus ou moins avancée de son évolution où en était une lésion au moment où l'on s'est exposé à son contact. Si les lésions primitives passent pour être plus transmissibles que les secondaires ; si, parmi les secondaires, celles qui apparaissent le plus tôt, les plaques muqueuses, sont réputées les plus communicables ; si les lésions secondaires, qui sont encore contagieuses, sont peu à peu remplacées par les lésions tertiaires, qui, de l'aveu de tous, ne le sont plus, il paraît vraisemblable que plus une même lésion vieillit, moins son fluide est *actif* (le sens de ce mot a été expliqué), et réciproquement.

Secondement, et quant au sujet infecté, il est incontestable que sa constitution, sa santé antérieure et actuelle, son hygiène, etc., exercent une action sur l'intensité et la durée de la syphilis qu'il a contractée. Mais cette influence *de l'organisme*, d'ailleurs très difficile à apprécier, paraît avoir moins de pouvoir que l'influence *de la source* pour modifier la maladie, pour déterminer le degré de gravité qu'elle aura.

En sachant observer, en tenant un juste compte des influences d'organisme et des influences de source, on reconnaît que la syphilis *faible* résulte le plus souvent de la transmission du fluide d'une lésion secondaire (2) ; que la syphilis *forte* résulte le plus souvent de la transmission du fluide, soit d'une lésion héréditaire, soit d'un chancre induré.

La part de plus en plus fréquente que la contagion par lésions secondaires a prise dans la propagation de la syphilis, est l'une des causes par lesquelles s'explique l'atténuation progressive de cette maladie depuis le XVe siècle jusqu'à nos jours. — On comprend, d'après ce qui précède, où elle trouve, par contre, ses causes de renforcement.

Un sujet qui est ou qui a déjà été syphilitique est jusqu'à un certain point réfractaire à l'insertion à nouveau du virus syphilitique. S'il l'est complétement, s'il l'est plus ou moins, s'il l'est à l'action ulcérative du virus, ou seulement à son action infectante, cela dépend de plusieurs causes, savoir : 1° du degré de force qu'avait le virus auquel il a jadis payé tribut ; 2° du degré de force qu'a le virus dont il subit présentement le contact ; 3° de la date plus ou moins éloignée de sa première syphilis. Ces circonstances donnent toute la théorie, encore à faire (et que Fernel a si bien résumée en deux phrases), de l'*unicité*, des *doubles chancres* et des *doubles véroles*.

MANIFESTATIONS SYMPTOMATIQUES. — J'ai vu des syphilis, quoique méthodiquement traitées par les spécifiques, durer très longtemps ; produire, après les lésions tégumentaires, l'iritis, l'albuginite, puis les accidents dits tertiaires ; récidiver, sous cette forme, presque indéfiniment ; ou, guéries en apparence, laisser persister la possibilité d'engendrer des enfants infectés. J'appelle cet état *syphilis forte*.

Par contre, j'ai vu, et plus souvent, des syphilis, quoique traitées sans spécifiques, se borner à des accidents superficiels, à deux ou trois poussées de lésions exclusivement tégumentaires (poussées dont la gravité allait graduellement en décroissant), puis la santé complète revenir, et se prouver par la procréation d'enfants sains. J'appelle cet état *syphilis faible*.

Mais l'objet de la présente étude n'est pas de décider, une fois l'évolution de la maladie accomplie, si cette maladie appartenait au degré fort ou au degré faible. L'important et le difficile consistent à tirer de l'étude des premières phases du mal des indices qui permettent au médecin de découvrir à temps si ce mal s'annonce comme devant être faible ou comme devant être fort. La modification thérapeutique que je propose est, en effet, basée tout entière sur cette détermination et sur la possibilité de l'établir de bonne heure.

Or, les indices de la syphilis *faible* sont, par ordre chronologique, les suivants :

1° Le sujet infectant, si on a pu l'examiner à temps, avait une lésion secondaire ou une érosion chancriforme ;

2° Chez le sujet infecté, la lésion primitive a été une érosion chancriforme ;

3° Chez lui, l'incubation entre la lésion primitive et les lésions secondaires a été plus longue ;

4° La première lésion tégumentaire n'est qu'exanthématique ou papuleuse ;

5° S'il y a successivement plusieurs poussées, elles sont peu nombreuses et séparées les unes des autres par de longs intervalles ; leur gravité va graduellement en diminuant.

Au contraire, avec un chancre induré chez l'infectant et chez l'infecté, avec une courte incubation ; avec des pustules ou des squames pour première éruption, avec des poussées nombreuses, séparées par de courts intervalles et à gravité progressive, on peut prévoir une syphilis *forte*.

L'examen de la constitution du sujet infecté doit aussi entrer en ligne de compte pour fixer le pronostic de la syphilis qu'il va avoir. Sous ce rapport, le degré de la chlorose qui accompagne la période prodromique, et le degré de l'engorgement ganglionnaire qui accompagne les lésions les premières en date de chaque poussée (je parle des lésions secondaires aussi bien que des primitives), méritent d'être pris en sérieuse considération.

THÉRAPEUTIQUE. — Le traitement de la syphilis sans mercure est ou a été en vigueur depuis longtemps ; car il compte ses promoteurs convaincus dès le premier siècle de la vérole. Mais des erreurs et des malentendus sans nombre en ont jusqu'ici compromis le succès.

D'abord, et à toutes les époques, on s'est toujours mépris sur les adjuvants à employer en pareil cas. Tandis qu'il fallait des reconstituants et des toniques, on voit tous les auteurs, pour aider, disent-ils, à la cure spontanée de la syphilis, prescrire des émissions sanguines et un régime débilitant.

D'ailleurs je refuse, quelque avantage que j'y puisse trouver en apparence, de m'appuyer sur des relations cliniques où l'on fait figurer, comme preuve de guérison de la syphilis, l'observation de chancrelles, de blennorrhagies, de végétations, de bubons suppurés,

(1) Je la considère ici abstraction faite des conditions propres au sujet infecté.

(2) Cette transmission est immédiate ou médiate, c'est-à-dire que, en examinant le sujet qui a infecté, on trouvera sur lui, soit une lésion secondaire, soit une érosion chancriforme.

Je refuse non moins formellement de compter comme exemples valables de cure spontanée, des guérisons constatées au moment de la sortie de l'hôpital!.... Sous ces divers rapports, l'enquête ouverte vers 1816 est tout entière à recommencer.

A cette époque d'ailleurs, on présumait trop du pouvoir curatif du mercure pour être équitable envers la méthode qui aspirait à le remplacer. Ainsi l'on se montrait, vis-à-vis d'elle, d'une exigence tout à fait injuste en lui demandant ce que le mercure ne peut pas donner, c'est-à-dire en la déclarant inférieure au mercure si elle laissait survenir ultérieurement des récidives.

Or, le mercure, qui l'ignore? a dû, mieux étudié, renoncer maintenant à la prétention de guérir radicalement la syphilis de manière à rendre toute récidive impossible. Ses plus chauds avocats ne lui reconnaissent, aujourd'hui, d'autre pouvoir que de retarder l'éclosion des premières manifestations syphilitiques, et de hâter la disparition de quelques-unes d'entre elles.

En fait, je possède et je produirai 57 observations desquelles il résulte clairement que le mercure, donné dès le début de la lésion primitive, par les meilleurs spécialistes, et continué à hautes doses pendant une période autant ou plus prolongée que le médecin ne l'avait voulu, a laissé la syphilis se comporter comme si l'on s'était abstenu de spécifiques, c'est-à-dire tantôt se terminer heureusement après deux ou trois poussées de symptômes peu intenses et graduellement décroissantes, tantôt récidiver à courts intervalles, aller en s'aggravant et devenir tertiaire.

D'autre part, le mercure a ses inconvénients et ses dangers. Tout en l'absolvant de griefs imaginaires, tout en le disculpant de la production de quelques-unes des lésions syphilitiques, que l'Allemagne a encore l'étourderie de mettre à sa charge, je lui impute positivement, et sur preuves cliniques suffisantes : 1° le phagédénisme de l'ulcère primitif; 2° la stomatite, et la nécrose des bords alvéolaires; 3° la gastro-entérite aiguë et la dyspepsie; 4° le tremblement des extrémités; 5° l'apoplexie (rare); 6° l'aliénation mentale; tous accidents que j'ai observés à la suite de traitements ordonnés et surveillés par de très compétents et très attentifs confrères.

Comme, d'ailleurs, j'ai vu la syphilis traitée sans mercure guérir le plus souvent; comme j'ai recueilli de nombreuses observations de cas où la persistance de cette guérison a pu être constatée au bout de quatre, cinq, six, sept et quatorze ans (comptés à partir de la disparition du dernier accident syphilitique), je crois servir l'intérêt de mes malades en n'ordonnant pas le mercure indistinctement à tous.

En conséquence :

Si la lésion primitive est un chancre induré, ligneux, je donne le mercure.

Si c'est une érosion chancriforme, je temporise et j'observe; me guidant d'après l'étude attentive des signes pronostiques énumérés ci-dessus; signes qui, se déroulant sous mes yeux, m'apportent, à chaque phase, un indice nouveau sur la gravité probable de la syphilis à laquelle j'ai affaire. Tant que leur réponse est favorable, tant que, en d'autres termes, je crois pouvoir compter sur une syphilis faible, je m'abstiens de mercure, au lieu de le prodiguer comme tous les praticiens le font aujourd'hui, au grand préjudice des malades, contre de légères récidives qui, au bout de quelques mois, auraient d'elles-mêmes abouti à la guérison définitive de l'intoxication. Je ne renonce point, pour cela, à d'autres remèdes, à l'iode, au fer, au quinquina, et je m'aide surtout des diverses ressources d'une hygiène reconstituante, dont les services, dans ce cas, méritent, selon moi, de prendre la première place parmi nos moyens thérapeutiques.

S'il survient quelqu'un des accidents que l'expérience m'a appris être particulièrement justiciables du mercure (induration, iritis, aphonie, etc.), je fais la médecine du symptôme, en administrant ce spécifique, seul ou associé à d'autres agents, jusqu'à guérison complète de l'accident en question. J'en use de même avec les iodurés contre l'état chloro-anémique de la première période, contre les douleurs et les ulcérations tertiaires, etc.

Enfin, et malgré son insuffisance beaucoup trop avérée dans nombre de ces circonstances, je n'hésite pas à prescrire le mercure, à le continuer tout aussi longtemps que mes collègues les plus convaincus de son efficacité et de sa nécessité, toutes les fois que le cours de la maladie est venu m'apprendre qu'elle existe à ce degré que j'ai désigné sous le nom de syphilis *forte*. Mais c'est alors le cas de ne pas se fier exclusivement à ce médicament, si souvent infidèle, et de faire, concurremment ou isolément, appel à l'iode, aux plus actifs modificateurs que fournissent l'hygiène et l'hydrologie, enfin aux méthodes thérapeutiques empruntées à l'étude des autres maladies virulentes, méthodes auxquelles le mouvement actuel des esprits et les progrès de la syphilographie moderne laissent espérer une revanche de leurs défaites passées.

---

Nous avons à signaler aux Académies plusieurs communications importantes :

A l'Académie des sciences, M. Maisonneuve a lu un mémoire sur la méthode d'uréthrotomie interne et présenté l'instrument qu'il avait déjà montré à l'Académie de médecine. Nous reproduisons la figure de cet instrument fort ingénieusement imaginé et qui paraît avoir reçu déjà plus d'une heureuse application. — M. Blondlot, dont le nom se rattache honorablement à l'étude de la toxicologie, a fait connaître un procédé nouveau pour la recherche du phosphore. — Enfin, nous signalons des recherches expérimentales de de M. Politzer sur la physiologie de l'organe de l'ouïe et une note de M. Mascarel sur la guérison de certaines paralysies générales par l'usage des eaux du Mont-Dore.

L'Académie de médecine a entendu deux excellents rapports : l'un de M. Ch. Robin sur la circulation dans les membres et dans la tête, chez l'homme; l'autre, de M. H. Bouley, relatif à un cas de farcin chronique communiqué à l'homme par un cheval atteint de morve. L'intérêt capital de ce fait, dont M. Hippolyte Bourdon avait fait part à l'Académie, est que le farcin s'est terminé par la guérison. M. Bouley, pas plus que M. Bourdon, n'a émis à cet égard le moindre doute. A l'occasion de ce rapport, M. J. Guérin a émis sur plusieurs points de l'histoire de la morve, des opinions particulières, qui ont fait hocher la tête aux vétérinaires et à quelques autres membres. MM. H. Bouley, Renault et Tardieu ont demandé la parole.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

**Observations sur quelques cas de hernies ombilicales étranglées.** — Lettre adressée à la Société de chirurgie, par M. le docteur Goyrand (d'Aix).

A la fin de la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirurgie, M. Huguier avait mis en doute l'utilité de la kélotomie dans l'exomphale étranglée, ce qui a provoqué le travail suivant, dont nous donnons ici un extrait substantiel avec l'intention de revenir sur ce point important s'il y a lieu.

Ar. Verneuil.

« La proposition de M. Huguier [tendante à faire rejeter l'opération de la hernie ombilicale *intestinale*, et à laisser se former un anus contre nature (1)], pourrait, dit M. Goyrand, mettre bien des chirurgiens dans l'embarras, et il importerait que son auteur fît connaître les faits sur lesquels s'appuient ses vues nouvelles et les motifs qui lui font rejeter le débridement dans cette espèce de hernie. — Est ce à cause de la gravité de l'opération, de la rareté des succès? A quoi on peut répondre : *Melius anceps remedium quam nullum.* Serait-ce que le taxis prolongé et forcé dût triompher

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, 1861, n° 8, p. 123.

toujours de l'étranglement? Mais on n'est quelquefois appelé qu'au bout de plusieurs jours et dans des conditions telles qu'il y aurait imprudence à replacer l'intestin dans le ventre sans l'avoir examiné à découvert. Ainsi jusqu'à nouvel ordre le principe d'abstention est inacceptable

» J'ai rencontré, continue M. Goyrand, cinq cas d'étranglement grave de hernies ombilicales ou circum-ombilicales. Dans un premier cas, chez un sujet atteint d'ascite, le taxis triompha des accidents; dans le second, les symptômes modérés pendant les deux premiers jours prirent tout à coup un tel degré de gravité qu'on dut renoncer à toute opération et laisser mourir le malade. Enfin chez trois autres patients le débridement fut pratiqué et la guérison obtenue.

» A en juger par cette petite statistique, on croirait que l'étranglement n'est pas plus grave dans l'exomphale que dans les hernies crurale ou inguinale. Or, au dire de tous les chirurgiens il en est autrement; évidemment j'ai eu une série heureuse, mais de son côté M. Huguier n'est-il pas tombé sur une mauvaise série? »

Voici les observations abrégées :

OBS. I. — *Exomphale étranglée chez un sujet atteint d'ascite; taxis; guérison.* — Homme âgé de quarante-cinq ans, cicatrice ombilicale soulevée par l'épanchement et formant un sac transparent, multilobé par des brides résistantes allant de la base au sommet; l'intestin s'y engage et s'y étrangle. Accidents graves pendant vingt-quatre heures. La réduction est néanmoins obtenue; selles abondantes; cessation prompte de tous les symptômes d'étranglement. Point de nouvelles ultérieures. La présence du liquide de l'ascite, la rigidité faible de l'anneau favorisèrent sans doute le succès du taxis.

OBS. II, 1815. — *Exomphale étranglée; gangrène de l'intestin; mort sans opération.* — Vieillard âgé de soixante-quatorze ans, obèse; hernie plate, large comme la paume de la main, développée au-dessous de la cicatrice ombilicale, existant depuis seize ans, en partie irréductible depuis huit ans; autrefois maintenue par un bandage à ressort, remplacé depuis plusieurs années par une simple ceinture lacée.

Couche cutanée, dure, brune, épaisse, adhérente. Tumeur dure en certains points, fluctuante en d'autres, presque indolente. M. Goyrand arrive à la cinquante-quatrième heure de l'étranglement. Vomissements d'un peu de matière stercorale, nausées continuelles, léger hoquet; constipation complète depuis le début. Cependant pouls presque normal, pas de chaleur à la peau; nulle trace de péritonite. Simple constriction douloureuse à la partie supérieure du ventre. Plusieurs tentatives de taxis sans résultat; le malade refuse l'opération; il était six heures du soir. Lavement purgatif, fomentations émollientes.

A neuf heures, changement des plus fâcheux; plus de vomissements, hoquet redoublé, anxiété extrême, peau froide, voix éteinte, pouls imperceptible. Une consultation a lieu, et l'on déclare la kélotomie impraticable. Mort à trois heures du matin, soixante-trois heures après le début.

*Autopsie* par le docteur Mouton. — Peau séparée du sac par une couche mince et serrée de tissu cellulaire. Le sac contient une assez grande quantité de sérosité brunâtre; masse considérable d'épiploon très injecté, adhérente en plusieurs points, surtout au collet; au-dessous, anse intestinale d'un brun noirâtre, molle, complétement gangrenée, mais sans perforation et fortement serrée par l'anneau ombilical. Le ventre n'a pas été examiné ni l'anneau disséqué.

OBS. III, 1836. — *Hernie sus-ombilicale étranglée; opération; guérison.* — Femme âgée de soixante douze ans, affectée depuis cinquante ans d'un exomphale toujours contenue. L'orifice, situé au-dessus de la cicatrice ombilicale, rond, résistant, admet à peine le bout du doigt. Quoique la malade fût tenue au lit par une fracture de jambe, la hernie sort à la fin d'avril. Taxis, réduction; nouvelle issue le 1er mai, avec vomissements. Taxis heureux, bandage.

8 mai, sept heures du matin. Grands efforts pour aller à la selle, étranglement, réduction impossible, vomissements. Saignée, bain chaud, sangsues, lavements purgatifs; le tout sans résultat.

9 mai, midi. Nausées continuelles, vomissements fréquents, constipation absolue, anxiété, pouls dur et fréquent. Tumeur molle presque indolente, ventre souple, tranchées et constriction abdominale, point de péritonite cependant. Lavement au tabac; nouveau taxis; insuccès Le soir, le ventre se ballonne, l'anxiété augmente; la hernie elle-même conserve sa mollesse et son indolence. Cependant les symptômes généraux engagent M. Goyrand à pratiquer l'opération à huit heures du soir, trente-huit heures après le début des accidents. Il pensa d'abord à débrider sans ouvrir le sac; il fit donc à la partie supérieure, à gauche de la tumeur, une incision qui dut être grande à cause de l'embonpoint. La transparence du sac laissait voir son contenu brun foncé, et faisait craindre une grande altération de l'intestin, on ouvrit donc. Deux ou trois onces de sérosité sanguinolente, noirâtre, s'écoulèrent. On découvrit ainsi une anse d'intestin grêle, longue de trois ou quatre pouces, d'un brun foncé, violacé, vide et aplatie, mais cependant non gragrenée; pas d'épiploon; étranglement très serré; débridement d'une ligne et demie en haut et à gauche; traction de l'intestin; nulle altération grave, ni dans sa continuité, ni au point strangulé; réduction; l'incision cutanée, longue de quatre pouces, fut réunie par les agglutinatifs. Dans la nuit, plusieurs selles successives; pendant vingt-quatre heures, persistance des nausées, des vomissements, des coliques et du ballonnement abdominal avec fièvre assez intense; puis tout se calma, et le dix-huitième jour la plaie était guérie.

La malade reprit son bandage qu'elle ne quitta plus; elle mourut quatre ans après d'une affection du cœur. La hernie ne s'était pas reproduite.

Dans les réflexions qui suivent ce récit, M. Goyrand s'étonne que, malgré l'absence de l'épiploon protecteur, l'intestin fortement serré pendant trente-huit heures par un anneau étroit et résistant n'ait présenté aucune altération grave.

Il revient aussi sur la contradiction si frappante entre les symptômes généraux si graves et les signes locaux si bénins, il attribue l'indolence de la tumeur à ce que l'intestin était vide « et que la distension par des gaz qui fait que l'intestin résiste à la première, contribue beaucoup à produire les douleurs dont la hernie étranglée est si souvent le siége ».

OBS. IV. — *Hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée; débridement; réduction de l'intestin et d'une masse épiploïque indurée et ecchymosée; guérison* (1837). Femme âgée de soixante-douze ans, affectée depuis trente ans d'une exomphale en partie irréductible et contenue par un bandage très mal construit. Plusieurs fois déjà il y avait eu étranglement; on était toujours parvenu à réduire. Le 23 juin, nouvelle issue; taxis infructueux. Le 26, tumeur, hémi-sphérique, 9 centimètres de diamètre, située immédiatement au-dessous du nombril, douloureuse à la pression, molle et élastique en certains points, dure dans d'autres. Ventre souple, non douloureux, coliques; nausées fréquentes, vomissements stercoraux; fièvre, face altérée, voix cassée; opération à trois heures de l'après-midi.

Incision longitudinale dépassant les limites de la tumeur. Malgré l'embonpoint assez marqué, la couche celluleuse sous-cutanée est très mince. Incision du sac, écoulement d'une cuillerée et demie de sérosité sanguinolente. Anse d'intestin grêle de 12 à 14 centimètres, d'un rouge brun, recouverte par une masse épiploïque volumineuse, large, souple, membraneuse vers l'anneau; mais supérieurement épaissie, dure, ecchymosée, noirâtre, presque splénifiée. Débridement de 5 à 6 millimètres en haut et à gauche. Traction de l'intestin qui, reconnu sain, est réduit, ainsi que l'épiploon; incision cutanée rapprochée par trois points de suture; pansement légèrement compressif; cessation des vomissements. Selle douze heures après l'opération; suture enlevée le cinquième jour; cicatrisation complète le vingtième.

Cette femme reprit son bandage, quoique la hernie ne montre aucune tendance à se reproduire. M. Goyrand insiste pour faire voir combien l'opération a été bénigne, malgré les circonstances qui devaient la rendre si grave.

OBS. V. — *Hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée; kélotomie; réduction de l'intestin, épiploon laissé dans le sac; guérison* (1853). — Femme âgée de cinquante-quatre ans, tempérament sanguin, embonpoint considérable, atteinte depuis douze ans d'une hernie médiane, immédiatement au-dessous de l'ombilic, maintenue même la nuit par un bandage à ressort. Quand celui-ci était mal appliqué, la hernie sortait quelquefois, mais la position horizontale et la pression des doigts la réduisait aisément.

Le 15 janvier, étranglement, coliques, vomissements. Le 16 au matin, essai de taxis infructueux; saignée, cataplasmes, onctions belladonées; à l'intérieur, trois gouttes d'huile de croton; nouvelle tentative de taxis. Le même jour, à six heures, M. Goyrand est convoqué : hernie globuleuse à peine visible parce qu'elle est masquée par une épaisse couche de graisse, mais qu'on sent par le toucher; du volume d'une pomme moyenne; elle repousse en bas la cicatrice ombilicale; elle est élastique, modérément dure, peu douloureuse, sonore à la percussion vers son centre. Abdomen un peu ballonné, coliques très vives à l'ombilic, pas de péritonite. Depuis midi, plusieurs vomissements, nausées très fré-

quentes, constipation absolue ; état général assez rassurant ; fièvre modérée, pouls assez plein, peau chaude, langue humide. On continue la potion purgative ; on prescrit les applications froides sur la tumeur.

Neuf heures du soir, pas de changement ; deux vomissements abondants ; nouveaux essais de taxis infructueux ; opération, incision longitudinale de 8 centimètres. Au sommet de la tumeur, la graisse souscutanée manque, remplacée par une couche très mince de tissu cellulaire. Incision du sac, anse d'intestin grêle d'un brun rougeâtre, d'une consistance normale ; seulement quelques gouttes de sérosité ; épiploon chargé de graisse, intimement adhérent au collet du sac et à sa face interne par deux brides celluleuses. On tente sans succès de débrider entre le sac et l'épiploon ; le doigt est alors glissé entre ce dernier et l'intestin, et l'on divise ainsi quelques fibres du pourtour de l'anneau. En haut et à gauche, et dans l'étendue de 5 à 6 millimètres, traction de l'intestin ; un de ses bouts est déjà fortement rétréci ; du reste, ni ulcération, ni amincissement des parois au point étranglé. Réduction de l'anse, abandon au contraire dans le sac de l'épiploon adhérent et chargé de graisse.

Six points de suture ; légère compression par l'appareil de pansement : potion diacodée. Pendant la nuit, selles abondantes, liquides, avec beaucoup de gaz ; les vomissements cessent, quelques coliques ; rien au péritoine ; état général très bon : lavements, selles.

Le 19, retour de l'appétit : trois bouillons ; lavement, selle copieuse, ablation des points de suture les jours suivants ; guérison complète le 3 février.

Après la cicatrisation, le doigt, appliqué sur l'anneau, sent une impulsion pendant la toux. Un bandage convenable est prescrit.

Telles sont les observations de M. Goyrand ; résumons encore les réflexions qui les accompagnent.

Dans tous ces cas la hernie était fort ancienne : cinquante, trente, seize, douze années s'étaient écoulées et aucun accident grave n'était survenu. Trois fois la tumeur était devenue partiellement irréductible par adhérence de l'épiploon, qui s'était induré et infiltré de graisse. L'opération a montré toujours l'intestin grêle jamais l'arc du côlon. On dit que de coutume le sac de l'exomphale ne contient pas de sérosité, les faits précédents montrent le contraire. Ils sont également de nature à éclaircir deux questions controversées : savoir, l'issue de la hernie par l'anneau ombilical lui-même ou par un orifice accidentel siégeant dans son voisinage, puis l'existence du sac qu'on a contestée.

Dans les trois opérations, les petits débridements comprenant le collet du sac et l'anneau ont suffi. Enfin on remarquera la guérison à peu près radicale survenue chez les sujets des observations III et IV. Or, après la kélotomie pour les hernies crurales et inguinales jamais on n'obtient ce résultat malgré la précaution qu'on prend de replacer le bandage aussitôt après la guérison de l'opération ; au bout de deux ou trois mois la hernie reparaît toujours. Cette différence dans les résultats consécutifs tient sans doute à ce que les viscères flottants du ventre, entraînés par leur poids et poussés par les puissances musculaires, se portent sur la partie inférieure de la paroi abdominale contre laquelle ils viennent buter, tandis qu'ils ne font que glisser derrière cette paroi à la hauteur de la région ombilicale.

« Telles sont, dit en terminant M. Goyrand, les faits qu'une pratique de trente ans m'a fournis sur ce sujet important. Trois opérations dans des cas d'étranglement grave, trois succès. Ce qui n'est pas de nature à justifier la proscription dont M. Huguier veut frapper la kélotomie appliquée à la hernie ombilicale étranglée. »

---

**Des sécrétions en général ; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas**, par Lucien Corvisart, Médecin Ordinaire de l'Empereur, etc. — Mémoire présenté le 26 février 1861 (1) à l'Académie impériale de médecine.

On sait que l'incessant mouvement de la matière consumée ici par l'exercice de la vie, là, perpétuellement renouvelée d'une manière urgente par la nourriture, ferait de l'économie un réceptacle immonde et inerte, sans les sécrétions

(1) J'ai apporté, depuis, quelques améliorations à la rédaction de ce mémoire.

Sans aborder celles qui déterminent la succession de l'espèce, les sécrétions qui assurent la vie de l'individu convergent à ce grand but d'une manière bien différente.

Quoique capitale, cette différence est, il faut l'avouer, bien peu comprise dans la distinction classique des sécrétions en excrémentitielles et récrémentitielles, basée, en effet, sur un phénomène relativement peu significatif, aussi serais-je volontiers conduit à proposer une division plus physiologique.

On peut reconnaître en réalité deux sortes de sécrétions distinctes.

1° Les sécrétions émunctoires qui doivent rejeter des matériaux usés, dont la présence est désormais inutile ou nuisible à la vie, tels que l'acide carbonique, l'urée, etc. Ces sécrétions et leurs matériaux sont, en définitive, l'expression de fonctions éteintes, d'organes qui ont vécu, de résidus.

2° D'autres apportent, au contraire, à l'économie des *forces* nouvelles, et sont l'expression de fonctions qui vont *naître*, telles que les sécrétions séminale, gastrique, pancréatique, etc., dont la digestion et la fécondation dérivent, ce sont les sécrétions dynamiques.

En un mot, les matériaux des sécrétions émunctoires cessent leur rôle biologique à l'instant qu'ils sortent de la glande ; au contraire, les matériaux des glandes dynamiques, loin de terminer, inaugurent, à l'instant même qu'ils sont sécrétés, celui qu'ils sont appelés à jouer dans l'économie.

On voit la différence radicale (1).

Ces deux sortes de sécrétions, concourant au même but par des voies essentiellement différentes, sont également importantes : sans les dynamiques, en effet (spermatiques, digestives, etc.), la vie cesse d'être engendrée ou entretenue ; si les émunctoires sont suspendues (comme par un arrêt de la sécrétion de l'urée ou celle de l'acide carbonique par le poumon), la vie se trouve comprimée, empoisonnée, s'éteint encore.

Telle est l'importance des sécrétions qu'on peut affirmer que l'intégrité de presque chaque sécrétion est plus nécessaire à l'économie que la conservation d'un membre !

Sans rappeler les conséquences trop connues de l'exagération des sécrétions intestinales, du simple mais durable détournement de la salive ; celles de l'arrêt de la sécrétion de l'urée, de l'obstacle à celle de l'acide carbonique sont saisissantes !

Qui n'a présent à l'esprit tout ce qu'entraîne la brusque suppression de la sueur ? car il est à remarquer que ce n'est point une conséquence locale qui suit l'altération d'une sécrétion ; l'effet morbide est général.

Trop portée, peut-être, de nos jours, vers les études relativement faciles du système nerveux, la physiologie expérimentale a, en général, délaissé l'étude de la nature, ou, comme on dirait en Allemagne, du *processus* des sécrétions.

Les erreurs accréditées sont parfois bien grandes.

Pour n'en citer qu'un exemple, l'on enseigne journellement que, par des excitations galvaniques, physiques, chimiques, on peut instantanément provoquer la sécrétion.

Le bon sens ne répugne-t-il point cependant à admettre qu'un globule de graisse sébacée, un ferment digestif ou un spermatozoaire puisse naître instantanément d'une excitation galvanique ?

On nous pardonnera quelques généralités sans doute prises bien *ab ovo*, et une analyse sans doute aussi méticuleuse de la sécrétion, mais analyse et généralités nous paraissent importantes.

(1) En aucune science il n'existe de classification absolument rigoureuse. Celle-ci n'échappe point à cette loi générale.

Il est évident que les sécrétions dynamiques éliminent toujours quelque substance émunctoire, quand ce ne seraient que les produits de désassimilation de la glande elle-même, mais le principe général n'en subsiste pas moins, comme la distinction. Certains matériaux émunctoires peuvent même remplir quelque rôle dans l'économie, comme le mucus qui lubréfie les surfaces, sans cesser pour cela d'être surtout destinés à l'élimination. Ce qui fait le caractère d'une sécrétion dynamique, est la création d'un principe spécial par la glande en vue d'une grande fonction, indépendamment de tout ce qui peut accompagner ce principe.

Si nous nous sommes trompé, l'attention sera du moins attirée sur ce sujet.

On sait que tout embryon, c'est-à-dire tout ovule ou œuf se développe, s'accroît et se configure d'abord sans système nerveux, sans vaisseaux; néanmoins on peut prévoir dans un ovule, tel organe, tel caractère d'espèce, presque telle ressemblance individuelle, jusqu'à telles aptitudes diathésiques. Donc, à moins d'admettre pendant l'évolution du germe des générations *spontanées* non-seulement de substance matérielle, mais d'organes, il faut reconnaître que chaque élément du corps des parents se trouve représenté dans l'ovule par un élément infinitésimal mais réel, doué d'aptitudes spéciales et innées d'accroissement en volume et en nombre « *par assimilation* » de configuration, de sympathies; et qui, mises en jeu PAR LA SEULE VIE VÉGÉTATIVE, avant toute vie de relation, suffisent pour amener tel élément histologique, telle forme individuelle ou collective de ces éléments, telle disposition anatomique de ces éléments des organes ou tels organes eux-mêmes, telles aptitudes fonctionnelles individuelles ou collectives de ces derniers, l'individu tout entier.

Ces propriétés individuelles inhérentes à chacun des éléments du germe, la distinction entre la vie végétative et la vie de relation, la constitution d'une anatomie nouvelle, l'histologie microscopique sont bien ce qui a mené un savant profond, M. Virchow, à la doctrine cellulaire. « *Chaque animal représente une somme d'unités vitales.*

Mais, quoi qu'il en puisse être de la cellule ou de la molécule, si l'élément organique et l'organe peuvent s'accroître et se configurer sans vaisseaux ni nerfs dans le germe, la vie végétative ou de nutrition *ne dépend point de l'essence même des nerfs et des vaisseaux.*

Rien ne surprendra dès lors si, dans la vie adulte, toute influence absolue ne vient pas, pour la nutrition et les nutritions locales des seuls nerfs et des seuls vaisseaux.

Or, il en est de même pour les sécrétions.

La présente recherche sur le pancréas et les développements qui suivront, tendent, en effet, à reconnaître dans la sécrétion dynamique : un acte que l'on peut diminuer ou augmenter en grande partie, indépendamment des pures actions vasculaires et nerveuses et sous des influences surtout nutritives; une multiplication d'éléments essentiels à la vie, ferments, etc., par une sorte de nutrition locale dépendant, après la nature de l'organe et ses aptitudes moléculaires essentielles, non des excitations nerveuses ou des pressions vaso-motrices, non pas de la quantité « mais de la QUALITÉ DU SANG (1) »; de façon que ce point spécial de nos études nous ramènera à un grand principe, presque à la théorie cellulaire que nous appuierons « *si magna licet componere parvis.* »

La sécrétion, grâce au même mot appliqué malheureusement à bien des choses différentes, est une fonction si obscurcie que nous demanderons la permission d'en faire une analyse nouvelle (2), d'y reconnaître et dénommer trois actes bien distincts, savoir : 1° LA FORMATION SÉCRÉTOIRE; 2° LA FILTRATION; 3° L'EXCRÉTION.

1° LA FORMATION SÉCRÉTOIRE, constituée par la création de matériaux nouveaux *étrangers au sang* en même temps que caractéristiques de la glande : les animalcules spermatiques, par exemple, ou le ferment pancréatique qui fait le sujet de notre étude.

2° LA FILTRATION, soit le passage rapide dans la glande en proportion variable suivant chacune (1), des matériaux communs du sang, albumine, matières extractives, sels minéraux, et surtout en abondance de l'*eau, du sang*, ayant pour but direct, soit de dissoudre les matériaux caractéristiques et fonctionnels créés par la glande (pepsine, diastase, pancréatin), soit de fournir un véhicule approprié à ceux-ci (2).

3° L'EXCRÉTION, en dernier lieu, qui, effectuée par la contraction des acini et des vaisseaux excréteurs, contraction favorisée par la veine liquide résultant de la filtration, entraîne tous les matériaux mobiles, les porte en un endroit déterminé et favorable : vessie, duodénum, etc. (3).

Enchevêtrés, ces trois actes constituent la sécrétion entière, mais ils sont très distincts.

Naturellement ils peuvent se trouver séparés, c'est ainsi que la « *filtration* » est réduite à sa plus simple expression dans les muqueuses à mucus pur, comme dans les narines; que les canaux « d'*excrétion* » font défaut dans la sécrétion glycogène; que, dans la spermatorrhée, la gastrorrhée, la *formation* des produits caractéristiques s'abolit, tandis que la filtration et l'excrétion s'accroissent à l'extrême.

Ces actes, étant distincts, peuvent obéir aussi à des lois absolument différentes. Je n'en prendrai qu'un exemple : l'urine, dont l'acte de filtration est à peu près constant et soustrait à la volonté, tandis que l'acte d'excrétion est au *contraire intermittent* et toujours volontaire.

Si j'insiste sur cette distinction de trois actes, *c'est que, à mon* sens, il en résulte des principes pratiques de la plus haute importance.

La filtration dépend surtout des excitations vaso-motrices, de

(1) Je n'entends point : des qualités *excitatrices*, mais assimilatrices du sang.

Un sang artériel ou veineux peut être toujours excitateur, il n'est assimilateur que dans la période digestive. C'est de l'alimentation que vient cette qualité nutritive assimilatrice du sang.

(2) Le mécanisme de la sécrétion est un dédale dont les auteurs paraissent avoir hâte de sortir dans leurs trop rapides pages.

Deux hypothèses surtout ont été proposées. Suivant la première, les substances de la sécrétion préexisteraient dans le sang et ne feraient que se déposer ou passer dans la glande; suivant la seconde, ce seraient les matières mêmes de la glande qui deviendraient, par un acte de désorganisation, de désassimilation, celles de la sécrétion.

Pour le premier point, on voit que les matières communes du sang constituent l'élément indifférent des sécrétions dynamiques; mais on n'a jamais trouvé dans le sang les éléments spéciaux de celles-ci : la pepsine, la pancréatine, les animalcules spermatiques. Il y a donc élaboration, création dans la glande.

Pour le second point, on n'a guère poussé les études bien loin; on a tenté de montrer que c'était l'épithélium des acini ou des canaux glandulaires qui créait ces matériaux par désassimilation; mais rien n'a été prouvé.

Que la chose se passe par cet intermédiaire de formation et de désassimilation histologiques ou par tout autre, ce n'est pas ici le lieu de le discuter.

Nous avons dit que nous admettions comme indubitable que tout, dans l'ovule fécondé préexiste en substance; de même nous admettons que la glande, au moment de son apparition, contient en quantité infinitésimale le ferment qui forme le caractère et le but de sa fonction.

Pour que la glande puisse prendre sa forme et son volume, on est conduit à admettre que les substances qui préexistaient en elles se sont multipliées, c'est-à-dire accrues en provoquant incessamment dans certaines substances étrangères qui lui sont apportées et ont avec elles le plus de ressemblance, une similitude, une *assimilation*. L'expression a consacré la netteté de cette loi.

Pareille chose, suivant nous, se passe, par exemple, pour le ferment pancréatique. Existant dans la glande simultanément avec la formation de celle-ci, ce ferment s'accroît ensuite par l'exercice des mêmes lois, c'est-à-dire en *assimilant* progressivement à lui-même dans la trame de l'organe certaines parties qui viennent de la nourriture, modifiée sous forme de nutriments par la digestion, modifiée peut-être d'un degré de plus encore dans le sang qui les apporte.

La diversité des glandes, la variété des nutriments, et par conséquent les différentes assimilations, expliquent ainsi facilement la diversité elle-même des sécrétions.

Mais, nous le répétons, admettre que, aussitôt qu'un *nerf* vaso-moteur est excité, une pression vive du sang provoquée, la dilatation des vaisseaux opérée, on fasse aussitôt effectuer *cette* sécrétion en abondance et comme d'un coup de baguette, nous ne pouvons souscrire à cette autre théorie.

Ce que la pression du sang, la dilatation des vaisseaux provoquée par les expériences récemment faites peuvent rapidement produire, c'est l'*excrétion*, la filtration si l'on veut, en quantité variable, de certains matériaux préexistant dans le sang, comme l'*eau*, l'*albumine*, les *sels minéraux*, etc., excrétion qui prend le libre chemin des canaux glandulaires. L'esprit conçoit facilement un pareil effet, provoqué soudainement et sous les yeux mêmes de l'expérimentateur, par de telles causes. Mais il en est autrement, s'il s'agit d'une élaboration sécrétoire, d'une création nutritive. Hautement nous nous défendons de croire que de telles expériences aient produit la véritable sécrétion.

(1) Passage souvent électif. L'urée passe surtout dans les urines; mais il en existe toujours dans les glandes sudoripares. Celles-ci présentent aussi de l'acide lactique, des lactates; mais le lieu surtout électif de celui-ci est la sécrétion gastrique. En un mot, presque jamais l'élection glandulaire émonctoire n'est absolue.

(2) On peut considérer l'acte de filtration comme un acte intermédiaire aux deux autres. S'il est lent, il maintient la glande dans son état d'humidité et de nutrition nécessaire à sa vie, s'il est au contraire rapide, abondant, c'est surtout l'excrétion qu'il favorise. En effet, son courant a une action d'entraînement, et la veine liquide qu'il fournit donne prise utile à la contraction des canaux excréteurs. Toutefois, l'acte de filtration, *en dehors de la qualité du sang*, appartient dans la sécrétion plutôt au groupe excréteur.

(3) Dans les sécrétions dynamiques, l'excrétion a pour but, après la filtration qui a lavé et dissous les principes caractéristiques formés de conduire ces derniers au lieu favorable à la manifestation fonctionnelle pour laquelle ils sont créés. C'est en réalité un acte de translation, car le mot *excrétion* convient bien mieux à cet acte dans les sécrétions émonctoires, dont le but est non de conduire, mais de chasser et d'expulser.

la pression vasculaire ; l'excrétion est plus motrice encore. Toutes deux sont du ressort de la vie de relation (1), qui a ses lois spéciales.

La formation sécrétoire est sous la dépendance directe, au contraire, de la vie végétative ou de nutrition (2), dont les lois sont différentes.

C'est donc à des agents tout différents aussi que le praticien devra avoir recours pour solliciter, ici, l'excrétion attardée ; là, la filtration émunctoire des matériaux communs du sang ; ici, enfin, pour rappeler la formation, c'est-à-dire la force et l'action d'une sécrétion dynamique épuisée.

Or, la physiologie, en toutes choses, véritable âme de la médecine, jusqu'à présent fait défaut à donner ici de sûrs enseignements.

La plus grande confusion y règne encore touchant le mode dont on doit étudier, c'est-à-dire évaluer, dans des circonstances diverses, l'ACTIVITÉ des glandes sécrétoires ; la plupart mesurent celle-ci à la quantité de liquide excrété ; rien n'est plus fâcheux.

La plupart des physiologistes, rebutés peut être par l'obscurité de l'acte que nous appelons de « formation ou d'élaboration glandulaire », séduits par la facile observation de quelques qualités physiques et chimiques, et des phénomènes de l'*excrétion*, ne se sont guère occupés que de celle ci.

Pour amener la filtration et l'excrétion, il suffit, en effet, d'exciter, et l'observation est faite.

Les excitants de toutes sortes : électricité, pincement, frottement, alcalis, acides, sels, alcool, éther, sections de nerfs, ont été prodigieusement expérimentés.

De ce qu'il y avait aussitôt écoulement ou sécheresse, on a inféré aussitôt qu'on avait excité ou aboli LA SÉCRÉTION, concluant ainsi, par une étrange confusion de faits et de mots, d'un acte, l'excrétion, à l'activité sécrétoire tout entière.

Les uns ont mis du vinaigre dans la gueule d'un chien, la salive sous-maxillaire s'est écoulée aussitôt en abondance ; d'autres ont coupé le nerf tympanico-lingual, puis pincé son bout central, l'écoulement salivaire, arrêté d'abord, a reparu ; d'autres ont excité par des *frottements* la membrane muqueuse de l'estomac, et ont vu sourdre des gouttes de liquide acide comme le suc gastrique ; d'autres, enfin, ont touché avec un acide l'extrémité duodénale du canal pancréatique, l'écoulement par ce canal s'est aussitôt effectué.

Dans toutes ces expériences, il était manifeste qu'on avait seulement provoqué l'excrétion, montré les excitateurs naturels de celle-ci. Mais, quoique l'observation seule de cet acte ait été faite, presque toujours on exprime cette conclusion finale : qu'on avait EXCITÉ LA SÉCRÉTION (3) ; la substitution des mots masquant ainsi l'insuffisance ou l'erreur de la recherche.

Or, de savoir, dans chaque expérience, si les liquides excrétés (4) avaient vraiment les propriétés digestives, ce qui était vraiment le plus important ; de rechercher, par une mesure, si ces propriétés avaient augmenté, diminué ou s'étaient maintenues au degré de l'état normal ; si l'acte d'élaboration glandulaire, en un mot, avait marché du même pas que la filtration et l'excrétion ; les physiologistes ne l'ont point fait.

De rechercher si tout avait été bien observé, si le principal de ce qui venait d'être excrété (ferment) ne préexistait point dans la glande avant l'expérience, ou avait été réellement formé pendant et « par celle-ci », on n'y a même point songé.

Non content d'appliquer à l'augmentation la sécrétion, sous l'influence des excitants, ce qu'ils avaient vu pour la seule excrétion, les physiologistes ont été plus loin ; s'étant livrés aux résections nerveuses, après avoir vu l'estomac rester sec après la section des pneumogastriques ; le conduit de Warthon ne plus émettre de liquide après celle du nerf tympanico-lingual, ils ont, par un même système, conclu de l'abolition d'un seul acte, celui de l'excrétion à l'abolition sous ces influences, de la sécrétion tout entière sans s'être enquis de savoir si, par hasard, durant les douze ou vingt-quatre heures qui suivaient la section nerveuse, la glande ne continuait pas à se nourrir, et ne continuait pas d'élaborer les principes importants, fonctionnels de sa sécrétion, et à s'enrichir de ces produits élaborés en raison même de leur défaut d'expulsion, présisément à l'instant où l'on accusait sa pauvreté.

Si donc l'étude des phénomènes et des causes de l'excrétion peut être aujourd'hui assez connue par ces données, celle des actes glandulaires qui dépendent surtout DE LA VIE DE NUTRITION, en un mot la formation et l'accroissement des principes essentiellement destinés par leur action fonctionnelle future au plus grand rôle, se trouve toute à commencer (1).

Les causes qui les produisent, les variations qu'ils peuvent subir ont également été négligées.

On a bien décrit parfois quelques modifications d'aspect physique, de couleur, de transparence, de densité, de saveur ou d'odeur dans les liquides excrétés, et, dans de rares occasions, quelques modifications chimiques constatées par l'analyse.

Mais, relativement aux sécrétions que nous étudions plus spécialement ici, nous pensons que la pure étude physique ou chimique est entièrement impuissante ; d'ailleurs, l'analyse chimique n'a guère porté, en ces occasions expérimentales déterminées, que sur le moins important, sur l'eau, l'albumine, les sels organiques ou minéraux, substances qui, bien qu'issues de la glande, sont communes au sang, comme elles sont communes aussi à toutes les sécrétions, dont les différences ne sauraient caractériser aucune d'elles, et dont l'utilité, après leur excrétion, est encore à démontrer.

Enfin jamais physiologiste véritable ne saurait se contenter d'une pure analyse chimique pour l'appréciation de la qualité fonctionnelle des sucs digestifs, car ces derniers la doivent à des ferments, c'est-à-dire à des corps encore très voisins de la vie. Ces corps, en effet, pour une quantité et une composition identiques, peuvent jouir de propriétés fonctionnelles essentiellement inégales en puissance : telle la pepsine, qui, ainsi que je l'ai dit (*Dyspepsie*, 1854, p. 2, note), pour un même poids, une même composition, se montre tantôt inerte, tantôt efficace à digérer.

On sait que la température de 70 degrés centigrades, sans en modifier sensiblement la composition chimique, change physiologiquement ce ferment du tout au tout et le rend inerte.

(1) Burdach, bien qu'il l'ait fait d'une manière assez confuse, a le grand mérite d'avoir tout au moins posé un grand nombre de sages et profondes questions sur ce sujet (voy. *Physiologie*, vol. VII, AFFLUX DU SANG, FORMATION ORGANIQUE, etc.), mais il confond bien souvent, malgré tout, l'excrétion et la sécrétion.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## III.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

CHIRURGIE. — *Sur l'uréthrotomie interne dans le cas de rétrécissement fibreux de l'urèthre*, par M. le docteur *Maisonneuve*. — M. Maisonneuve lit sous ce titre un mémoire, et présente un instrument.

D'après le principe de cet instrument, la lame tranchante n'a plus besoin d'être protégée par une gaîne ; le chirurgien peut, sans précaution aucune, lui faire parcourir toute la longueur du canal sans que les parties saines puissent être lésées, et néanmoins

(1) Il ne faut pas méconnaître *l'indirecte et réelle influence* que la circulation et le mouvement du sang exercent sur la nutrition ; mais celle-ci dépend directement de la qualité du sang.

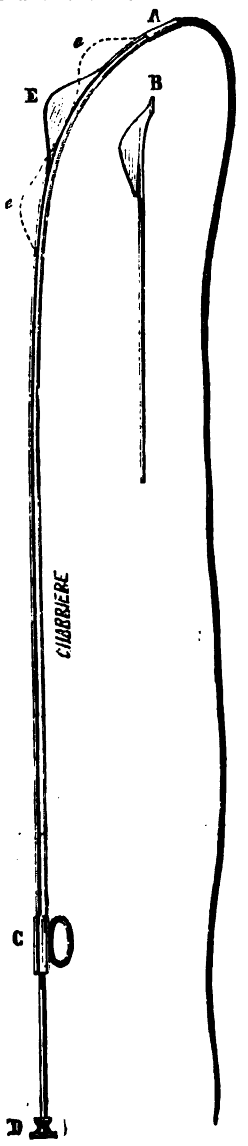
(2) La vie de nutrition générale ou locale dépend, chez l'œuf, des qualités des matériaux de l'œuf et de l'air, avant toute circulation ; chez l'animal formé elle dépend *des qualités* des fluides nutritifs circulants.

(3) Longet a toutefois sur ce sujet donné un grand exemple de prudence. Voyez *Physiologie du système nerveux*, art. PNEUMOGASTRIQUE.

(4) Voyez ce que j'ai observé pour le suc gastrique obtenu par les excitations mécaniques comparativement à d'autres, dans Longet, *Physiologie*, t. I, p. 181, 2e édition.

avec la certitude de diviser complétement et à la profondeur voulue tous les rétrécissements.

Le principe nouveau consiste à donner à la lame tranchante la forme d'un triangle isocèle rectangle dont le sommet, le bord postérieur et le cinquième supérieur du bord antérieur sont émoussés et arrondis. Avec une pareille disposition, il est impossible que la lame puisse blesser les parois du tube membraneux, pourvu que les dimensions du tube soient en rapport avec celles de la lame; d'autre part, il est également évident que si sur le trajet du tube il se trouve des points rétrécis, c'est-à-dire plus étroits que les dimensions de la lame, ils seront inévitablement divisés, et cela à la profondeur strictement indiquée par la hauteur du tranchant




On trouvera dans mon mémoire, dit l'auteur, un exposé de résultats cliniques desquels il résulte qu'un grand nombre de fois il m'a été donné d'employer cette nouvelle méthode dans les cas les plus graves, tant à ma clinique de l'hôpital que dans ma pratique civile, et que les résultats ont dépassé toutes les prévisions : les rétrécissements les plus durs, les plus compliqués ont été guéris avec une facilité et une promptitude incroyables, et cela sans avoir eu jamais à déplorer un seul accident. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Sur la recherche toxicologique du phosphore par la coloration de la flamme*, par M. *Blondlot*. — Lorsque le phosphore introduit dans l'économie animale s'est plus ou moins oxydé, le seul moyen d'en constater sûrement la trace est de s'attacher à découvrir la présence de l'acide phosphoreux qui en résulte. Dans ce but, M. Dussard avait proposé, il y a quelques années, de mettre à profit la propriété que possède le phosphore et tous les composés oxygénés de ce métalloïde inférieurs à l'acide phosphorique, de donner, dans l'appareil de Marsh, de l'hydrogène phosphoré, reconnaissable à ce que la flamme, écrasée par une plaque de porcelaine, produit un reflet vert émeraude.

Mais comme un grand nombre de matières organiques (alcool, éther, essences, matières animales) empêchent l'hydrogène phosphoré de brûler avec sa coloration caractéristique, M. Blondlot, pour éviter cet inconvénient, a imaginé de fixer d'abord le phosphore sur un métal, de manière à former un phosphure qui, introduit dans un nouvel appareil, fournira de l'hydrogène phosphoré. A cet effet, il introduit le liquide suspect dans un appareil à hydrogène assez spacieux pour éviter les inconvénients de la mousse, et il reçoit le gaz dans une solution faible d'azotate d'argent, où il ne tarde pas à former un dépôt brunâtre qui, introduit à son tour dans l'appareil spécial figuré dans le mémoire, colore la flamme en vert, pour peu qu'il recèle du phosphore. (*Comm.* : MM. Chevreul, Rayer, Fremy.)

ANATOMIE COMPARÉE. — *Détermination méthodique et positive des vertèbres de la tête chez tous les vertébrés*, par M. *A. Lavocat*. — La tête fait évidemment partie du système vertébral, et, à ce titre, elle est formée de vertèbres comme les autres régions du corps. Ces vertèbres sont au nombre de quatre : 1° l'*occipito-hyoïdienne* (apophyse basilaire de l'occipital, occipital, mastoïdien, caisse du tympan, appareil hyoïdien); 2° la *parieto-maxillaire* (corps du sphénoïde postérieur, aile et apophyse ptérygoïde du sphénoïde postérieur, écaille et apophyse zygomatique du temporal, pariétal, maxillaire inférieur); 3° la *fronto-mandibulaire* (corps du sphénoïde antérieur, aile et apophyse ptérygoïde du sphénoïde antérieur, frontal postérieur et son apophyse orbitaire, frontal, jugal, lacrymal, palatin, maxillaire supérieur, intermaxillaire); 4° la *naso-turbinale* (vomer ethmoïde, os du nez, cornet sous-ethmoïdal). (*Comm.* : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

THÉRAPEUTIQUE. — M. le docteur *Mascarel* communique trois *observations de paralysies généralisées et très rebelles ayant progressivement cédé sous l'influence des eaux thermales du Mont-Dore*. (*Comm.* : MM. Bernard, Longet.)

PHYSIOLOGIE. — *Recherches physiologiques expérimentales sur l'organe de l'ouïe*, par M. *A. Politzer*. — Ces expériences ont été faites à l'aide d'un appareil électrique sur des chiens et des poules.

En voici les résultats :

1° Le muscle *tensor tympani* reçoit ses nerfs moteurs du nerf *trigeminus*.

2° Le muscle de l'étrier reçoit ses fibres nerveuses motrices du nerf facial.

3° Le muscle *tensor tympani*, en poussant en dedans la chaîne des osselets, augmente la pression labyrinthique par sa contraction, et le liquide labyrinthique se dirige en même temps vers la fenêtre ronde.

4° Le muscle tenseur du voile du palais produit la dilatation de la partie supérieure de l'orifice pharyngien de la *trompe* d'*Eustache*.

Cependant les autres petits muscles de la trompe, aussi bien que tout l'acte compliqué de déglutition, ont leur part dans le mécanisme de dilatation et de resserrement de la trompe.

Une autre série d'expériences a prouvé : 1° l'influence importante des oscillations de la pression aérienne dans la caisse sur le contenu labyrinthique; 2° que le petit degré de dureté de l'ouïe, le bourdonnement qu'on peut produire sur soi-même en condensant ou raréfiant l'air dans la caisse; le phénomène connu des plongeurs, jusqu'ici imparfaitement interprété, s'expliquent suffisamment par les changements dans la pression labyrinthique, et il est probable que beaucoup d'espèces de duretés de l'ouïe et de bourdonnements sont causées par une pression anormale due à des exsudations et à des indurations de la membrane muqueuse au niveau de l'étrier et de la fenêtre ronde.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Baudelocque* rappelle que l'Académie, en accordant des encouragements à deux de ses inventions, le céphalotribe et la compression de l'aorte (concours de 1833 et de 1836), lui avait fait espérer qu'une récompense plus élevée lui pourrait être accordée quand une longue expérience aurait confirmé les espérances qu'avaient fait concevoir les premiers résultats obtenus. M. Baudelocque pense que cette confirmation est maintenant acquise à l'une et à l'autre découverte, et il demande, en conséquence, que la commission de médecine et de chirurgie veuille bien les comprendre dans son rapport sur le concours de 1861.

Cette lettre est renvoyée à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a*. Des rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs *Dehoey* (de Saint-Girons), *Lafond* (de Torcy) et *Carret* (de Chambéry). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales

de Saint-Amand (Nord), par M. *Ma botin*; de Vittel (Vosges), par M. *Patezon*; d'Ussat (Ariège), par M. *Ourgaud*. (*Commission des eaux minérales*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles), qui réclame en faveur de feu son père la priorité de l'invention d'un spéculum à deux valves, dont un modèle a été présenté dans la séance du 29 mai dernier. — *b*. Une lettre de MM. *Robert* et *Collin*, alléguant que leur *canule à ailettes mobiles* n'a rien de commun avec l'instrument analogue de M. Mathieu. — *c*. M. *Mathieu* soumet à l'examen de l'Académie un *forceps brise-pierre*, construit d'après les indications de M. Nélaton, pour l'opération de la taille pré-rectale. Cet instrument est destiné à saisir les plus gros calculs et à les briser en fragments assez petits pour être extraits par une incision de petite étendue. Il doit, en outre, présenter un volume qui permette de l'introduire dans la vessie par une incision de 3 centimètres au plus. L'instrument se compose d'une pince-tenette dont les deux branches, s'unissant comme celles du forceps pour saisir le calcul, introduisent successivement la branche mâle d'abord, puis la branche femelle. On comprend que la partie de l'instrument qui sera au niveau de l'incision étant celle de l'entrecroisement des branches, il suffira de lui donner la faible étendue indiquée. Pour briser la pierre, on ajoute après l'introduction de la tenette dans la vessie une pièce d'une articulation facile : c'est un perforateur taillé en fer de lance et armé latéralement d'un double coin entrant dans le calcul et l'éclatant, ainsi que le prouve l'expérience. Un levier transversal, que l'on saisit de la main gauche, empêche l'instrument de faire des mouvements pendant l'opération. (*Renvoyé à l'examen de M. Gosselin*.)

M. *le Président* annonce que MM. les docteurs *Denys* (de Commercy), associé national, et *Hullin* (de Mortagne), membre correspondant, assistent à la séance.

*Lectures.*

ANATOMIE. — M. *Robin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Gavarret* et *Briquet*, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Sucquet*, ayant pour titre : *De la circulation du sang dans les membres et dans la tête chez l'homme*.

Ce travail, dit M. le rapporteur, comprend trois ordres de données distinctes :

1° Des faits anatomiques nouveaux, relatifs à la manière dont les artères des membres et de la tête se continuent avec les veines correspondantes ;

2° Des observations et des expériences sur la voie que suivent les injections poussées dans les artères des membres et de la tête pour revenir dans les veines, expériences qui ont été le point de départ de la découverte des faits précédents, et dont à leur tour ceux-ci viennent rendre raison ;

3° Des applications de ces données à la physiologie, à l'étude de la circulation de la tête et des membres, aux divers âges, dans diverses conditions naturelles ou accidentelles.

Abordant successivement l'exposé de ces trois séries de faits, M. Robin rappelle d'abord que les dispositions anatomiques décrites par M. Sucquet ont été entrevues vaguement par plusieurs anatomistes, et entre autres par Leuvenoeck, Bichat, Bourgery, et surtout par M. Claude Bernard.

Puis il donne de ces dispositions une description détaillée.

M. Sucquet a reconnu que des communications assez volumineuses existent des artères aux veines, en certains points déterminés et spéciaux de la peau des membres et de la tête. Ces communications ont lieu à l'aide de vaisseaux qui, au lieu de continuer à se subdiviser, comme le font ailleurs les artères d'un volume semblable, se jettent dans les veines par des conduits dont le diamètre varie de 6 à 12 centièmes de millimètre. Par ces dimensions assez considérables et par la présence, dans leurs parois, de fibres musculaires assez abondantes, ces conduits diffèrent complétement des véritables capillaires. Beaucoup d'entre eux sont d'ailleurs visibles à l'œil nu.

Les communications vasculaires dont il s'agit se présentent sous plusieurs formes différentes : 1° une artériole se recourbe après avoir décrit ou non des flexuosités tortueuses, et forme directement une veine; celle-ci revient parallèlement au vaisseau efférent, offrant d'abord la même largeur, puis augmentant de diamètre par suite de la jonction d'autres veines avec elle : c'est une véritable inosculation d'artériole à veinule ; 2° une artériole et une veinule satellite communiquent ensemble par un rameau transversal, direct et aussi gros qu'elle ; 3° une artériole se jette sur le côté d'une veine beaucoup plus grosse qu'elle, qui présente souvent des varicosités ampullaires dans le voisinage de cet abouchement.

Ces diverses dispositions ont été observées par M. Sucquet : 1° dans le derme des doigts, de l'éminence thénar et du poignet ; 2° dans celui de la région olécrânienne ; 3° à la surface des expansions aponévrotiques des tendons extenseurs, à la surface des ligaments du poignet, de la main, du coude et autour de la tête des os du coude ; 4° dans les régions correspondantes des extrémités inférieures ; 5° dans le derme de la peau des lèvres, du nez, des paupières, des régions sourcilières et des oreilles ; 6° dans la muqueuse des cornets et de la cloison des fosses nasales ; 7° dans celle de la pointe de la langue.

Il est probable, en outre, qu'une disposition analogue existe autour des ganglions lymphatiques et des autres glandes.

Les fonctions de ces communications artérioso-veineuses paraissent consister surtout en une sorte de circulation dérivative. La circulation doit, en effet, se modifier suivant que, les vaisseaux artérioso-veineux étant relâchés, beaucoup de sang artériel passe des artères dans les veines sans traverser les capillaires, et selon que, étant resserrés, ils forcent le sang à traverser principalement les réseaux capillaires de l'intimité des tissus.

En résumé, dit M. Robin, ce travail met en évidence et précise les lois relatives à un certain nombre de faits nouveaux d'anatomie et de physiologie. Il ouvre, en outre, une nouvelle voie à des recherches de même ordre, qu'il y aura lieu de poursuivre sur les glandes et quelques autres organes.

En conséquence, la commission propose : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur pour sa remarquable communication ; 2° de renvoyer son travail et les planches qui en font partie au comité de publication. (*Adopté.*)

PATHOLOGIE. — M. *A. Bouley*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Rayer et Hervez de Chégoin, lit un rapport sur une *observation de morve farcineuse chronique terminée par la guérison*, observation adressée par M. *Hippolyte Bourdon*.

M. Bouley fait ressortir d'abord tout l'intérêt qui s'attache à un cas de morve terminé par la guérison. Une pareille terminaison est tellement rare qu'elle peut soulever des doutes sur le diagnostic. Aussi M. Bourdon s'est-il appliqué à bien établir que son malade était très réellement atteint de cette affreuse maladie.

Cet homme était palefrenier, et, qui pis est, palefrenier dans une entreprise de déménagements, où les chevaux sont plus exposés qu'ailleurs à contracter la morve et le farcin. Pendant les vingt ou vingt-cinq jours qui précédèrent sa maladie, il avait eu à panser un cheval incontestablement morveux, et il avait négligé les soins de propreté qu'aurait réclamés une semblable besogne. Tout à coup il est pris de frissons, de céphalalgie extrême, de douleurs à l'épigastre, d'envies de vomir et de souffrances intolérables dans les membres inférieurs notamment. Puis des abcès nombreux apparaissent successivement, les uns dans l'épaisseur des muscles, les autres sous la peau, qui deviennent fluctuants d'emblée, sans présenter à leur pourtour les traces d'engorgement inflammatoire. Quelques-uns restent fistuleux pendant un certain temps ; les autres se remplissent plusieurs fois après leur évacuation première, puis se cicatrisent rapidement. Ensuite se manifestent des douleurs arthritiques très tenaces. Puis survient un enchifrènement accompagné de reniflements fréquents et d'expuition de mucosités épaisses et sanguinolentes venant évidemment des fosses nasales. Puis on découvre sur la cloison une ulcération grisâtre qui détruit peu à peu la muqueuse, le tissu sous-jacent, et met le cartilage à nu.

Pendant un certain temps le malade est épuisé par la douleur, l'insomnie et la suppuration ; mais peu à peu, grâce à un bon régime alimentaire, il récupère ses forces ; les abcès se ferment ; l'ulcération nasale se cicatrise, et la guérison s'accomplit.

M. Bourdon ne s'est arrêté à l'idée d'une morve farcineuse chronique qu'après avoir comparé la maladie dont il s'agit à toutes celles avec lesquelles elle peut avoir des traits de ressemblance, telles que la diathèse purulente spontanée, l'ozène, une affection tuberculeuse des fosses nasales, la syphilis, la scrofule.

Après cette discussion, M. le rapporteur, d'accord avec M. Bourdon, n'hésite pas à confirmer le diagnostic porté.

Mais on pourrait objecter que la maladie, dans le cas actuel, a été inoculée à un cheval, et que cette inoculation n'a rien produit. A cela M. Bouley répond que la maladie transmise peut perdre ses caractères et ses propriétés originelles en passant dans un autre organisme; qu'il y a des maladies essentiellement contagieuses, et qui cependant ne sont pas susceptibles de se transmettre par inoculation : témoin la gourme du cheval, la maladie du coït, et la morve chronique elle-même, qui, dans la grande majorité des cas, n'est pas transmissible de cheval à cheval!

Que si, dans l'espèce, quelques-uns des symptômes les plus formidables ont manqué, cela dépend, sans doute, d'un heureux privilége d'organisation qui a permis au malade de résister au mal dont il avait absorbé le germe.

Le traitement a consisté, au début, dans l'emploi de la saignée, de la diète, des boissons délayantes, des évacuants et des kermès; plus tard, des toniques (quinquina, vin de Bordeaux, alimentation fortifiante); puis, quand il n'y eut plus de doutes sur le diagnostic, M. Bourdon administra l'iodure de soufre à la dose de 10 centigrammes par jour, les toniques encore et les bains sulfureux. Quant au traitement local, il a consisté dans l'ouverture des abcès, l'application de vésicatoires volants sur les articulations douloureuses, et la cautérisation des fosses nasales avec la teinture d'iode d'abord, puis avec le nitrate d'argent.

M. Bouley se demande quelle a été la part de cette thérapeutique dans la guérison du malade de M. Bourdon; il pense que le traitement si bien dirigé par M. Bourdon est venu en aide, dans cette circonstance, aux efforts médicateurs de la nature.

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments à M. le docteur Bourdon; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

— M. *J. Guérin*, tout en reconnaissant que M. Bouley a discuté la plupart des questions que soulevait l'intéressante observation de M. Bourdon, aurait voulu que le rapporteur entrât dans des détails précis de nature à jeter quelque jour sur le diagnostic obscur, difficile, de la morve aiguë et de la morve chronique chez l'homme.

L'orateur cite ensuite le cas d'un malade qui présenta, à deux reprises différentes, quelques-uns des phénomènes de la morve, et qui guérit, comme celui de M. Bourdon, sous l'influence d'une médication dérivative et évacuante d'abord, puis d'un traitement tonique.

Ces deux faits autorisent à penser que la morve peut se montrer, chez l'homme, avec des manifestations diverses de forme et d'intensité. Il n'est donc pas nécessaire, pour juger qu'un homme est atteint de la morve, qu'il soit affecté de la totalité des signes caractéristiques de cette maladie; il suffit de quelques symptômes coïncidant avec certaines conditions étiologiques qui ne laissent aucun doute sur la contagion. Alors il ne répugne plus d'admettre que la morve soit curable, à l'inverse de l'opinion généralement accréditée jusqu'à ce jour.

M. Guérin se demande enfin si l'infection morveuse n'est pas entretenue par la résorption du liquide putride, d'une part, et par l'introduction dans les voies respiratoires des miasmes provenant des chancres nasaux, d'autre part. C'est là une question intéressante, et qui, si elle était résolue affirmativement, justifierait l'emploi des injections au tannin, auxquelles il a eu quelquefois recours.

— Trois autres orateurs ont demandé la parole. Mais, vu l'heure avancée, la discussion du rapport de M. Bouley est renvoyée à la prochaine séance.

*Présentation.*

M. le docteur *Duchesne* met sous les yeux de l'Académie une *main bot* avec absence du pouce, provenant d'un fœtus de huit moi, mort-né, et qui était affecté, en outre, d'une hernie ombilicale.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de médecine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 21 JUIN 1861.

1° M. *Boys de Loury*, compte rendu de l'ouvrage de M. Fauconneau-Dufresne sur le diabète.

2° M. *Brierre de Boismont*, Observations sur les hallucinations de la lypémanie.

3° M. *Costilhes*, Observation d'une oblitération complète du col de l'utérus chez une primipare âgée de quarante-trois ans.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

EMPHYSÈME TRAUMATIQUE DU FOIE. — EMPHYSÈME DÉVELOPPÉ DANS UN ABCÈS. — HERNIE DE L'ESTOMAC. — CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES.

M. *Larrey* communique, au nom de l'un de ses confrères de l'armée, M. le docteur Chabert, l'observation d'un emphysème du foie trouvé à l'autopsie d'un homme qui avait fait une chute d'un lieu élevé. Cet emphysème viscéral s'était développé dans les mêmes conditions que les emphysèmes traumatiques spontanés qu'on observe dans les membres. Ici le traumatisme avait déterminé, en même temps que diverses fractures des membres, des contusions du thorax et du foie, et plusieurs fractures de côtes. L'emphysème occupait surtout la surface convexe du foie et un peu l'épaisseur de l'organe, et siégeait dans le tissu cellulaire qui sépare la capsule de Glisson du tissu glandulaire. Quand on piquait les granulations emphysémateuses, les gaz qui s'en échappaient, en produisant une crépitation particulière, étaient absolument inodores. M. Chabert a insisté sur ce fait, qui lui semble prouver que ces gaz n'étaient pas dus à la putréfaction, et il ajoute que l'autopsie fut faite dans les délais ordinaires, par une température très peu élevée, et que d'ailleurs la putréfaction n'était encore commencée nulle part dans le cadavre. Enfin, pour établir qu'il s'agissait bien d'un emphysème par exhalation et non d'un emphysème par pénétration, M. Chabert a fait remarquer que le diaphragme était parfaitement intact et les poumons sans plaie. L'absence de toute odeur prouvait aussi que les gaz n'étaient pas venus de l'intestin, dans lequel ils n'avaient trouvé aucun obstacle à leur cours, et l'on sait, du reste, avec quelle difficulté ils auraient reflué par le canal cholédoque dans le foie, puisqu'il est impossible d'injecter par ce canal les glandes hépatiques.

— M. *Morel-Lavallée* a communiqué aussi une observation d'emphysème spontané, mais non traumatique. C'est autour d'un abcès des parois abdominales qu'il a trouvé cet emphysème, développé là sans qu'il y ait ni gangrène ni perforation intestinale. L'intestin a été soigneusement examiné, et on ne l'a vu laisser échapper aucune goutte de l'eau avec laquelle on l'avait distendu. Bien qu'il n'existât aucune communication entre la cavité intestinale et l'abcès, les gaz infiltrés avaient une odeur stercorale infecte, l'odeur qu'exhale le pus des abcès de la marge de l'anus, même en l'absence de tout trajet fistuleux et de toute communication directe avec le rectum.

M. Morel entretient ensuite ses collègues d'un fait de hernie de l'estomac dont le diagnostic lui paraît avoir été assuré par deux nouveaux moyens qu'il propose d'employer en pareil cas. Cette hernie était très volumineuse : elle était réductible, et le doigt, quand elle était rentrée, pénétrait aisément par une large ouverture jusqu'à l'aorte abdominale. Lorsqu'on faisait boire le malade, le volume de la tumeur n'augmentait pas en apparence, et, si c'était une boisson glacée qui était ingérée, la main placée sur la tumeur n'y constatait pas un abaissement de température. M. Morel-Lavallée fit prendre à son malade de l'eau de Seltz, et l'on put alors, en auscultant la tumeur, entendre des bulles très nombreuses et très fines éclater en quelque sorte sous l'oreille.

Comme ce bruit se faisait entendre au moment même où le ma-

lade buvait, il était naturel d'admettre qu'il se passait dans l'estomac. A ce moyen de diagnostic, M. Morel-Lavallée en a ajouté un autre qui lui est fourni par la percussion. Si l'on percute la tumeur au moment où l'estomac est vide, on la trouve sonore dans tous les points; si on la percute aussitôt après que le malade a bu, elle est sonore en haut et mate en bas, quand le malade est debout.

— M. *Chassaignac* donne lecture d'une note relative aux corps étrangers articulaires.

Il rejette l'opération comme imprudente, quand ces corps étrangers sont bien supportés par l'articu'a'ion et n'y amènent ni réaction inflammatoire ni douleur. L'extraction ne lui paraît indiquée que quand la présence de ces corps détermine des douleurs et des arthrites aiguës, que ces douleurs sont exaspérées par les mouvements, et qu'apparaissant subitement avec une extrême intensité, elles exposent le malade à tomber dès qu'il essaye de se mouvoir. L'extraction est alors d'autant plus nécessaire qu'il va se produire bientôt des lésions articulaires graves.

Toutes les méthodes qui consistent soit à fixer le corps étranger par la compression, soit à le fixer par la ligature sous-cutanée, soit à le triturer sur place à travers une étroite piqûre, etc., toutes ces méthodes, M. Chassaignac les repousse non seulement parce qu'elles ne sont que palliatives, mais parce qu'elles présentent autant de difficultés et au moins autant de dangers que l'extraction.

L'extraction directe doit aussi être abandonnée, et la méthode à laquelle M. Chassaignac, d'accord avec tous les chirurgiens, donne la préférence, c'est la méthode sous-cutanée en deux temps, telle que l'a pratiquée M. Goyrand. Cette méthode consiste, comme on sait, à inciser la capsule à travers une piqûre étroite de la peau, et à faire passer le corps étranger dans le tissu cellulaire, d'où on l'extrait plus tard, quand on suppose que toute communication est fermée entre ce corps et la synoviale.

M *Gosselin* partage entièrement l'avis de M. Chassaignac sur les avantages de la méthode de M. Goyrand ; mais il signale quelques difficultés qui l'ont arrêté dans l'exécution de cette opération. Ainsi il lui a été une fois absolument impossible, quoique la synoviale fut incisée sur le corps étranger, de faire sortir ce corps par l'ouverture de la synoviale. Une autre fois il lui est arrivé de couper avec son ténotome un de ces corps étrangers qui était de consistance assez molle et de n'en pouvoir retrouver les morceaux. Dans une autre circonstance enfin il n'a pu réussir à fixer le corps étranger, et n'a pas pu par conséquent commencer l'opération.

M. *Giraldès* a rencontré les mêmes difficultés que M. Gosselin, surtout pour faire sortir le corps étranger par l'incision de la synoviale. Quant à la section accidentelle du corps étranger, il la croit le plus souvent impossible à cause de la consistance très dure de ces corps. C'est même cette consistance qui lui fait regarder comme impraticables les procédés dans lesquels on se propose de diviser ou d'écraser sur place les corps mobiles articulaires. On ne pourrait le diviser que dans un cas : ce serait celui où l'on aurait affaire non pas à de vrais corps étrangers, mais à des franges synoviales épaissies. Dans ce cas, les prétendus corps étrangers sont multiples : on conçoit qu'on ne puisse les extraire puisqu'ils sont adhérents. Leur consistance rend aussi leur écrasement impossible.

M. *Bauchet* fait les mêmes remarques que MM. Gosselin et Giraldès, relativement aux difficultés qu'on éprouve parfois à faire sortir le corps étranger par l'incision faite à la synoviale Il ne croit pas qu'une adhérence de ce corps soit nécessaire pour expliquer ces difficultés, et il les a rencontrées même dans des expériences sur le cadavre, quand il essayait d'extraire par une incision sous-cutanée de la synoviale un haricot introduit dans l'articulation du genou. Pour que cette difficulté se présente, il suffit qu'au moment où on veut faire passer le corps étranger dans le tissu cellulaire, il ne se trouve plus en face de l'incision de la synoviale. Or, il est parfois difficile d'obtenir le maintien des rapports convenables entre l'incision et le corps étranger, bien qu'on fixe celui-ci à l'aide d'instruments spéciaux, de dards ou de crochets aigus. Quand ce n'est pas le corps étranger qui se déplace, c'est la synoviale qui glisse au devant de lui, et les obstacles à la sortie sont les mêmes.

M. *Larrey* avait paru mettre sur le compte de l'extraction indirecte, les revers essuyés par les chirurgiens qui, après avoir employé en vain cette première méthode, avaient eu recours à l'extraction directe et avaient perdu leurs malades.

M. *Chassaignac* et M. *Gosselin* veulent qu'on impute ces revers uniquement à l'extraction directe. On comprend, sans qu'il soit nécessaire de les rappeler, les raisons qu'ils donnent à l'appui de leur opinion.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**De l'emploi thérapeutique de l'oliban ou encens**, par M. le docteur J. Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Toulouse.

L'encens, fort employé par les anciens, et aujourd'hui presque tombé en désuétude, appartient au groupe des médicaments balsamiques, dont les plus connus sont les baumes de Tolu et du Pérou et le benjoin. Ces substances sont d'un prix assez élevé, et l'encens, s'il pouvait les remplacer, aurait sur elles l'avantage de constituer des traitements moins dispendieux. C'est surtout cette considération qui a décidé M. Delioux à instituer de nouvelles expériences relatives à l'action thérapeutique de l'encens.

Les résultats de ces expériences ont été assez satisfaisants. Comme agent anticatarrhal, répressif des sécrétions bronchiques opiniâtres, l'encens a procuré des effets analogues à ceux que l'on obtient de l'emploi des substances placées dans le même groupe pharmacologique. M. Delioux estime cependant son utilité inférieure, en général, à celle du baume de Tolu, et surtout de la gomme ammoniaque ; mais il recommande de recourir aux préparations d'encens dans les cas où ces deux substances, pour un motif quelconque, ne pourront être prescrites, et surtout dans ceux où elles se seraient montrées insuffisantes.

M. Delioux emploie l'encens sous forme de pilules, depuis 50 centigrammes jusqu'à 2 grammes, en l'unissant à quantité égale de savon médicinal. Cet excipient lui a paru très utile comme favorisant l'action de l'encens. Il a également employé avec avantage les fumigations d'encens dans les bronchites, et surtout dans les laryngites chroniques, dans la pharyngite granuleuse et dans la paralysie diphthéritique du pharynx et du voile du palais. Dans cette dernière affection, les fumigations étaient associées à l'emploi des courants d'induction, que l'auteur considère avec raison comme l'agent le plus actif de la cure. (*Bulletin de thérapeutique*, 28 février 1861.)

**Trachéotomie, ulcération de la trachée produite par le séjour de la canule, hémorrhagie mortelle** Observation par MM. Russell et Bolton, médecins de l'Hôpital général de Birmingham.

Voici encore une des conséquences, la plus grave de toutes, des ulcérations produites dans la trachée par le séjour d'une canule. On ne saurait trop insister sur des accidents de ce genre, qu'il serait facile d'éviter, presque à coup sûr, à l'aide des canules mobiles.

La malade en question avait une laryngite syphilitique ; un œdème aigu de la glotte survint et rendit la trachéotomie inévitable. Six jours après l'opération, il se fit subitement une hémorrhagie abondante par la canule. Aucun moyen ne réussit à l'arrêter, et la malade mourut au bout de vingt minutes, autant apparemment par syncope que par asphyxie.

A l'autopsie, on trouva la trachée et les bronches, jusque dans des ramifications très fines, en grande partie remplies par des caillots sanguins mous. Aucune trace d'apoplexie pulmonaire. La

trachée présentait sur sa face postérieure, et à un huitième de pouce au-dessous de l'incision, une ulcération correspondant au bord postérieur de la canule, longue d'un pouce, large d'un quart de pouce, à bords un peu irréguliers, taillés comme à pic et occupant toute l'épaisseur de la muqueuse. La membrane muqueuse était vivement injectée tout alentour. La surface de l'ulcération était recouverte de petits bourgeons charnus; mais on n'y trouva pas de caillots adhérents. L'hémorrhagie ne pouvait cependant pas avoir d'autre source, ainsi que cela fut démontré par une dissection attentive. Il est du reste probable que l'état cachectique de la malade était pour une large part dans la production de l'hémorrhagie, aussi bien que de l'ulcération elle-même. (*British medical Journal*, 6 avril 1861.)

**Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, angine couenneuse et croup, par le perchlorure de fer à l'intérieur et à haute dose,** par M. le docteur Aubrun.

L'auteur rapporte l'observation détaillée d'un enfant de vingt et un mois qui fut affecté de pharyngite et de laryngite pseudomembraneuses, avec extension des fausses membranes aux premières divisions bronchiques. La trachéotomie a été pratiquée le quatrième jour après l'apparition des symptômes du croup confirmé, et le vingt-deuxième jour après l'opération, la guérison était complète. Le traitement interne a consisté presque exclusivement dans l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. On faisait boire à l'enfant, de cinq minutes en cinq minutes pendant le jour, et de quart d'heure en quart d'heure pendant la nuit, une solution aqueuse contenant de 20 à 40 gouttes de perchlorure de fer par verre, de telle sorte que la dose a pu s'élever de 7 à 18 grammes en vingt-quatre heures.

Si le succès, dans un cas de cette gravité, doit encourager à expérimenter cette médication, nous pensons cependant que l'auteur se hâte trop d'y voir la preuve incontestable que la guérison a été due au perchlorure de fer. Bien qu'au-dessous de deux ans, et l'enfant dont il s'agit n'avait que vingt et un mois, la trachéotomie échoue le plus souvent, elle compte cependant quelques cas de succès, même à cet âge. Si l'extension des fausses membranes aux bronches constitue une complication des plus graves et souvent fatale, il existe cependant des cas où les enfants ont guéri après avoir rendu des membranes tubulées, et cela sans même que la trachéotomie ait été pratiquée.

M. P. Guersant conserve un *arbre bronchique pseudo-membraneux* qui a été expulsé par les seuls efforts de la toux. On pourrait dire que la plupart des traitements médicinaux préconisés contre le croup comptent des succès de ce genre, surtout avec un adjuvant aussi considérable que la trachéotomie.

M. Aubrun a dû à sa méthode la guérison de trente cas de diphthéries pharyngiennes, et de cinq cas de diphthéries laryngées généralisées graves; il compte quatre insuccès dans ces derniers cas; ces trente-neuf cas sont-ils les seuls où notre confrère ait expérimenté le perchlorure de fer, et n'y a-t-il aucun insuccès à opposer à ces trente réussites obtenues pour des diphthéries pharyngiennes? On peut demander aussi quel était le degré de gravité de celles-ci, car on sait combien il existe d'états intermédiaires entre l'angine couenneuse commune de Bretonneau et l'angine maligne.

Nous désirons vivement que ces expériences soient continuées, car nous admettons facilement l'influence favorable que peut avoir le perchlorure de fer, en tant que tonique et reconstituant; nous sommes aussi disposé à croire à son action topique sur le pharynx; nous comprendrions moins qu'il pût contribuer à détacher les fausses membranes de l'intérieur des bronches. Le goût styptique de ce médicament doit le rendre d'un usage difficile chez les enfants. Il est aussi un point sur lequel nous différons d'opinion avec le docteur Aubrun : c'est le précepte de ne pas respecter le sommeil des enfants pour leur administrer le remède tous les quarts d'heure. Cette rigueur nous semble hors de saison. L'aphorisme : *Optimum medicamentum somnus* nous semble vrai surtout dans l'enfance; et parmi les enfants atteints de croup près desquels nous avons été souvent appelé à veiller des nuits entières, nous avons toujours vu le sommeil, quand il pouvait s'établir, avoir une influence réparatrice et salutaire que nous nous serions bien gardé de troubler. (*Gazette médicale*, 8 décembre 1860.)

**Sur l'ectropion du museau de tanche,**
par M. le docteur W. Roser.

L'auteur donne ce nom à un renversement de dedans en dehors de la muqueuse qui revêt le col de l'utérus, et il compare cette altération à celle qui constitue l'ectropion des paupières. Il en admet deux variétés, analogues également aux deux variétés principales d'ectropion palpébral : dans la première, la muqueuse est déplacée par l'action d'un tissu inodulaire; la seconde est le résultat d'un gonflement inflammatoire de la muqueuse.

Suivant M. Roser, la nature de cette lésion aurait été presque toujours méconnue, et il range dans son ectropion la plupart des cas de granulations de l'orifice externe de l'utérus consignés dans les auteurs, notamment ceux de Lisfranc.

La première variété se produit surtout à la suite des déchirures et des pertes de substance de la portion vaginale du col utérin. On la rencontre assez fréquemment chez les femmes affectées de fistules vésico-vaginales à côté d'un renversement tout à fait analogue de la muqueuse vésicale. La muqueuse renversée a une couleur pourprée, foncée, et présente, en général, une surface inégale, granuleuse.

Dans la seconde forme, l'orifice externe est entr'ouvert, ses lèvres sont renversées en dehors, et en y regardant de près on voit sans peine que la limite qui existe entre la muqueuse vaginale et celle de l'intérieur du col est *déplacée excentriquement*. La muqueuse cervicale, qui fait, en quelque *sorte, hernie* entre les lèvres de l'orifice, est plus rouge *et plus granuleuse que* celle du vagin; son épithélium est souvent ramolli; il se détache alors par le plus léger contact et le derme dénudé saigne avec la plus grande facilité. Dans les cas de ce genre, on a cru avoir affaire à des ulcérations produites sur la muqueuse de la face externe du col. D'autres fois le gonflement de la muqueuse partage davantage des caractères de l'œdème, ou bien la surface paraît hérissée de papilles. La ligne de démarcation qui existe entre les deux muqueuses est quelquefois effacée; enfin il y a réellement des cas où la muqueuse vaginale du col est ulcérée, et ces ulcérations peuvent présenter alors des caractères très analogues à ceux de muqueuse intra-cervicale renversée.

La forme aiguë, œdémateuse de cette affection, que l'on observe surtout à la suite de l'accouchement, guérit le plus souvent spontanément. Dans les cas chroniques, il n'en est plus de même, et il faut alors chercher à agir à l'aide de moyens, soit locaux, soit généraux, non-seulement sur la partie renversée de la muqueuse utérine, mais sur cette muqueuse tout entière. Les applications de nitrate d'argent et des autres agents de cette catégorie ne sont nécessaires que dans les cas où cette muqueuse est le siége d'un état catarrhal. Quant aux cautérisations énergiques, destinées à produire de véritables pertes de substance, elles ne sont applicables qu'aux cas les plus graves. Les accidents auxquels donne lieu l'ectropion, même très prononcé, du museau de tanche, sont souvent si légers qu'on peut, sans inconvénient, abandonner l'affection à elle-même. C'est surtout dans la première forme qu'il n'y a, le plus souvent, pas d'autre parti à prendre; cette forme est à peu près incurable, et l'amputation du col est une opération trop grave pour qu'elle trouve ici son application. (*Archiv der Heilkunde*, 2e année, n° 2.)

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales ou Traité de thérapeutique chirurgicale** par E. CHASSAIGNAC. 3 volumes in-8°. Paris, Victor-Masson.

**Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical,** par E. CHASSAIGNAC. 2 volumes in-8°. Paris, Victor Masson.

La médecine opératoire, ou l'art de pratiquer les opérations de la chirurgie, a fait depuis quelques années le sujet de plusieurs traités ou plutôt de manuels parmi lesquels nous citerons surtout les ouvrages de MM. Sédillot, Alp. Guérin, Malgaigne. Les premiers, enrichis d'un assez grand nombre de figures destinées à faciliter les descriptions, traitent surtout et seulement de la manière de pratiquer ou de mener à bonne fin une opération donnée, en indiquant toutefois le procédé que l'auteur semble préférer, et les raisons qui l'ont guidé dans ce choix ; déjà cependant M. Sédillot, pour un assez grand nombre d'opérations, indiquait les exemples les plus remarquables que possède la science, entrant ainsi dans la voie de la statistique. C'est dans cette voie que M. Malgaigne s'est surtout avancé dans la nouvelle édition de sa *Médecine opératoire*, et les renseignements précieux qu'il nous donne seront, avec grand fruit, mis à profit par les chirurgiens qui veulent avec raison profiter de l'enseignement que donnent à ceux qui savent les consulter avec sagesse, les résultats obtenus par leurs devanciers. Mais M. Malgaigne, dans sa préface, regrette de ne pouvoir compléter son œuvre, en donnant en même temps un résumé des indications qui doivent éclairer le praticien sur ce point si difficile, de savoir : s'il faut opérer, quelle est l'opération la plus convenable et à quel moment il faut y avoir recours. C'est ce qu'a voulu faire M. Chassaignac en publiant un *Traité clinique et pratique des opérations*, ou comme le dit aussi le titre de son ouvrage, un *Traité de thérapeutique chirurgicale*. C'est une tâche laborieuse et difficile, longue, souvent ingrate, et nous devons savoir gré à M. Chassaignac de l'avoir entreprise. Un seul volume jusqu'à présent a été publié et ce qu'il renferme nous fait bien augurer des deux autres qui ne tarderont pas à le suivre.

Ce premier volume, le seul paru, le seul par conséquent dont nous puissions aujourd'hui rendre compte, renferme outre l'histoire des méthodes générales comme la cautérisation, la division par les instruments tranchants et l'écraseur linéaire, les pansements; cette partie de la médecine opératoire que l'on répète surtout à l'amphithéâtre, c'est-à-dire les ligatures d'artères, les amputations, les désarticulations et les résections.

Cette division de l'ouvrage a l'avantage de mettre entre les mains des élèves, ou de ceux qui étudient à l'amphithéâtre les opérations dites réglées, une sorte de manuel facilement transportable; ce qui ne pourrait être, s'il fallait aller chercher dans chacun des trois volumes, d'une part les ligatures, de l'autre les amputations et les résections.

Dans l'état actuel de la science, dit M. Chassaignac, le premier chapitre d'un traité d'opérations, doit être un exposé de l'anesthésie chirurgicale. Cet exposé fait le sujet d'une introduction. L'auteur ne veut pas que la chloroformisation soit poussée jusqu'au collapsus. Aussitôt que cet état commence, il suspend complétement l'inhalation, il attend que le pouls et la respiration se régularisent et que le sujet soit plongé dans le sommeil paisible qui succède chez beaucoup d'individus aux périodes initiales de l'anesthésie ; c'est ce qu'il appelle la *tolérance anesthésique*. A cette période le malade ne court, dit-il, aucune espèce de danger, et des doses minimes de chloroforme suffisent à entretenir l'insensibilité et le sommeil. C'est là une excellente pratique, qui peut certes éviter un grand nombre d'accidents ; mais peut-elle toujours les éviter ? nous ne le pensons pas. La mort est souvent arrivée dans les premiers instants de l'inhalation du chloroforme, sans que l'on ait administré des doses notables de cet agent si bienfaisant, mais aussi si redoutable ; sans que l'on soit arrivé à la période d'excitation, encore moins à celle du collapsus. Le chloroforme semble mettre le système nerveux dans un état tel, que si une syncope arrive (et le chloroforme ne peut avoir la prétention de supprimer cet accident), la dépression, le manque de réaction sont assez notables pour que cette syncope, qui, sans l'anesthésie, ne serait d'aucune importance, devienne avec le chloroforme un accident souvent mortel.

M. Chassaignac appelle avec raison l'attention sur un point qui ne manque pas d'importance, c'est l'action antihémorrhagique du chloroforme pendant les opérations. Tous les chirurgiens savent qu'une plaie d'amputations, exposée à l'air avant le premier pansement, donne souvent peu de sang, mais qu'il suffit que le moignon soit recouvert de charpie et de compresses, pour que l'hémorrhagie par les petits vaisseaux non liés se manifeste sitôt que le malade est reporté dans son lit. Cette particularité se remarque à un bien plus haut degré, lorsque l'on emploie le chloroforme, qui a pour effet de diminuer le nombre et l'intensité des battements de cœur. Il en résulte, dit avec grande raison l'auteur, que s'il est quelquefois utile, ainsi que cela a été constaté par quelques chirurgiens, de ne faire le pansement qu'un certain temps après les opérations, cette prescription devient en quelque sorte obligatoire, après l'emploi du chloroforme. C'est du reste la pratique suivie en général par les chirurgiens anglais ; ils ne procèdent même au pansement que beaucoup plus tard, c'est-à-dire six à huit heures après l'amputation, afin que tout écoulement sanguin pouvant mettre obstacle à la réunion immédiate, plus souvent cherchée qu'en France, ait complétement cessé.

Nous passons rapidement sur la première section, qui renferme les incisions pratiquées avec le bistouri, la ponction, l'acupuncture, la rugination, etc., pour arriver à la seconde qui traite des incisions sèches ou par écrasement linéaire. Ce chapitre est un des plus importants de l'ouvrage, il nous intéresse d'autant plus que c'est à l'auteur du livre que nous sommes redevables de cette excellente et nouvelle méthode de diérèse. Nous disons nouvelle, car si l'écrasement linéaire a pu et a dû prendre sa source dans l'application des serre-nœuds, il s'en distingue par ce point essentiel, qu'il sépare séance tenante la partie que le serre-nœud ne divisait que lentement et par l'intermédiaire de la gangrène. On a voulu faire remonter à Mayor l'idée de l'écrasement linéaire ; cette allégation n'est pas exacte, car si Mayor avec son serre nœud produisait une striction très forte, elle n'était pas poussée assez loin pour séparer instantanément les tissus sur lesquels elle portait. « Les » parties, dit Mayor lui-même, se sphacèlent en vingt-quatre ou » trente-six heures. Un seul lien quand il est bien appliqué, peut » faire sphacéler une énorme tumeur. »

L'écraseur de M. Chassaignac, aujourd'hui entre les mains de tous les chirurgiens, est trop connu pour que nous en rappelions la description. Son inventeur insiste peut-être un peu trop sur l'emploi de la chaîne articulée, car il semble lui faire jouer un grand rôle dans l'essentialité de la méthode. Le mérite de M. Chassaignac est d'avoir montré le premier la possibilité et l'avantage de la séparation immédiate des parties embrassées par le fil, la corde ou la chaîne, ce serait le diminuer que de le restreindre à l'invention d'un instrument qui après tout n'est qu'un serre-nœud perfectionné. Ce serre-nœud existe depuis longtemps, l'écrasement linéaire est né d'hier.

En effet que l'écraseur soit fait avec une chaîne mise en mouvement par des tiges dentelées retenues par des cliquets, qu'il se compose d'une vis agissant sur une anse métallique, un morceau de corde ou de soie, qu'il soit même un serre-nœud ordinaire, la méthode subsiste toujours quels que soient les instruments employés pour en remplir les indications ; en la produisant, M. Chassaignac a rendu à la chirurgie un grand service ; cependant il ne faut pas oublier que l'écrasement ne peut partout remplacer l'instrument tranchant ; étendre outre mesure sa sphère d'application, serait peut-être compromettre les heureux résultats qu'on est en droit d'en attendre.

L'auteur, pour défendre l'écrasement linéaire contre quelques

attaques, pour le justifier en quelque sorte par les éloges d'autrui, a cru devoir rapporter dans son ouvrage un extrait de la discussion qui eut lieu à ce sujet devant la Société de chirurgie, un compte rendu d'une séance de la Société impériale de médecine vétérinaire, une analyse du mémoire de M. Chaumet, l'appréciation de M. Spencer Wells. Nous ne sommes pas complétement de son avis et nous pensons que les quelques pages qu'il y consacre pourraient sans inconvénient et même avec quelque utilité être supprimées. Nous comprenons parfaitement, que M. Chassaignac était mal à l'aise pour se donner à lui-même, dans son livre, les éloges qu'il mérite, et sa modestie devait l'empêcher de le faire. Mais le rôle de l'auteur d'un livre didactique est assez élevé, son autorité sur les matières qu'il traite doit être, et elle est dans le cas présent assez grande, pour que son opinion soit ce qu'il importe au lecteur; du reste, la science, à l'heure qu'il est, se base non sur les appréciations d'hommes quelque recommandables qu'ils soient, mais sur la valeur des faits observés; les limites très vastes que trace à l'ouvrage le titre de traité clinique et pratique permettaient à son auteur d'appuyer son opinion sur des observations aujourd'hui très nombreuses, et de conclure d'après les résultats obtenus. En un mot, nous pensons que la discussion, l'attaque et la défense appuyées sur des documents plus ou moins nombreux, doivent être réservées surtout aux mémoires originaux, mais que les traités généraux doivent avoir la gravité, comme ils ont l'autorité de la parole d'un maître. La méthode de l'écrasement se recommande assez par elle-même, elle a fait aujourd'hui suffisamment ses preuves, pour qu'elle n'ait pas besoin d'être défendue dans son application générale, mais il peut en être autrement dans son application aux cas particuliers.

Le chapitre qui concerne l'écrasement linéaire, un des plus intéressants et des plus remarquables de l'ouvrage, sera lu avec un vif intérêt; il renferme les indications nécessaires et utiles pour une bonne application de cette méthode.

La ligature en général, la cautérisation, la torsion, l'arrachement, font le sujet des chapitres suivants. Ils nous conduisent au neuvième, qui traite de la canalisation chirurgicale ou drainage, ainsi que l'a appelé M. Chassaignac; appliquant avec succès un mot nouveau à l'extension donnée par lui à une méthode employée depuis longtemps déjà, l'application de sondes à demeure dans l'intérieur des abcès, dans le but de donner facilement issue à la suppuration. Le fait capital, essentiel et propre de cette méthode est, dit l'auteur, « de traverser et de maintenir traversées des épaisseurs » plus ou moins considérables du corps de l'homme, par des tubes » qui ne produisent et n'entretiennent aucune inflammation. »

Ce qu'il y a de nouveau dans le drainage, ce n'est pas d'avoir fait communiquer librement l'intérieur d'une cavité suppurante quelconque avec l'extérieur par le moyen d'un tube, c'est d'avoir étendu la sphère d'application d'un procédé exceptionnellement employé, et de l'avoir élevé presque à la hauteur d'une méthode. En effet, M. Chassaignac ne se contente pas de placer, dans l'ouverture faite d'abord par le bistouri, un tube flexible de caoutchouc, il traverse de prime abord les deux parois de l'abcès avec un trocart fait, s'il est nécessaire, plusieurs ponctions et passe par les orifices un ou plusieurs tubes à drainage. De cette manière, une collection purulente, quelque vaste qu'elle soit, se vide facilement, sans qu'il soit besoin d'une large incision, qui ajoute au danger de l'abcès celui d'une plaie plus ou moins étendue. Ce moyen rend tous les jours d'excellents services, surtout dans les cas où il faut aller chercher le pus à une très grande profondeur, et où il faudrait, si l'on se servait du bistouri, pratiquer une plaie large et profonde à travers une grande épaisseur de parties molles. Cependant le trocart ne peut toujours être employé pour donner issue à la suppuration. Pour faire la voie aux *drains*, on est souvent obligé de se servir du bistouri, et il est toujours très facile, avec un stylet aiguillé, de conduire le tube dans l'orifice par lequel il doit sortir. Un excellent article sur la manière d'ouvrir les abcès dans les régions dangereuses vient s'ajouter comme annexe au chapitre de la canalisation chirurgicale.

Si M. Chassaignac a cherché par le drainage à faciliter la sortie du pus hors des cavités dans lesquelles il est sécrété et quelquefois retenu; s'il nous montre les inconvénients de sa rétention dans l'épaisseur des parties, il montre au contraire, dans le chapitre du pansement par occlusion, le peu d'inconvénient de son séjour, même prolongée, à la surface d'une plaie suppurante, et les avantages des pansements rares. Son procédé consiste à recouvrir la plaie d'une véritable cuirasse, formée par des bandelettes de diachylon imbriquées et simplement appliquées les unes sur les autres, sans leur faire faire jamais le tour du membre, afin d'éviter tout danger de compression. Du reste, il ne faudrait pas croire que tout le pus sécrété reste, dans l'intervalle des pansements, en contact avec la plaie. Le pus glisse à la fois entre les bandelettes et sous les bandelettes, jusqu'à la circonférence de la cuirasse: il rencontre toujours ainsi le pansement extérieur, qui s'en imbibe et qui peut être renouvelé aussi souvent qu'on le veut, sans que pour cela on mette la plaie à découvert. C'est là la différence essentielle qui existe entre l'occlusion et les pansements rares, dans lesquels la suppuration, qui imprègne la charpie non renouvelée, amène une odeur fétide, insupportable souvent pour le malade et ceux qui l'entourent.

Nous ne pouvons laisser passer ce chapitre de l'histoire si importante du traitement des suppurations superficielles et profondes, sans que notre esprit ne se reporte immédiatement au livre publié par M. Chassaignac sous le titre de *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*. Ce livre, publié il y a deux ans déjà, est entre les mains de tous les chirurgiens; il est trop connu pour que nous puissions en donner aujourd'hui une analyse qui n'aurait plus aucun intérêt; mais nous devons nous excuser de ne pas l'avoir fait plutôt; nous disons, nous, par respect pour la solidarité, car le coupable est autre, et plus coupables encore sont les concours qui ont empêché notre collaborateur de s'acquitter de ce qui eût été certainement pour lui non une tâche, mais un plaisir. Il eût certainement loué comme il le mérite un ouvrage complet sur un sujet aussi important, ouvrage qui renferme l'histoire de la suppuration envisagée dans tous les tissus et dans toutes les régions du corps, et qui contient de plus, à l'appui des opinions avancées par l'auteur, près de huit cents observations.

Le *Traité des opérations* nous eût permis d'y revenir plus longuement, à propos du chapitre consacré au traitement de la suppuration; mais l'espace nous est mesuré, et nous devons, quel que soit l'intérêt qu'ils présentent, passer rapidement sur ce chapitre et les suivants, auxquels nous aimons mieux renvoyer le lecteur, car nous avons hâte d'arriver à la partie essentielle du premier volume, celle qui traite des opérations réglées, c'est-à-dire les ligatures d'artères et les amputations.

Après avoir donné les préceptes généraux de la ligature envisagée comme traitement et comme opération, l'auteur aborde l'histoire de chaque ligature en particulier, pour laquelle il décrit l'exploration préparatoire, la donnée anatomique, la donnée physiologique, la donnée conventionnelle, l'attitude d'incision, l'attitude de recherche, les difficultés et les complications. La part faite à la clinique dans cette partie du sujet ne nous paraît pas suffisante; mais c'est une critique que nous ne faisons qu'avec une certaine réserve, car l'ouvrage n'est pas complet encore, et nous ne pouvons savoir si, dans les deux volumes qui suivent, un chapitre de thérapeutique n'est pas consacré aux plaies artérielles et aux anévrysmes. Au point de vue de l'opération, nos éloges sont sans restrictions, chaque article est traité avec soin et avec un développement suffisant, chaque opération est rendue facilement intelligible par un grand nombre de figures intercalées dans le texte dessinées avec le plus grand soin.

Cette addition, sur laquelle nous ne saurions trop féliciter M. Chassaignac, donne à son livre une grande valeur, et nous avons pu bien souvent nous assurer par nous-même, dans nos cours de médecine opératoire, de quelle utilité est pour l'élève une figure exacte et bien faite. A la lecture surtout, la description d'une opération est souvent très difficile à comprendre, quelle que soit la clarté de l'exposition; une simple planche fait souvent plus à elle seule que bien des lignes de texte.

Après avoir fait l'histoire des opérations qui se pratiquent sur les veines, l'auteur aborde celle des amputations en général. Il indique

les différentes méthodes, les indications qui doivent en conseiller ou en faire rejeter l'emploi, leurs avantages, leurs dangers et leurs résultats ; puis il passe à la description particulière de chaque amputation. soit dans la continuité, soit dans la contiguïté. Nous ne pouvons en donner un aperçu, même très rapide, et nous ne pouvons que répéter les éloges que nous avons donnés à la partie de l'ouvrage qui traite des ligatures. Ici encore un grand nombre de figures illustrent et complètent le texte, en même temps qu'elles facilitent singulièrement la description toujours aride et difficile des différentes manœuvres opératoires.

Le premier volume se termine par l'histoire des résections articulaires ou dans la continuité des os. « Ayant apporté, dit l'auteur, dans le manuel opératoire de presque toutes les résections, des changements notables et que je crois utiles, j'ai dû présenter sous le nom de *nouveau système de résections* l'ensemble des principes et des applications que je me suis attaché à faire prévaloir dans la pratique Tout mon système de résections repose sur quelques principes fondamentaux qui peuvent se résumer ainsi : 1° *Ne faire qu'une seule incision tégumentaire pour toute résection, quelle qu'elle soit ; 2° scier toujours l'os avant de le désarticuler ; 3° faire l'extirpation isolée et successive de chaque extrémité osseuse articulaire, en commençant toujours par celle qu'il est le plus facile d'extraire, et faire en sorte qu'une extraction prépare l'autre.* »

Nous acceptons pleinement avec M. Chassaignac, l'utilité et même la nécessité du troisième précepte, posé dès l'origine par les chirurgiens qui au dernier siècle ont les premiers pratiqué des résections articulaires ; mais il n'en est pas de même des deux autres. Nous n'acceptons le premier qu'en y apportant un assez grand nombre d'exceptions ; nous rejetons complétement le second, que nous remplaçons pour notre part par le précepte contraire : *Désarticuler presque toujours avant de scier les os*. Nous ne parlons bien entendu que des résections articulaires.

Le premier précepte dans les résections est de se mettre à l'aise, pour éviter la blessure des gros vaisseaux presque toujours placés dans le voisinage des os. La gravité de l'opération est dans la résection de l'os, et non dans une plaie souvent insignifiante faite à la peau, plaie qui du reste se cicatrise très facilement, lorsqu'on le désire et lorsqu'on ne cherche pas au contraire à la maintenir béante, pour faciliter l'écoulement de la suppuration. Sans doute quelques résections, celles de l'épaule, du genou, de la hanche, peuvent être faites et sont le plus souvent faites avec une seule incision, mais il n'en est pas de même de celles du poignet, du cou-de-pied et du coude. Pour les premières, deux incisions latérales nous paraissent préférables ; pour la dernière l'incision unique sur le côté externe n'est pas suffisante, et les chirurgiens anglais qui ont sur ce point une grande expérience tirée d'une pratique fréquente de l'opération, ont presque toujours recours à des incisions multiples, très souvent même, à l'exemple de M. Syme, à l'incision en H, de Moreau (de Bar-le-Duc).

Quant au précepte de scier d'abord les os avant de désarticuler, nous le repoussons complétement, car il est parfois indispensable de pouvoir agir sur un bras de levier d'une certaine longueur. La séparation du fémur d'avec le tibia doit dans la résection du genou, précéder leur section, sous peine de créer des difficultés et des dangers ; pour la hanche, la désarticulation devient presque inexécutable si l'on n'a pour point d'appui que l'extrémité supérieure du fémur, dont la tête est encore dans la cavité cotyloïde, et nous avons pu voir par nous-même, entre les mains de M. Fergusson, combien la désarticulation est facile lorsque, pour pratiquer la résection on peut agir sur le genou et la jambe comme sur un levier très puissant par sa longueur.

Du reste, la science n'est pas encore fixée, en France du moins, sur la valeur des résections articulaires, elle a marché beaucoup dans ces dernières années, car c'est depuis douze ans à peine qu'on commence en Angleterre et en Allemagne à les pratiquer comme opérations régulières de la chirurgie. Nous sommes convaincu que dans sa prochaine édition, qui, d'après le succès qu'attend son livre, ne se fera pas attendre, l'auteur apportera au chapitre des résections de notables modifications. Chaque jour des faits nouveaux se produisent et le temps qui a dû s'écouler nécessairement entre la rédaction et la publication d'un ouvrage de cette importance a empêché M. Chassaignac d'y ajouter quelques renseignements plus récents ; c'est ainsi que pour la résection du genou, nous ne trouvons comme base d'appréciation de sa valeur que les statistiques de MM. Butcher et Adelman comprenant l'une 82, l'autre 163 cas, tandis que nous avons présenté en 1859 à la Société de chirurgie un travail sur ce sujet ne renfermant pas moins de 217 observations.

Mais nous ne devons pas attacher à cette légère critique, un peu intéressée et personnelle, plus d'importance qu'elle ne mérite, ce n'est là qu'un mince détail. Nous avons lu avec le plus vif intérêt le livre de M. Chassaignac ; outre le mérite du texte qui revient tout entier à l'auteur, il a aussi celui d'être enrichi d'un grand nombre de dessins. Ce premier volume, le seul publié jusqu'aujourd hui, sera entre les mains des praticiens un excellent guide, entre les mains des élèves un compagnon dans leurs études sur le cadavre ; quant à nous, il nous fait attendre impatiemment la publication des deux autres qui, nous l'espérons, ne tarderont pas à compléter cet important ouvrage. LÉON LE FORT.

---

VI

## VARIÉTÉS.

***Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.*** — Un concours doit s'ouvrir en exécution du présent programme, à Strasbourg, le 21 octobre 1861 ; à Montpellier, le 30 octobre et à Paris, le 5 novembre. Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852 :

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet, dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque localité, six jours avant l'ouverture des concours. Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Paris, une feuille de route de médecin sous-aide, avec indemnité. Chacun d'eux doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire : 1° Son acte de naissance dûment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine ou le certificat de réception au cinquième examen ; 3° un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire ; 4° l'indication exacte de sa demeure : 5° pour les candidats comptant des services militaires, les pièces constatant ces services. L'entrée à l'École du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 1er au 10 janvier 1862.

La durée du stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent.

Les stagiaires reçoivent, pendant leur séjour à l'École, les appointements de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2,160 francs par an. Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs et payables : 250 francs au moment de leur admission à l'École, et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve des examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officiers. Après deux ans de grade, ils passent de droit aides-major de première classe.

---

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, sont nommés membres du comité impérial des travaux historiques et des sociétés savantes (section des sciences) : MM. Milne-Edwards, Payen, Delafosse, Sainte-Claire Deville, Duchartre, Denonvilliers, Natalis-Guillot, Wurtz, Cahours, Philips, Turgan, Blanchard.

— L'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine-Inférieure, dans son assemblée générale tenue à Rouen le 14 de ce mois, a voté son agrégation à l'Association générale.

— M. le docteur Germain, inspecteur adjoint aux eaux minérales de Salins, vient de succomber à l'âge de soixante-huit ans.

— M. le docteur Bouteille, médecin français résidant depuis quelques années à Suez en qualité de médecin sanitaire du gouvernement égyptien, est mort subitement d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

— Sont nommés : *Médecins-inspecteurs*, MM. Cisset, à Challes ; Perelli, à Orezza ; *inspecteurs-adjoints*, MM. Villiers, à Bagnères-de-Luchon ; Davat et Bertier, à Aix en Savoie. En annonçant la nomination de M. Vidal à la place de médecin-inspecteur des eaux d'Aix, nous avons omis d'ajouter que M. le baron Despine avait été nommé *inspecteur honoraire* du même établissement, et avait reçu la croix de la Légion d'honneur.

---

*Blessures par imprudence. — Opération chirurgicale. — Responsabilité du médecin.*

Un sieur Hamelain, dit Myrthil, a cité directement M. le docteur C... pour blessures par imprudence, demandant en outre 10,000 fr. de dommages-intérêts comme réparation civile. Selon le plaignant, M. le docteur C..., prenant une hernie pour un abcès, aurait, en incisant la prétendue tumeur, perforé l'intestin.

M. Tardieu avait été commis par le tribunal correctionnel de la Seine pour examiner le sieur Hamelain et faire un rapport. M. C... a été renvoyé des fins de la plainte, et la partie civile condamnée aux dépens.

Nous extrayons du réquisitoire de M. l'avocat impérial Genreau la partie relative aux principes de la jurisprudence en pareille matière.

Les faits ainsi résumés, quel est le droit? Le voici tel qu'il résulte à nos yeux des principes mêmes des choses et qu'il est consacré par la jurisprudence. Et d'abord les médecins ne peuvent être toujours responsables, ni de l'insuccès sur le mal, ni même des conséquences fâcheuses pour le malade, des opérations qu'ils pratiquent ou des remèdes qu'ils emploient. En effet, leur art est dans bien des cas conjectural, et, sur les points mêmes qui paraissent certains, l'observation des règles est souvent impuissante à assurer la guérison ; la mort comme la vie ne sont qu'entre les mains de Dieu. D'autre part, on ne peut admettre que les médecins ne seront jamais responsables des fautes qu'ils peuvent commettre dans l'exercice de leur art ; ce serait créer à leur profit une immunité qui n'appartient à personne ; conférer à leur profession un privilége qui n'existe pour nulle autre, et désarmer la justice contre des erreurs les plus dangereuses de toutes, puisqu'elles ont pour objet la santé et la vie même des citoyens.

Les médecins ne sont donc ni toujours responsables ni toujours irresponsables ; quelle sera la limite? On a voulu la placer dans l'appréciation du médecin lui-même, et poser en principe que tant qu'il a agi selon sa conscience, il échappe à toute action. Nous ne pouvons admettre une telle théorie qui aurait pour effet d'absoudre les plus grossières et les plus fatales erreurs, par cela seul qu'elles sont des erreurs et non des actes volontaires ; il faut donc chercher ailleurs la vérité et nous la trouvons dans l'application des termes mêmes de la loi et dans les décisions de la jurisprudence. Il y a responsabilité pénale toutes les fois qu'il y a une faute lourde, consistant dans une imprudence, une négligence, une inattention, une inobservation des règlements, et que cette faute lourde a causé soit la mort, soit des blessures ou des infirmités.

Veut-on des exemples? Il y a *imprudence*, soit dans le fait hypothétique d'un médecin qui ferait une opération en état d'ivresse, soit dans des essais hasardés qui seraient inévitablement funestes au malade sans avoir pour but d'ouvrir, par une guérison possible, obtenue à l'aide de procédés nouveaux, des voies encore inconnues à la science. Il y a *négligence* soit dans le fait d'un médecin qui pratique une opération ou prescrit un remède sans employer ou sans indiquer les précautions sans lesquelles cette opération ou ce remède peut nuire au malade, soit dans le fait plus grand encore d'un médecin qui abandonnerait un clien sans soins et sans secours, et le laisserait en danger après avoir entrepris sa guérison. Il y a *inattention* dans les cas, qui se sont malheureusement produits, d'un médecin commettant une erreur matérielle, soit dans l'indication d'un remède dangereux, soit dans la dose de ce remède et écrivant sur son ordonnance ou le nom d'une substance autre que celle qu'il voulait prescrire, ou une quantité exagérée qui fera du remède un poison. Il y a enfin *inobservation des règlements* dans le fait d'un officier de santé, qui, contrairement aux prescriptions de l'art. 29 de la loi du 19 ventôse an XI, fait une grande opération sans l'assistance d'un docteur en médecine.

Dans tous ces cas et d'autres analogues, notamment au cas d'ignorance des principes les plus certains et les plus élémentaires de la science, il y a responsabilité, et les médecins peuvent avoir à rendre compte des conséquences de leurs fautes, non-seulement devant la justice civile au point de vue des dommages-intérêts, mais aussi devant la justice répressive pour l'application de la loi dont nous venons de rappeler le texte.

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

DE LA TUBERCULISATION AIGUE, OBSERVATIONS ET REMARQUES RELATIVES A LA VARIÉTÉ DE SES FORMES, A SA FRÉQUENCE, AUX DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC, par *L. Colin*. In 8 de 16 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

DÉSARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE, AMPUTATION ET RÉSECTION, procédé nouveau par *Martrès*. In-8 de 7 pages, avec figures. Paris, Victor Rozier. 50 c.

DE L'ÉPISPADIAS, OU FISSURE URÉTHRALE SUPÉRIEURE, ET DE SON TRAITEMENT, par le docteur *Dolbeau*. In-4 de 60 pages et 4 planches in-4 représentant treize sujets. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr. 50

DE LA MÉDECINE MORALE, PRÉCÉDÉE DE RÉFLEXIONS SUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN GÉNÉRAL, par le docteur *Francis Devay*. In-8 de XXVII-56 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

DU TYPHUS ÉPIDÉMIQUE, HISTOIRE MÉDICALE DES ÉPIDÉMIES DE TYPHUS OBSERVÉES AU BAGNE DE TOULON EN 1855-1856, par le docteur *A.-M. Barrallier*. In-8 de 384 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

ESSAI SUR L'ECTHYMA DANS L'ARMÉE, ET SPÉCIALEMENT DANS LA CAVALERIE, observations recueillies à l'hôpital militaire de Versailles par *Dauvé*. In-8 de 30 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr. 25

ÉTUDE CHIMIQUE DES EAUX DE LA MALOU (Hérault), par *Albert Moitessier*. In-8, avec figures et tableaux. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

ÉLÉMENTS DE BOTANIQUE MÉDICALE, CONTENANT LA DESCRIPTION DES VÉGÉTAUX UTILES A LA MÉDECINE ET DES ESPÈCES NUISIBLES A L'HOMME, VÉNÉNEUSES OU PARASITES, PRÉCÉDÉS DE CONSIDÉRATIONS SUR L'ORGANISATION ET LA CLASSIFICATION DES VÉGÉTAUX, par *A. Moquin-Tandon*. In-12 de 543 pages, avec 128 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

GUIDE COMPLET DU RECRUTEMENT, par *A. Bost* et *Jules Périer*. In-8. Paris, Victor Rozier. 5 fr.

NOTICE SUR QUELQUES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS EN FRANCE ET EN BELGIQUE, SUIVIE D'UN APERÇU DES ASILES EN HOLLANDE, par le docteur *N.-B. Donkersloot* In-8 de 136 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

MANUEL D'ÉLECTROTHÉRAPIE, EXPOSÉ PRATIQUE ET CRITIQUE DES APPLICATIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES DE L'ÉLECTRICITÉ, par le docteur *A. Tripier*. In-12 de 624 pages, avec 89 planches intercalées dans le texte. *Paris, J.-B. Baillière et fils*. 6 fr.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE FONCTIONNELLE DE LA VISION BINOCULAIRE, SUIVIES D'UN APERÇU SUR L'APPROPRIATION DE TOUS LES INSTRUMENTS D'OPTIQUE A LA VISION AVEC LES DEUX YEUX, L'OPHTHALMOSCOPIE ET LA STÉRÉOSCOPIE, par le docteur *Giraud-Teulon*. In-8 de 714 pages, avec 114 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LES FRACTURES DU CRANE, SUR LA FRACTURE INDIRECTE DU CORPS DE LA PREMIÈRE VERTÈBRE LOMBAIRE ET SUR LA FLEXION PERMANENTE PAR REFOULEMENT DE L'OS RADIUS CHEZ L'ADULTE, par *F.-S.-J. Pingrenon*. 2e édition. Grand in-8 de 86 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr.

TRAITÉ DE CHIRURGIE NAVALE, par *Louis Saurel*, suivi d'un *résumé de leçons sur le service chirurgical de la flotte*, par le docteur *J. Rochard*. In-12 de 696 pages, avec 106 planches intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

METEOROLOGICAL AND MEDICAL OBSERVATIONS ON THE CLIMATE OF EGYPT, WITH PRACTICAL HINTS FOR INVALID TRAVELLERS (Observations météorologiques et médicales sur le climat d'Égypte), par *D. Dalrymple*. In-8. Londres, Churchill. 5 fr. 50

OPERATIVE SURGERY, ADAPTED TO THE LIVING AND DEAD SUBJECT (Médecine opératoire sur le vivant et sur le cadavre), par *C.-F. Sander*. In-8. Londres, Churchill. 8 fr. 50

TRANSACTIONS OF THE OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON. Vol. II. Année 1860. In-8. Londres, Longman. 21 fr

BEITRÆGE ZUR KINDERHEILKUNDE (Contributions à la thérapeutique des maladies des enfants), par *E. Henoch*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 5 fr. 50

DIE OHRENHEILKUNDE DER GEGENWART (La thérapeutique des maladies de l'oreille du présent), par *W. Kramer*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 4 fr. 75

DIE NOSOLOGIE AUF DER GRUNDLAGE DER CELLULARPATHOLOGIE (La nosologie basée sur la pathologie cellulaire), par *Herzog*. Grand in-8. Berlin, Schneider. 2 fr.

DAS SEHEN MIT ZWEI AUGEN, UND DIE LEHRE VON DEN IDENTISCHEN NETZHAUTSTELLEN (La vue binoculaire, et sur les endroits identiques de la rétine), par *A. Nagel* Grand in-8. Leipzig, Winter. 5 fr. 50

UEBER DIE IRRLEHRE VON DER PLICA POLONICA, par *E. Hamburger*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 4 fr.

---

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 juin 1861, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet 1861.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 28 JUIN 1861. N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Scrupules exagérés du bureau à l'occasion d'une pétition au Sénat. — Discussion sur la morve et le farcin : MM. Renault, Tardieu, Bouley et Guérin — II. **Histoire et critique** Sur la durée de la persistance des propriétés des muscles, des nerfs et de la moelle épinière, après l'interruption du cours du sang dans ces organes. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Des résultats obtenus par l'opération et la temporisation dans l'étranglement herniaire. — Recherches sur la fréquence du pouls. — V. **Bibliographie.** Les eaux de Niederbronn. — Études sur les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault. — Essai sur les sources d'Évian, d'Amphion et de la Grande-Livre. — Études chimiques des eaux minérales de la Malou. — Guide aux eaux minérales du département de l'Isère et aux Alpes dauphinoises. — Études médicales sur le Mont-Dore. — Essai sur l'arthritis des viscères et sur son traitement par les eaux minérales. — Traitement par les eaux de Plombières de quelques variétés du rhumatisme viscéral. — Recherches cliniques sur l'action des eaux d'Aix en Savoie dans le traitement des paralysies. — Conseiller médical de l'étranger à Nice. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles** Journaux. — VIII. **Feuilleton.** Relation d'une visite à l'asile des idiots d'Earlswood, comté de Surrey (Angleterre), suivie de quelques réflexions sur le no-restraint.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 27 juin 1861.

*Académie de médecine :* SCRUPULES EXAGÉRÉS DU BUREAU A PROPOS D'UNE PÉTITION AU SÉNAT. — DISCUSSION SUR LA MORVE ET LE FARCIN : MM. RENAULT, TARDIEU, BOULEY ET GUÉRIN.

Décidément, l'Académie de médecine abdique un de ses plus beaux priviléges et renonce de gaieté de cœur à une de ses prérogatives les moins contestables, à notre sens, celle de prendre en main les intérêts du corps médical et d'accueillir avec les témoignages d'une bienveillante sympathie tout ce qui touche de près ou de loin aux droits et à l'honneur de la profession. C'est un parti pris : elle renie bel et bien sa section de police médicale! On n'a pas oublié par quel timide expédient, ou plutôt par quelle fin de non-recevoir déguisée, elle transigea avec les justes susceptibilités de quelques-uns de ses membres dans l'affaire du docteur Noir; on se souvient beaucoup mieux encore de cette discussion récente sur l'opération césarienne *post mortem*, qui, à la grande surprise de tous, finit par un acte d'humilité et aboutit à une déclaration d'incompétence. Mardi dernier, l'Académie s'est, encore une fois, retranchée derrière le complaisant principe d'incompétence au sujet d'une *pétition* adressée au Sénat par M. le docteur Linas, *dans le but d'obtenir la révision des lois répressives de l'exercice illégal de la médecine*. Nous aurions compris cet excès de réserve si l'auteur de la pétition eût poussé la témérité jusqu'à réclamer une sorte d'adhésion ou même seulement l'appui moral de l'Académie, une marque d'approbation de sa part. Mais non, il demandait purement et simplement que le bureau donnât connaissance à l'Académie d'une protestation contre les empiétements scandaleux du charlatanisme extra-médical, et d'une énergique revendication de nos droits méconnus et foulés aux pieds. Dans cette circonstance, nous serions tenté d'en appeler de M. Robinet, président, à M. Robinet, rapporteur de la commission des remèdes secrets et nouveaux.

## FEUILLETON.

**Relation d'une visite à l'asile des idiots d'Earlswood, comté de Surrey (Angleterre), suivie de quelques réflexions sur le *no-restraint***, par le docteur E. BILLOD, médecin en chef, directeur de l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Angers).

Suivant l'idée que je m'en faisais, le *no-restraint* consistant beaucoup moins dans l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement et le régime des aliénés, que dans une organisation telle des asiles que l'emploi de ces moyens y devienne inutile, il était intéressant pour moi d'aller étudier cette organisation dans quelques asiles anglais choisis comme types, et de mesurer la différence qui, sous ce rapport, sépare ces établissements de nos asiles français. Tel était donc le but que je me proposai dans le voyage que je fis l'année dernière en Angleterre, et je ne songeais nullement à le dépasser lorsque, dans une rencontre avec MM. les docteurs Conolly, Tuke et Brown, ce dernier inspecteur général du service des aliénés de l'Écosse, il me fut fait de l'asile des idiots d'Earlswood une peinture telle que je ne pus résister au désir d'accompagner le docteur Brown dans l'inspection qu'il devait en faire le lendemain, suivant sa gracieuse proposition et suivant les conseils instants du vénérable docteur Conolly. C'est la relation de cette visite que je me propose de présenter sommairement ici.

A gauche et un peu au delà de la station de Redhill du chemin de fer de Brighton, l'asile d'Earlswood se présente comme un grand et bel édifice dont l'architecture est empreinte de ce caractère monumental un peu fastueux que les Anglais ne jugent pas incompatible avec la destination hospitalière. Il s'élève sur une belle terrasse, et domine un jardin anglais avec ses accidents de terrain et ses allées en méandre contournant des pelouses et des tapis de fleurs.

A droite, on découvre des champs et une ferme dépendant de l'asile; à gauche, un ensemble de bâtiments occupés par une

D'ailleurs, voici cette pétition. Nos lecteurs jugeront si elle était de nature à engager l'Académie dans une mauvaise voie :

« Messieurs les sénateurs,

» La loi du 19 ventôse an XI dispose :

Art. 1. — Nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien, ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il est prescrit par la présente loi.

Art. 35. — Tout individu qui exercera la médecine ou la chirurgie, ou qui pratiquera l'art des accouchements, sans avoir de diplôme, de certificats ou de lettres de réceptions, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

Art 36. — Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du gouvernement près ces tribunaux.

L'amende pourra être portée jusqu'à 1000 francs pour ceux qui prendraient le titre et exerceraient la profession de docteur ;

A 500 francs, pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité ;

A 100 francs, pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements.

L'amende sera doublée en cas de récidive, et les délinquants pourront en outre, être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois.

Enfin, une loi plus récente impose aux médecins exerçants la rétribution d'une patente.

Il est clair que, par ces sages précautions, le législateur a voulu tout ensemble témoigner sa haute sollicitude pour la santé des citoyens et consacrer les droits des médecins légalement institués.

S'il a entouré l'exercice de l'art de pareilles garanties; s'il a, en outre, imposé à ceux qui veulent s'y livrer l'obligation d'une longue et onéreuse scolarité, de laborieuses et solides études, la fréquentation des amphithéâtres d'anatomie, un stage assidu dans les hôpitaux, des examens nombreux, des épreuves probatoires variées, des certificats d'aptitude et un diplôme, c'est qu'il a compris qu'il était de son devoir de protéger la santé des citoyens contre les attentats audacieux de l'ignorance, de l'imposture et du charlatanisme, non moins que de garantir leurs biens contre le pillage des fripons, et de défendre leur vie contre les attaques des malfaiteurs.

Et pourtant, au mépris de ces lois, au mépris des lois plus sacrées encore de l'humanité, des légions de charlatans et d'imposteurs de l'un et de l'autre sexe infestent les villes et les campagnes, exercent au grand jour leur coupable industrie, s'affichent impudemment sur les murs ou à la quatrième page des journaux, trompent le peuple, exploitent indignement la crédulité des malades, empoisonnent la santé de ceux qu'ils prétendent guérir, lèsent les droits des vrais médecins et portent préjudice à leurs plus graves intérêts.

Or, un tel excès d'audace vient de ce que la pénalité actuelle, en cette matière, est tellement illusoire qu'elle équivaut presque à l'impunité.

L'expérience de tous les jours démontre, en effet, que les dispositions légales précitées, malgré toute leur sagesse, sont insuffisantes à réprimer de si condamnables abus et impuissantes à entraver la contrebande médicale, toujours habile à glisser dans les mains de la justice à la faveur de mille déguisements.

Il importe donc, messieurs les sénateurs, de mettre un frein à ce débordement de charlatanisme et d'arrêter le commerce interlope des herboristes, des magnétiseurs, des somnambules, des médicastres, des empiriques, des rhabilleurs, des rebouteurs, des redresseurs, des guérisseurs mâles et femelles, des docteurs en jupon, des médecins sans diplôme et des praticiens sans patente. Il importe d'anéantir ce fléau social et de couper la dernière tête à cet hydre malfaisant, si prompt à renaître et si ingénieux à se multiplier.

A cet effet, j'ai l'honneur d'adresser au sénat la présente pétition, tendante à :

1° Réviser les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI;

2° Introduire dans la législation relative à la répression de l'exercice illégal de la médecine, afin de rendre cette répression plus efficace, des dispositions plus sévères qui soient de nature à effrayer les faux médecins, à châtier, comme elle le mérite, leur odieuse effronterie, à les placer enfin dans l'impossibilité de faire une concurrence illicite aux vrais médecins et de continuer une criminelle industrie qui constitue à la fois une escroquerie, une imposture, un outrage à la morale, un attentat à l'humanité, un danger permanent pour la santé publique, non moins qu'une atteinte aux droits et aux intérêts d'une classe de citoyens soumis à une patente et à des obligations légales spéciales.

— Après un intéressant et substantiel rapport de M. Michel Lévy concernant *la topographie médicale de la Nouvelle-Calédonie*, la discussion s'est ouverte sur la morve et le farcin. Il n'y a eu, à vrai dire, qu'un *feu d'escarmouche*, dans lequel ont donné quelques-uns des plus habiles tirailleurs de la Compagnie, MM. Tardieu, Bouley et Renault. Toutes les balles sont tombées dru comme grêle sur M. J. Guérin.

Que vouliez-vous qu'il fît contre trois?

Eh bien ! il a fait comme Horace, il s'est escrimé de plus belle. Rentrera-t-il dans Rome, chargé des dépouilles des Curiaces ? On ne le croit pas; MM. Tardieu, Renault et Bouley ne sont pas encore occis, et ce dernier doit même continuer son discours dans la prochaine séance.

A. L.

---

colonie de jeunes détenus, correspondant à notre colonie de Mettray, près Tours. Le pays environnant, du reste, est plat, presque sans horizon, et le sol, en partie calcaire, ne paraît pas être d'une très grande fertilité Je n'ai pas, du moins, en parcourant le sentier qui conduit de la station de Redhill à l'entrée de l'asile, été frappé de cet aspect luxuriant et plantureux de la campagne que l'on retrouve dans d'autres parties de l'Angleterre, et, par exemple, dans le comté d'Herefort.

L'ensemble des bâtiments affecte la forme d'un rectangle dont l'un des grands côtés comprend la façade principale, laquelle n'a qu'un étage au-dessus du rez-de-chaussée, excepté au milieu, où elle est surmontée d'un pavillon à deux étages. Les bâtiments qui forment les petits côtés se composent de deux pavillons à deux étages alternant avec des parties à un seul.

L'entrée est située sous un péristyle, et correspond exactement au milieu de la principale façade. D'un côté se trouve la section des garçons, et de l'autre celle des filles. A gauche est la salle de réception dont les principaux ornements consistent dans des dessins et autres spécimens du travail des enfants De cette salle, où nous fûmes reçus par le docteur Down, médecin résidant et surintendant de l'asile, on nous conduisit dans un réfectoire spacieux et bien aéré où plusieurs rangées de tables, disposées transversalement de chaque côté, et séparées au milieu par un couloir longitudinal, présentaient au plus haut degré cet aspect d'ordre et de propreté, ce confortable enfin qui distingue les asiles anglais, et que nous avons retrouvé, du reste, dans toutes les autres parties de l'établissement.

Pour frapper chez les idiots celui des sens dont la fonction paraît être le plus étroitement liée à l'exercice de l'intelligence, on produit quelquefois, paraît-il, dans cette salle une brillante illumination à l'aide d'appareils dus à la munificence d'un des bienfaiteurs de l'œuvre, et l'on fait resplendir à leurs yeux ces mots écrits en lettres de feu : *Peace and prosperity*, paix et prospérité.

L'heure du dîner ayant sonné pendant que ces détails m'étaient donnés par mes savants cicérones, nous ne tardâmes pas à voir

II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### Sur la durée de la persistance des propriétés des muscles, des nerfs et de la moelle épinière, après l'interruption du cours du sang dans ces organes.

(Suite et fin. — Voir le numéro 23.)

§ II. — *Moelle épinière.*

La suspension du cours du sang dans les centres nerveux produit des effets très intéressants au point de vue de la physiologie et de la pathologie. L'encéphale proprement dit et la moelle épinière ayant des propriétés et des fonctions différentes, il est nécessaire d'étudier séparément les résultats que détermine dans chacune de ces parties l'arrêt de la circulation. Les expériences que j'ai faites ont porté très spécialement sur la moelle épinière; aussi me bornerai-je en ce moment à ce qui concerne cet organe. Il s'agit ici d'ailleurs, comme dans la première partie de ce travail, de la durée des propriétés physiologiques après l'interruption du cours du sang, beaucoup plus que des phénomènes qui se manifestent sous l'influence de cette interruption.

Dans son travail sur les propriétés physiologiques et les usages du sang rouge et du sang noir (*Journal de la physiologie*, t. I, p. 116), M. Brown-Séquard s'exprime ainsi : « Lorsqu'on fait une expérience semblable à l'expérience IX (ligature de l'aorte au-dessus de l'origine des artères rénales) sur un mammifère (chat ou chien), sur lequel on a eu soin de couper la moelle épinière en travers, au niveau de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire, de telle sorte que le bout inférieur de cet organe, séparé de l'encéphale, ne reçoive plus de sang après que l'aorte a été liée, on trouve que la faculté réflexe se perd très vite et que l'excitabilité du renflement lombaire de la moel e disparaît quelque temps avant que les nerfs moteurs ne perdent leur propriété vitale. »

L'expression dont se sert M. Brown-Séquard, tout en nous montrant qu'il y a une disparition rapide de la faculté réflexe de la moelle, laisse encore un certain vague sur le temps pendant lequel cette faculté persiste dans la moelle épinière anémiée.

M. Schiff d'une part, MM. Kussmaul et Tenner d'autre part, ont aussi étudié les résultats de l'interception du cours du sang dans la moelle épinière. M Schiff (*Lehrbuch der Physiologie des Menschen; Cyclus*, etc., 1858-1859, p. 104 et suiv.) dit que, chez les lapins et les rats, si l'aorte est liée assez haut, on peut mettre à nu la partie postérieure de cet organe et l'exciter directement sans qu'il y ait trace de sensibilité. Il y a donc accord, jusqu'à un certain point, entre M. Schiff et M. Brown-Séquard sous le rapport de l'effet déterminé par l'arrêt du cours du sang, et, bien que M. Schiff ne dise rien de la promptitude avec laquelle a lieu la disparition des propriétés de la moelle, il donne évidemment à entendre que cette disparition est très rapide.

MM Kussmaul et Tenner (*Recherches sur l'origine et la nature des convulsions épileptiformes consécutives à une hémorrhagie*, etc.; *Untersuchungen zur Naturlehre*, von J Moleschott, III Band, 1857) ont cherché pareillement, au moyen de ligatures placées sur les gros vaisseaux, à déterminer les effets de l'arrêt du cours du sang dans la moelle épinière. Chez des lapins de différents âges et de diverses variétés, ils lient les deux artères sous-clavières à leur origine. L'aorte, entourée d'un fil, est alors un peu attirée au dehors par la plaie qui a servi à faire les précédentes ligatures, et on applique sur ce vaisseau un compresseur (sorte de serre-fine d'une force suffisante pour oblitérer complétement le vaisseau). Au bout de quelques secondes, et au plus d'une minute à une minute et demie, les membres postérieurs sont complétement paralysés. Quant aux membres antérieurs, ils ne sont qu'à moitié paralysés et présentent des mouvements choréiformes. MM. Kussmaul et Tenner ont pu, à l'aide de leur procédé, interrompre et rendre libre tour à tour la circulation aortique, et ils ont constaté ainsi une disparition et un retour successifs du mouvement volontaire, à condition toutefois que la compression n'eût pas duré au delà de quinze à vingt minutes. Le mouvement ne se rétablissait pas aussitôt que l'on cessait la compression, mais quelques minutes plus tard et après un intervalle d'autant plus long que la compression avait été plus prolongée. Ces expérimentateurs ont aussi cru pouvoir tirer des faits qu'ils ont observés la preuve que Marshall-Hall s'était trompé en considérant l'anémie brusque de la moelle épinière comme une cause de convulsions dans les parties musculaires recevant leurs nerfs de la portion de la moelle dans laquelle la circulation est interrompue. M. Brown-Séquard, dans l'examen critique qu'il fait des conclusions de MM. Kussmaul et Tenner (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, t I, 1858, p. 201 et suiv.), se range complétement à l'opinion de Marshall-Hall. Quoi qu'il en soit de ce point sur lequel je dirai encore un mot un peu plus loin, nous voyons que MM. Kussmaul et Tenner donnent comme limite à la durée du mouvement volontaire dans les membres postérieurs des animaux dont la moelle épinière ne reçoit plus de sang, un temps très court, une minute à une minute et demie. Ces auteurs ne paraissent pas, d'ailleurs avoir cherché à s'assurer directement si la moelle épinière avait perdu son excitabilité. On peut faire une autre remarque sur leurs expériences, c'est qu'elles ont été faites sur des lapins, et que, suivant M. Schiff (*loc. cit.*), chez ces animaux, l'interruption du cours du sang dans les membres postérieurs y produit une paralysie immédiate du mouvement, alors même que, par le mode d'expérimentation, la circulation n'a pas été interceptée dans la moelle épinière : de telle sorte qu'il est difficile, dans les expériences de MM. Kussmaul et Tenner, de faire la part distincte de l'anémie des membres postérieurs et de celle de la partie postérieure de la moelle épinière.

En résumé, les travaux les plus récents des physiologistes

---

arriver, en rang et deux à deux, et se rendre, par une évolution en quelque sorte militaire, à leurs places respectives les garçons d'abord, les filles ensuite; les premiers à droite, les secondes à gauche. Ce mouvement exécuté, toute l'assistance debout entonna en chœur la prière d'avant le repas. Si courte qu'ait été la durée de ce chant, dans lequel les voix m'ont semblé se marier avec assez de justesse, j'ai pu remarquer que le plus grand nombre des enfants y prenaient part. Un mouvement machinal des lèvres chez quelques idiots microcéphales dont les facultés étaient aussi oblitérées que possible, indiquait visiblement qu'ils y concouraient aussi plus ou moins et par imitation.

Le chant terminé, et sur un signal, chacun s'assit. La distribution commença alors, et s'opéra avec un ordre parfait en moins de trois minutes, à l'aide de meubles à roulettes sur lesquels étaient disposés les plats. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le confort du régime ne me parut rien laisser à désirer, et que tout le monde fit honneur au menu, qui se composait, ce jour-là, de rosbif, de pommes de terre, et, autant que je puis m'en souvenir, d'un plat de pudding, avec de la bière pour boisson.

Mettant à profit le spectacle que j'avais devant les yeux, de 275 types au moins d'idiots ou imbéciles réunis pour un repas, et s'y adonnant chacun à sa manière, je me suis livré, pendant sa durée, à quelques observations dont je crois devoir consigner ici le résultat.

Une des premières impressions produites sur moi par une telle assemblée, fut celle d'une mobilité, d'une agitation anormale et résultant du caractère en quelque sorte convulsif de la généralité des mouvements. Chez quelques idiots, cette habitude convulsive m'a paru portée jusqu'à la chorée, et, chez plusieurs, je l'ai vue se traduire par un strabisme.

Quelques types de microcéphales m'ont semblé extrêmement remarquables. Chez 2 ou 3 entre autres, qui, sauf la couleur du teint, m'ont rappelé les Aztèques, l'absence du front était presque complète, et, à en juger par l'aplatissement extraordinaire de la voûte crânienne, les centres nerveux devaient être réduits à une telle expression qu'on pouvait être tenté de croire, au premier abord, à de l'acéphalie.

tendent à démontrer que l'arrêt de la circulation artérielle dans la moelle épinière abolit très promptement ses propriétés; mais cependant on ne peut pas se refuser à voir qu'il reste encore une certaine incertitude relativement à la durée de la persistance des propriétés et fonctions de la moelle après l'interruption du cours du sang dans cet organe. J'ai pensé qu'il n'était pas inutile de donner, si cela était possible, une netteté plus grande à l'expression des résultats de l'expérimentation, et c'est pour cela que j'ai soumis le sujet en question à une nouvelle investigation.

Les expériences que j'ai faites démontrent que l'interruption complète du cours du sang dans le renflement lombaire de la moelle épinière y abolit *immédiatement* les propriétés et les fonctions de la substance grise, tout en laissant subsister pendant quelque temps encore l'excitabilité des faisceaux blancs qui circonscrivent cette substance.

Nous allons voir le moyen qui, dans les expériences relatées plus haut, respectait la sensibilité des nerfs sciatiques pendant un temps fort long, l'abolir ici subitement.

M. Flourens a depuis longtemps fait connaître les effets très remarquables que l'on produit lorsque l'on injecte d'une certaine façon, dans le système artériel du train postérieur d'un animal, de l'eau contenant une poudre inerte en suspension (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1847, p. 905 et suiv., et 1849, p. 37 et suiv.). Ces effets sont les suivants : il y a immédiatement paralysie du mouvement dans tout le train postérieur; en même temps il y a perte absolue de la sensibilité, non-seulement dans la peau, mais encore dans les nerfs sciatiques, que l'on peut piquer, pincer, couper, arracher, sans que l'animal manifeste la moindre douleur. Au contraire, les nerfs sciatiques ont conservé leur motricité, et l'irritabilité musculaire paraît intacte. Pour que l'expérience donne ces résultats, il faut de toute nécessité qu'elle soit faite de la manière indiquée par M. Flourens. L'injection doit être pratiquée par l'artère crurale dans le sens inverse de celui de la circulation, c'est-à-dire de la périphérie vers le cœur. Si l'injection était faite du cœur vers l'extrémité du membre, ce membre se trouverait dans les conditions que nous avons décrites dans la première partie de ce travail; conséquemment, on observerait les phénomènes qui y ont été énumérés, et en particulier la conservation de la sensibilité des nerfs sciatiques. L'injection doit donc être faite des extrémités vers le cœur, et il faut qu'elle soit lancée avec une force modérée, mais cependant assez grande pour que le liquide injecté monte dans l'aorte jusqu'à une certaine hauteur. Si l'injection est poussée trop vivement, le liquide et les particules qu'il contient pénètrent par l'aorte jusque dans le ventricule gauche, et de là ce liquide mêlé au sang est distribué à toutes les parties du corps, et, entre autres parties, aux centres encéphaliques (cerveau, cervelet, isthme, moelle allongée), ce qui détermine les accidents les plus graves d'embolie, et est rapidement suivi de la mort. Si l'injection est faite trop mollement, le liquide ne dépasse guère la partie de l'aorte la plus rapprochée de la bifurcation; il se distribue uniquement aux deux membres, et l'injection rentre dans les conditions de celles qui sont faites par la partie la plus reculée de l'aorte, du centre vers la périphérie.

Supposons donc une injection d'eau contenant en suspension une poudre inerte (poudre de lycopode par exemple), faite chez un chien, par l'artère crurale d'un côté et de la périphérie vers le cœur : l'injection a été pratiquée avec la force convenable, et, si le chien est de moyenne taille, on aura injecté 7 ou 8 grammes de liquide. On est frappé d'un premier caractère de ces injections, signalé par M. Flourens, c'est qu'elles ne s'accompagnent d'aucune douleur : tout au plus observe-t on quelques signes d'une sorte d'anxiété, et encore cela n'est-il pas constant. Il y a parfois une trépidation dans les masses musculaires des cuisses (1). Détache-t-on l'animal, on voit qu'il a le train postérieur paralysé; explore-t-on l'état de la sensibilité de la peau et des nerfs, de la motricité nerveuse et de la contractilité musculaire, on constate tous les phénomènes découverts par M. Flourens.

A quelle cause rapporter cet ensemble de phénomènes? Faut-il invoquer une action spéciale des poudres inertes ainsi injectées sur les tubes sensitifs des troncs nerveux? Ou bien, si l'on a peu de propension à admettre une action élective aussi remarquable qui serait produite par un semblable moyen, faut-il se contenter d'enregistrer ce fait au nombre de ceux qui attendent encore leur explication? Non; nous n'en sommes pas réduits à cette extrémité pour ce fait : il a son explication, et cette explication est des plus simples.

Dans les cas ordinaires, si la taille de l'animal est moyenne, si la quantité de liquide injecté est suffisante, on trouve que la circulation est arrêtée jusque dans l'artère crurale du côté opposé à celui où l'on a fait l'injection. Quelquefois la circulation ne se suspend dans cette artère qu'après quelques minutes. Les battements de ce vaisseau cessent alors, et si on l'ouvre, on reconnaît que le sang y est coagulé. J'ai vu le sang ainsi coagulé dans presque toute la longueur de l'aorte abdominale et dans toutes les branches qui en naissent, jusqu'à leurs extrémités, quelques minutes après l'injection (2). Dans d'autres cas, le sang ne se coagule pas dans

(1) Je n'ai jamais vu se produire des convulsions dans les membres postérieurs après les injections de cette sorte, et par conséquent je me rallierais à l'opinion de MM. Kussmaul et Tenner si j'avais fait des expériences suivies des mêmes résultats chez d'autres animaux que les chiens. M. Brown-Séquard (*loc. cit.*) fait remarquer avec beaucoup de justesse que les choses peuvent parfaitement ne pas se passer de la même façon chez tous les animaux, et il cite comme présentant des convulsions sous l'influence de l'anémie de la moelle épinière, le mouton, d'après Marshall-Hall, le cochon d'Inde, les oiseaux. La différence entre les résultats observés tient aussi très probablement à la diversité des moyens employés. Peut-être le procédé que j'ai mis en usage chez le chien aurait-il les mêmes effets sur les autres animaux qui viennent d'être cités. Ce procédé a l'avantage sur les autres d'obstruer immédiatement les dernières ramifications des artères et de supprimer ainsi, et tout à coup, cette circulation ultime qui se fait encore pendant quelques instants lorsqu'on emploie un autre mode d'expérimentation, sous l'influence du retrait des artères, et qui peut ainsi entretenir momentanément quelques restes de nutrition dans la moelle épinière ou les autres parties.

(2) Les caillots de l'aorte, dans ces cas, aussi bien que ceux des branches qui en naissent, sont constitués par du sang mêlé de nombreuses particules de la poudre

---

A côté de ces microcéphales, et par contre, j'ai remarqué certains types de macrocéphales, et je dois à la vérité de dire que le volume de la tête, chez les uns et les autres, ne m'a pas toujours paru mesurer exactement le degré de l'intelligence. Il ne s'agit là, toutefois, que d'une impression générale et superficielle, mais à laquelle il serait facile de substituer des données précises par l'application du céphalomètre de M. le docteur Antelme, que je ne saurais trop recommander à M. le docteur Down. Parmi ces idiots, quelques-uns m'ont paru obèses, et plusieurs m'ont semblé présenter, bien qu'enfants, des formes d'adulte plus ou moins altérées, rappelant en cela, sauf, bien entendu, la perfection des formes, un des caractères du fameux groupe de statues antiques connu sous le nom de *Laocoon*, et dans lequel les fils de ce personnage ont la taille d'enfant et la conformation d'adulte. A part quelques cas exceptionnels dans lesquels une physionomie régulière et une organisation physique normale s'observaient en même temps qu'une oblitération plus ou moins complète des facultés intellectuelles, il était impossible de ne pas être frappé dans l'ensemble d'une certaine défectuosité de formes, d'un certain degré de dégradation physique coïncidant avec la dégénérescence intellectuelle et morale, et fournissant ainsi la contre-preuve de cette harmonie que le Créateur a établie dans l'homme fait à son image, entre la pureté de ses traits, la beauté de ses formes, la perfection enfin de son organisme et l'intelligence qui le rapproche de lui.

Pour l'examen des caractères de cette dégradation physique dont les signes se faisaient remarquer dans la forme, le volume et l'implantation des oreilles, dans le degré d'ouverture de l'angle facial, dans les traits comme dans tout l'ensemble de l'organisme, je n'ai pu, du reste, que regretter de n'avoir pas la compétence du savant auteur du *Traité des dégénérescences*, M. le docteur Morel (de Saint-Yon). Sur les indications du médecin de l'établissement, M. le docteur Brown m'a signalé quelques cas de surdité, de myopie, de presbytie concomitantes avec l'idiotisme. Sur 300 idiots ou imbéciles, on comptait, lors de ma visite, une trentaine d'épileptiques que je regrettai de voir confondus avec le reste de la po-

les gros vaisseaux ; mais la coagulation se fait encore dans les dernières ramifications artérielles, où la poudre se trouve repoussée ; et la circulation, soit par les particules mêmes de la poudre, soit par le sang coagulé, se trouve absolument suspendue dans les membres postérieurs. Une incision faite dans un point quelconque de ces membres ne donne pas issue à la moindre goutte de sang.

Par ce qui s'observe dans les membres postérieurs, on peut juger de l'état de la circulation dans toutes les parties qui reçoivent leurs vaisseaux artériels de la portion de l'aorte dans laquelle a pénétré le liquide injecté. On conçoit que ce liquide, s'ouvrant un passage au travers du sang qui circule dans l'aorte, se mêlant à ce sang jusqu'à une certaine hauteur dans ce vaisseau, est ensuite repoussé en même temps que le sang dans toutes les branches qui naissent de l'aorte, dans toute la longueur du trajet qu'il a parcouru. Si le liquide injecté est lancé jusqu'au niveau du tronc cœliaque, toutes les artères mésentériques, spermatiques, rénales, le plus grand nombre des artères lombaires recevront du sang mêlé de poudre de lycopode, et seront immédiatement obstruées. Ainsi se trouvera intercepté le cours du sang dans les branches dorso-spinales des artères lombaires, c'est-à-dire dans les branches qui donnent les rameaux destinés à la moelle lombaire et à ses enveloppes. Le renflement lombaire se trouvera alors dans des conditions bien différentes de celles que l'on détermine par une ligature de l'aorte abdominale. Cette ligature interrompt bien aussi le cours du sang dans les branches dorso-spinales de plusieurs artères lombaires, mais la circulation rachidienne n'est pas suspendue ; car, d'une part, des anastomoses peuvent rétablir le cours du sang dans ces branches elles-mêmes, et, d'autre part, la disposition de l'appareil circulatoire de la moelle est telle que les troncs artériels spinaux continuent, malgré la ligature de l'aorte, à porter du sang oxygéné aux parties les plus postérieures de la moelle. Après l'injection d'eau contenant une poudre inerte, il en est tout autrement. Cette poudre pénètre dans les divers rameaux et ramuscules artériels de la moelle lombaire, les obstrue par elle-même, y coagule le sang, et oppose ainsi une barrière infranchissable aux affluents anastomotiques.

*Il y a donc arrêt complet de* la circulation dans la moelle lombaire de l'animal opéré, et c'est là la cause de l'abolition immédiate de la sensibilité, des actions réflexes et du mouvement volontaire dans son train postérieur. On pourrait supposer, *à priori*, que ces injections produisent une altération anatomique de la moelle épinière, et que c'est là ce qui explique ces divers phénomènes. Mais il n'en est rien. Je n'ai vu qu'une seule fois une lésion de la moelle épinière : c'était chez un chien qui était mort vingt heures après l'opération ; il y avait chez lui un ramollissement hémorrhagique de la substance grise. Cette lésion était-elle primitive ? J'ai peine à le croire, d'autant plus que l'examen de la substance ramollie n'a montré que de très rares grains d'amidon (c'était la matière employée dans ce cas) ; et je pense qu'on peut attribuer cette lésion à l'œdème et à la distension concomitante de la substance grise, qui ont été la suite de la stase du sang veineux. Quand même cette lésion aurait été primitive, on devrait considérer le fait comme une très rare exception, puisque, chez tous les autres chiens que j'ai examinés, la moelle était absolument saine. On comprendra d'ailleurs facilement que la poudre de lycopode (c'est la poudre qui a été le plus fréquemment employée) ne produise ni lésions, ni compression des éléments intimes de la moelle épinière dans les expériences de ce genre, si l'on se rappelle ce que j'ai déjà dit, à savoir que la dimension des spores de lycopode ($0^{mm},03$) ne leur permet pas de pénétrer dans les vrais capillaires sanguins. L'examen direct est tout à fait d'accord avec cette induction. On ne trouve presque pas de spores de lycopode dans la substance grise de la moelle ; c'est dans les rameaux artériels spinaux et leurs principales divisions qu'on les rencontre presque exclusivement.

inerte. Cette action des matières pulvérulentes est des plus remarquables. La propriété qu'elles ont de coaguler rapidement le sang pourrait sans doute trouver une application dans certains cas chirurgicaux.

Ainsi, je le répète, l'interruption subite du cours du sang artériel dans la portion lombaire de la moelle épinière nous donne l'explication très simple de l'abolition immédiate du mouvement volontaire, de la sensibilité et des actions réflexes. Comme on le conçoit, la conservation de la motricité nerveuse et de l'irritabilité musculaire dans le train postérieur des animaux soumis à l'expérience dont il s'agit ici n'est que temporaire. La circulation est, en effet, interrompue dans ce train postérieur, et les propriétés des nerfs et des muscles disparaissent au bout d'un certain temps, comme dans les cas étudiés dans la première partie de ce travail, et dans lesquels l'injection est faite du centre vers la périphérie.

La moelle épinière est constituée par deux tissus nerveux distincts : la substance grise et les faisceaux blancs qui la circonscrivent. L'abolition de la sensibilité et des actions réflexes nous apprend que la substance grise a perdu ses propriétés ; mais il est impossible de savoir, sans un examen direct, si les faisceaux blancs ont perdu les leurs. Je n'ai malheureusement fait qu'une seule expérience relative à cette question, et je suis tenu par cela même à une certaine réserve. Chez un chien sur lequel l'injection avait réussi, et dont le train postérieur avait perdu toute sensibilité, j'ai mis la partie lombaire de la moelle épinière à nu. La galvanisation des faisceaux postérieurs a déterminé de vives douleurs et des secousses violentes dans les muscles des gouttières vertébrales ; les muscles des membres postérieurs sont restés immobiles. La galvanisation produisant des courants dérivés qui pouvaient être la cause unique des phénomènes observés, j'ai piqué la moelle épinière à plusieurs reprises avec une grosse épingle ; j'ai constaté des signes évidents de douleur. Le résultat de cette expérience a été très net, et de plus il s'accorde avec ce qui a été vu par M. Brown-Séquard, comme le montre le passage de son mémoire que j'ai cité plus haut, passage dans lequel il dit que, sous l'influence d'un arrêt de la circulation (arrêt incomplet,

---

pulation, et dont l'éloignement ou l'isolement dans un quartier spécial me sembla répondre à un besoin véritablement urgent. Plusieurs enfants m'ont paru affectés de ce ptyalisme, qui paraît être un caractère propre à un certain nombre d'idiots.

La manière de manger a éveillé aussi mon attention chez ces jeunes déshérités. Les uns mangeaient très vite et d'une façon en quelque sorte gloutonne, d'autres très lentement, le plus grand nombre d'une manière propre et naturelle et en se servant, comme tout le monde, de cuillers et de fourchettes. Plusieurs léchaient leurs assiettes après avoir mangé. J'en ai vu prendre leurs aliments avec la bouche, sans l'intermédiaire des mains, et les happer en quelque sorte, me rappelant en cela un jeune idiot microcéphale que j'ai eu dans mon service à l'asile de Blois. Du reste, il m'a paru évident que les uns et les autres, tout entiers à la satisfaction de leur appétit, ne se regardaient même pas, et que la réunion des sexes dans la circonstance n'avait pas d'inconvénients apparents. A une objection que je lui présentai relativement à ce mélange, qui est à peu près général dans les établissements d'aliénés anglais, et qui m'avait particulièrement frappé à Colney-Hatch, où plus de 600 aliénés des deux sexes prennent simultanément leur repas dans un même réfectoire, le docteur Conolly me fit une réponse judicieuse que je crois traduire exactement en disant que cette rencontre répétée des deux sexes dans une circonstance où un appétit fait taire l'autre lui semblait offrir plus de garanties morales qu'une séparation trop absolue, l'influence exercée par la vue d'un sexe sur l'autre semblait devoir s'user par l'habitude de se voir.

Le repas terminé, toute l'assistance se leva, et, après avoir chanté en chœur l'hymne d'actions de grâces, se retira dans le même ordre qu'à l'arrivée et se rendit dans les salles de récréations, où nous les retrouvâmes quelques instants après se livrant à des jeux en rapport avec les goûts et les aptitudes de chacun.

Ces salles de récréations sont au nombre de six, et comme elles ne sont disposées que pour des jeux tranquilles, il existe au rez-de-chaussée une vaste salle destinée surtout au jeu de ballon et de quilles. Il existe au dehors un gymnase auquel on a ajouté un maté-

il est vrai), la faculté réflexe de la moelle se perd très vite, et que l'excitabilité de cet organe ne disparaît que peu de temps avant que les nerfs moteurs perdent leur propriété vitale Je puis donc, sans une grande témérité, penser que des expériences semblables à celle que je viens de relater parleraient probablement dans le même sens : d'où l'on est en droit de conclure que les faisceaux blancs de la moelle se comportent d'une façon analogue aux nerfs sous l'influence d'une interception du cours du sang dans leur appareil circulatoire, et qu'ils conservent dans ces conditions, pendant un certain temps (trois quarts d'heure au moins dans le cas où j'ai fait l'examen de la moelle), leurs propriétés physiologiques, alors que la substance grise qu'ils entourent perd, au contraire, immédiatement les siennes.

On pourrait opposer à cette déduction les résultats constatés par M. Schiff. Ce physiologiste a vu, en effet, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, qu'après la ligature de l'aorte, à une grande distance de sa bifurcation, la partie postérieure de la moelle épinière perd sa sensibilité. Mais, dans les cas observés par M. Schiff, la moelle épinière était bien certainement anémiée dans une assez grande étendue, et les faisceaux postérieurs qu'il excitait se trouvaient, sans aucun doute, en rapport par leur extrémité supérieure avec la partie qui était privée de sang artériel. Cette partie ayant perdu ses propriétés, ne pouvait plus transmettre les excitations produites sur les faisceaux postérieurs. Dans l'expérience de M. Flourens, au contraire, le renflement lombaire est seul, en général, privé de circulation, et les faisceaux postérieurs de ce renflement, par leur extrémité supérieure, se trouvent en rapport plus ou moins complétement avec des parties non anémiées de la moelle.

Au nombre des phénomènes immédiats de l'expérience, nous avons inscrit l'abolition du mouvement volontaire. Il est certain que le mouvement volontaire disparaît bien plus promptement lorsque la circulation est interceptée à la fois dans la moelle épinière et dans le train postérieur, que lorsqu'elle n'est interrompue que dans les membres postérieurs seulement. La substance grise de la moelle étant la seule partie de cet organe qui perde sur-le-champ et complétement ses propriétés et ses fonctions, ce fait de la disparition immédiate des mouvements volontaires semble démontrer que la substance grise médullaire joue un rôle important dans le mécanisme de ces mouvements (1). Ce rôle de la substance grise de la moelle, M Schiff (*Lehrbuch der Physiologie*, etc.) et M. Brown-Séquard (*Course of Lectures on the Physiology and Pathology of the central nervous system*, 1860, p. 45 et suiv.) l'ont signalé de la façon la plus nette en se fondant sur des expériences d'un autre ordre.

— La conclusion principale de nos recherches relatives à l'influence de l'interception du cours du sang dans la moelle épinière sur les propriétés et les fonctions de cet organe a déjà été formulée précédemment. Elle se résume dans la proposition suivante : *L'interruption de la circulation, ou, pour mieux dire, l'anémie artérielle produite brusquement dans une partie de la moelle épinière, chez les mammifères, suspend aussitôt les propriétés et les fonctions de la substance grise de cette partie, et laisse, au contraire, persister pendant un certain temps les propriétés des faisceaux blancs situés au même niveau.*

Les faits qui nous ont conduit à cette conclusion peuvent aussi servir de preuve expérimentale à cette autre proposition, que nous ne faisons qu'énoncer, et qui est d'ailleurs en accord complet avec l'opinion de Todd, opinion adoptée aujourd'hui par la plupart des anatomistes et des physiologistes :

*Les tubes nerveux des racines antérieures et postérieures des nerfs se portent tout, soit immédiatement, soit après un court trajet au milieu des faisceaux blancs de la moelle, à la substance grise de cet organe; et, arrivés là, ces tubes nerveux subissent une modification profonde* (1).

A. Vulpian.

(1) A l'appui de cette proposition, nous pouvons invoquer aussi ce que nous avons observé chez le chien dont il a été question plus haut, et chez lequel on a trouvé, lors de l'examen nécroscopique, une altération de la substance grise de la moelle. Chez cet animal, la circulation, ainsi qu'on s'en est assuré, n'avait pas été interrompue complétement dans le train postérieur; elle n'avait probablement été entièrement interceptée que dans le renflement lombaire de la moelle épinière; aussi a-t-on vu la motricité des nerfs sciatiques et l'irritabilité des muscles des membres postérieurs persister plus de trois heures après l'opération, et la température de ces membres rester très longtemps normale, bien que le mouvement volontaire et la sensibilité aient été abolis en moins d'une minute. La paralysie du mouvement volontaire était due évidemment dans ce cas, en très grande partie du moins, à la même cause que la paralysie de la sensibilité, c'est-à-dire à la suspension du cours du sang dans la substance grise de la moelle, ou peut-être à l'altération de cette substance si cette altération a été primitive, ce qui d'ailleurs ne changerait rien à notre conclusion. Dans un cas comme dans l'autre, ce serait la modification de la substance grise de la moelle qui aurait été la cause principale de la paralysie presque subite du mouvement volontaire dans le train postérieur.

(1) Cette modification, comme on le sait, consiste principalement, sinon exclusivement, dans les rapports d'origine ou de terminaison que ces tubes nerveux contractent avec les cellules nerveuses de la substance grise.

## III.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

Chimie appliquée. — *Note sur la plasmine, substance albuminoïde qui donne au sang la faculté de se coaguler spontanément*, par M. *Denis* (de Commercy). — L'auteur décrit dans ce travail les procédés qu'il met en usage pour extraire la *plasmine* du sang de l'homme et du sang des animaux.

riel considérable pour les jeux de la crosse, de la balançoire, etc.

Après avoir visité ces salles, ainsi qu'une succession de chambres destinées à des pensionnaires et à leurs servants, nous nous dirigeâmes vers les ateliers. L'un de ces ateliers est affecté à l'épluchage des fibres du coco destinées à faire des nattes. Ce travail élémentaire constitue le premier degré de l'éducation professionnelle à Earlswood, et c'est par lui que l'on commence à exercer les doigts des jeunes idiots. Après l'épluchage vient le tressage en nattes, qui exige plus d'aptitude naturelle ou acquise, et constitue le deuxième degré de ladite éducation. Cette industrie semble prédominer à Earlswood, et recouvre de ses produits les parquets de toutes les salles. Le troisième atelier est celui des tailleurs. Vient ensuite l'atelier de vannerie, où se fabriquent de jolis paniers d'osier. Un de ces paniers est placé pour la nuit à côté de chaque lit, et les enfants y déposent le soir leurs vêtements après les avoir pliés. Vient enfin l'atelier de menuiserie.

Comme exemples remarquables d'industrie particulière, on m'a montré de charmants modèles de navire construits par un jeune idiot dont l'aptitude à ce genre de travail est vraiment extraordinaire. Elle s'est révélée à la vue d'un mouchoir sur le fond duquel était dessiné un navire. Ce jeune constructeur était, m'a-t-on assuré, sauvage et sourd-muet quand il est arrivé, et ne faisait entendre qu'un grognement sourd et inarticulé. Il passait tout son temps d'abord à courir et à se cacher dans les buissons du parc. Il se sert aujourd'hui de quelques mots, à l'aide desquels il s'est composé un langage assez intelligible, et il est devenu très sociable. Un de ses modèles de navires a été jugé digne d'être présenté à Son Altesse le prince de Galles. Une réflexion critique, faite en ma présence par cet individu à propos d'une tête dessinée par un de ses camarades, m'a paru digne d'être relevée comme dénotant le degré de son intelligence. Il trouvait cette tête défectueuse, parce qu'elle était plus noire d'un côté que de l'autre, ne se rendant nul compte de l'ombre qui expliquait cette différence.

La cordonnerie et les travaux agricoles complètent la série des occupations manuelles auxquelles sont employés les idiots d'Earlswood. Ces derniers travaux comprennent l'exploitation de 90 acres

Le sang de l'homme doit provenir d'un sujet atteint, s'il se peut, seulement d'une simple indisposition, indiquant néanmoins une saignée : ainsi d'un individu presque sain. On le reçoit, dès qu'il s'écoule de la veine, dans un bocal renfermant le septième de sa contenance d'une solution saturée de sulfate de soude. On effectue le mélange des deux liquides à l'aide d'une spatule. On filtre ; on sature le liquide avec du chlorure de sodium en poudre ; et la plasmine se précipite en flocons translucides, qu'on étale à l'aide d'un nouveau filtrage.

Pour extraire la plasmine du sang des animaux, il suffit d'élever aux deux tiers, au lieu du septième, la solution saturée de sulfate de soude, et de filtrer le mélange tant qu'il s'écoule coloré en rouge et trouble. M. Denys rappelle que les propriétés de la plasmine la placent dans le groupe des substances albuminoïdes. Il appelle sur cet élément du sang toute l'attention des chimistes et des physiologistes.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Mémoire sur l'emmagasinement et la salubrité des eaux de Paris*, par M. *Bouchut*. — L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° Si les eaux de Paris ne sont pas assez abondantes, elles sont de bonne qualité. 2° Les eaux d'Arcueil et du puits artésien s'altèrent moins que les eaux de l'Ourcq et de la Seine. 3° Certaines eaux s'altèrent rapidement en été par la formation rapide de *Navicules*, d'*Oscillaires*, de *Paramécies*, d'*Anguillules*, de *Daphnis*, etc., dont les débris entrent en fermentation sous l'influence de la chaleur et des orages. 4° Les eaux qui s'altèrent par la décomposition des matières végétales et animales sont celles qui sont emmagasinées à découvert, et qui reçoivent, avec les impuretés de l'atmosphère, l'influence de la chaleur ou de la lumière solaire ou diffuse. 5° Ainsi que l'a déjà établi M. Guérard, les eaux dont on veut conserver la fraîcheur et la pureté doivent être recueillies dans des réservoirs fermés. 6° Il ne suffit pas d'abriter les réservoirs au moyen d'un toit, il faut les rendre souterrains ; et s'ils sont au-dessus du sol, on doit les recouvrir d'une voûte épaisse qui empêche leur échauffement par les rayons solaires. 7° Dans l'état actuel, les bassins pourront être recouverts d'une double voûte peu épaisse : la première au-dessus de l'eau, pour l'abriter de la lumière, de l'air et du soleil ; la seconde, distante d'un mètre, pour empêcher la première d'être échauffée par le soleil. 8° Les réservoirs doivent être mis à sec, lavés et désinfectés au moins tous les mois pendant la saison chaude. 9° On peut obtenir la désinfection des réservoirs mis à sec en les couvrant d'une bâche et en y brûlant du soufre, dont les vapeurs empêchent la fermentation des algues et des débris infusoires, végétaux et animaux 10° Enfin il serait heureux que, à l'exemple de certaines localités, des galeries filtrantes ou des filtres pussent être placés dans tous les bassins de la ville. (*Comm.* : MM. Rayer, Bernard, J. Cloquet.)

CHIRURGIE. — M. *Pappenheim* présente des considérations sur la *résection des os* considérée au point de vue de la médecine légale. (*Comm.* : MM. Velpeau et Jobert de Lamballe.)

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE. — *Expériences et vues nouvelles sur la nature des fermentations*, par M. *L. Pasteur*. — Des expériences nombreuses et variées ont conduit M. Pasteur à formuler la conclusion suivante :

A côté de tous les êtres connus jusqu'à ce jour, et qui, sans exception (au moins on le croit), ne peuvent respirer et se nourrir qu'en assimilant du gaz oxygène libre, il y aurait une classe d'êtres dont la respiration serait assez active pour qu'ils puissent vivre hors de l'influence de l'air en s'emparant de l'oxygène de certaines combinaisons, d'où résulterait pour celles-ci une décomposition lente et progressive. Cette deuxième classe d'êtres organisés serait constituée par les ferments, de tout point semblables aux êtres de la première classe, vivant comme eux, assimilant à leur manière le carbone, l'azote et les phosphates, et comme eux ayant besoin d'oxygène, mais différant d'eux en ce qu'ils pourraient, à défaut de gaz oxygène libre, respirer avec du gaz oxygène enlevé à des combinaisons peu stables.

MÉDECINE. — M. *Coinde* adresse de Sfax (régence de Tunis) les indications qui lui ont été fournies par un médecin arabe, concernant l'emploi, dans un remède contre l'hydrophobie, d'un insecte doué à un haut degré de propriétés vésicantes, d'une espèce de Mylabre.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

**Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.**

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Caron* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Illois pendant les années 1860 1861. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur *Chapelain* ; de Siradan (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Bruguière*. (*Commission des eaux minérales* )

2° L'Academie reçoit : *a*. a description et le modèle d'un nouveau stéthoscope de l'invention de M. le docteur *Dufau* (de Mauriac). (M. de Kergaradec, *rapporteur*.) — *b*. Une note sur la cure radicale des hernies sans opération chirurgicale, par M le docteur *Combes*. (*Comm.* : M. Huguier.) — *c*. Une lettre renfermant l'indication de quatre cas d'accidents graves produits par un des cosmetiques les plus répandus, par M. le docteur *Garnier* (de Nice). (*Comm.* : MM. Bussy, Tardieu, Trébuchet.)

M. le docteur *Fano* soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument propre à pratiquer des injections à travers les points et conduits lacrymaux dans les affections du canal lacrymo-nasal, telles que tumeurs et fistules lacrymales.

Cet instrument a été construit, d'après les indications de l'auteur, par MM. *Robert* et *Collin* Il se compose d'un réservoir en cuivre ou en tout autre métal R de forme sphéroïdale, d'une capacité d'un quart de litre environ, pourvu de deux ouvertures, l'une supérieure O, l'autre latérale O'. A la première s'adapte une petite pompe fou-

---

anglais de terre. La ferme se compose d'une vacherie et d'une bergerie. J'ajoute que quelques idiots sont occupés à la cuisine et y concourent à la préparation des aliments. L'un d'eux m'a paru se distinguer par son air de contentement de lui-même, ses façons plaisantes et bouffonnes et ses prétentions au bel esprit.

Le travail des filles comprend plus spécialement la couture, le tricotage, le travail au crochet, les perles, la broderie et les travaux du ménage.

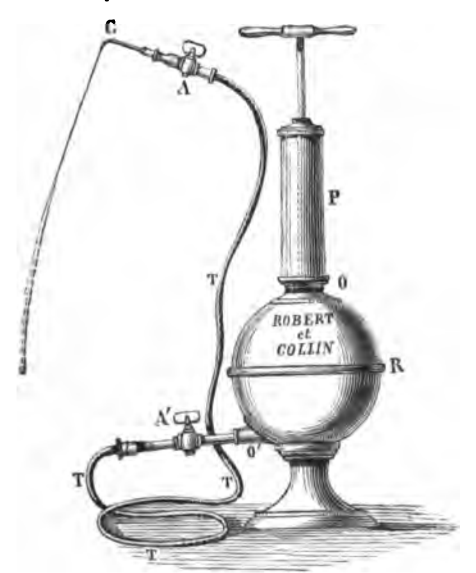
Des ateliers nous fûmes conduits dans les salles d'étude, où l'on donne à ces intelligences plus ou moins rudimentaires le degré d'éducation dont elles sont susceptibles.

Ma visite à Earlswood ayant eu lieu un dimanche, dont l'observation est si rigoureuse, comme l'on sait, en Angleterre, il ne m'a pas été donné d'assister aux exercices intellectuels, et je ne puis qu'y suppléer par l'emprunt à une notice du révérend Edwin Sidney des détails qui suivent, et dont je dois la traduction à M. le docteur Combes, mon ancien interne et adjoint, aujourd'hui mon collègue et ami.

« Pour la lecture, on commence à leur faire reconnaître des lettres en bois et mobiles ; puis on les fait lire sur des cartons, et enfin dans des livres ; et dès qu'ils les lisent passablement, on leur met entre les mains la Bible et des livres classiques. Pour leur apprendre à épeler, le maître éveille leur attention par quelque histoire intéressante, puis il leur fait épeler d'une façon vive et agréable les mots dont il s'est servi. L'étude des chiffres est une entreprise plus difficile ; mais on emploie successivement dans cette vue des cadres à boules, des tableaux noirs et enfin des ardoises pour écrire. On retire un grand avantage de leçons faites avec ces objets. L'attention des enfants est attirée par ces choses, qui leur sont familières et d'un usage quotidien, et à la longue ils deviennent assez versés dans ces divers sujets pour que le visiteur qui assiste à une leçon soit agréablement surpris.

» Pour amener un idiot presque incapable d'articuler des sons à parler comme il faut, on a à lutter contre une énorme difficulté ; mais on la surmonte à peu près constamment ici. De petits modèles d'animaux, qui amusent beaucoup les enfants et dont on leur de-

lante P, à la seconde un tuyau flexible T, T, T, T, pourvu à chacune de ses extrémités d'un ajutage en cuivre A, A', ou en tout autre métal, avec un robinet pouvant être ouvert ou fermé à volonté pour laisser passer ou pour intercepter, au contraire, la co-




lonne de liquide qui doit arriver à travers le tube. Enfin, à l'extrémité libre du tuyau, se visse une canule C semblable à celle que l'on adapte à la seringue d'Anel. On peut la prendre droite ou recourbée.

Hygiène. — M. *Michel Lévy* fait un rapport verbal sur la thèse de M. *Victor de Rochas*, chirurgien de la marine, intitulée : *Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie.* — Sur une période de deux ans, M. de Rochas a constaté que la proportion de la mortalité dans la garnison de Port-de-France est inférieure à ce qu'elle est dans les garnisons de France. Chose surprenante! dans cette contrée, où les marais abondent, les maladies palustres sont presque inconnues. La dysenterie épidémique et l'hépatite y sont très rares. La diarrhée simple est plus fréquente que la colite et l'entéro-colite ; la fièvre typhoïde atteint, comme en France, les jeunes soldats ; la phthisie pulmonaire moissonne beaucoup d'indigènes et paraît suivre, chez eux, une marche plus rapide que dans nos climats.

### *Discussion sur la morve.*

M. *Renault*, répondant à une sorte de provocation adressée aux vétérinaires par M. Guérin, dans la dernière séance, déclare qu'il est prêt à entrer dans la discussion, s'il y a lieu ; mais il pense que les vétérinaires ne doivent intervenir que lorsque le terrain aura été dégagé de certaines difficultés qu'il appartient aux médecins seuls de résoudre, à savoir tout ce qui a trait à l'histoire de la morve et du farcin chez l'homme.

M. *Tardieu*. Avant de parler du malade de M. Bourdon, je répondrai sommairement à M. Jules Guérin. Je regrette que notre honorable confrère n'ait pas posé plus nettement les questions dont il demande la solution. Cependant, au milieu de l'obscurité de son interpellation, j'ai cru comprendre qu'il se plaignait de la confusion qui règne encore dans le diagnostic de l'affection farcino-morveuse chez l'homme, et dans la détermination des divers degrés que cette affection peut présenter dans ses manifestations.

Si je ne me trompe, M. J. Guérin trouverait peut-être la réponse à la question dans le mémoire que j'ai publié en 1839 sur la morve et le farcin, sous l'inspiration de M. Rayer. Dans ce travail, j'établis que la contagion de la morve s'exerce suivant des formes très variées : d'abord les formes *chroniques*, comprenant l'ulcère farcineux, l'angioleucite farcineuse, le farcin chronique et la morve chronique. Ces deux dernières formes ne soulèvent aucune objection ; elles sont reconnues aujourd'hui par tout le monde. Il n'en est pas de même des deux premières, les plus simples et les plus bénignes, auxquelles plus d'un praticien, médecin ou vétérinaire, contestera peut-être le caractère de la maladie farcino-morveuse. Toutefois, pour quiconque a bien observé la marche et la symptomatologie de la morve et du farcin chez l'homme, ces deux manifestations élémentaires ne sauraient être révoquées sérieusement en doute. Pour l'ulcère farcineux particulièrement, je puis invoquer le bénéfice de l'inoculation de l'homme au cheval, inoculation que j'ai vue réussir dans la majorité des cas. Je sais qu'on pourra invoquer contre les faits dont je parle une observation très authentique de morve produite chez le cheval par l'inoculation du pus provenant d'un homme affecté d'ulcère simple. Mais, sans contester la valeur de ce fait, je ferai observer qu'il est jusqu'à présent unique dans la science, et qu'il ne saurait infirmer le nombre imposant d'observations qui, pour moi, attestent l'existence isolée de l'ulcère farcineux chez l'homme.

Viennent ensuite les formes *aiguës*. Ici, le signe caractéristique, c'est la lésion nasale. Or, cette lésion peut exister avec des abcès multiples dans les viscères et sous la peau, c'est la morve farcineuse ; ou sans abcès multiples, mais avec un cortége de symptômes généraux graves, aboutissant le plus souvent à la fièvre hectique, c'est la morve non farcineuse.

Toutes ces formes proviennent incontestablement d'une commune origine ; mais le degré de la manifestation phénoménale, la gravité des symptômes, ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité *apparente* de la cause. Ainsi, l'inoculation directe de la morve aiguë du cheval à l'homme ne donne souvent lieu, chez ce dernier, qu'à l'expression la plus simple et la plus bénigne de l'affection farcineuse, soit à l'angioleucite, soit à l'ulcération locale ; tandis qu'on peut voir les accidents les plus graves éclater chez l'homme, à la suite du séjour prolongé au milieu de chevaux morveux.

---

mande le nom, sont employés avec succès. Une fois qu'ils peuvent parler, ils passent successivement à la lecture, à l'écriture, à l'arithmétique, au dessin, à l'écriture sous la dictée et autres exercices. Pour l'arithmétique, on commence par leur faire articuler des nombres d'après des cubes coloriés qu'on place devant eux, puis on leur apprend à copier ces figures et ensuite à les reproduire de mémoire, et enfin on leur apprend les règles.

» Un des exercices les plus avantageux pour l'avancement des enfants est l'écriture sous la dictée. On commence par leur faire déchiffrer une simple sentence écrite sur le tableau, puis on la leur fait copier, et par degrés on les amène à l'écrire sous la dictée.

» Il y a une remarquable circonstance à noter, c'est que presque tous les idiots reçoivent plus facilement l'influence d'une éducation religieuse que celle de toute autre nature. Chaque rayon de lumière qui leur est insinué semble se rendre au foyer de cette disposition... Pour tout ce qui a rapport à la bonté de Dieu dans la création et dans la rédemption, leurs maîtres assurent qu'ils montrent des sentiments bien plus élevés que ceux qu'ils peuvent manifester pour n'importe quel autre sujet. »

Je borne là cette citation, et renvoie d'ailleurs, pour l'étude des méthodes spéciales d'éducation, au livre de M. Séguin sur le traitement moral et l'éducation des idiots, dont on a dû particulièrement s'inspirer à Earlswood.

Je serais injuste pour mon pays si, à l'occasion des efforts tentés à Earlswood pour l'éducation des idiots, je ne rappelais le zèle, l'intelligence et le dévouement déployés pour le même but par M. Vallée dans le service des idiots de Bicêtre, et si je ne citais en même temps le mémoire si intéressant que M. le docteur Félix Voisin a consacré à l'étude de l'idiotie vers l'époque de cette création, non plus que celui plus récent de M. Delasiauve sur les principes qui doivent présider à l'éducation des idiots (1).

En terminant ici l'exposé des diverses spécialités dont se compose l'éducation des enfants d'Earlswood, je suis heureux de con-

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine, et extrait de la Gazette hebd...

Quant au pronostic de l'affection, il est, chez l'homme du moins, en relation très directe avec la bénignité des symptômes. De toutes les formes du farcin chronique, l'angioleucite et l'ulcère localisé sont assurément les formes les plus facilement curables. Toutefois je ne suis pas bien certain que l'observation citée par M. J. Guérin fût un cas de farcin bien caractérisé. Notre collègue s'étonne de la prompte disparition des abcès sous-cutanés chez les morveux. S'il connaissait mieux la morve, il saurait que ces disparitions soudaines sont très communes, et qu'on ne saurait en tirer aucune induction favorable relativement au pronostic.

J'arrive à l'observation de M. Bourdon. Je suis certain que si M. Rayer avait vu ce malade, il n'aurait pas hésité à diagnostiquer un cas de morve farcineuse chronique. M. Bourdon ne s'est pas trompé : il a si bien éliminé toutes les causes d'erreur, qu'il n'y a aucune incertitude possible ; je le déclare avec la plus entière conviction.

M. Bourdon a institué un traitement ; M. Renault a émis des doutes sur l'efficacité de cette médication, et il est disposé à faire honneur de la guérison aux conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait le malade. Je ne puis partager entièrement cette opinion. Sans doute il faut tenir compte de l'excellente constitution du sujet, dans le cas actuel ; mais pourquoi se montrer sceptique à l'égard du traitement médical? Ne vaudrait-il pas mieux s'estimer heureux de pouvoir inscrire un remède efficace dans la thérapeutique d'une maladie si terrible, et généralement réputée incurable.

L'iode et le soufre comptent des succès incontestables dans le traitement de la morve chronique chez l'homme, et je crois que M. Bourdon a eu une heureuse idée en associant ces deux remèdes.

M. *Renault*. Je crois que le scepticisme dans l'espèce est très académique, et ce n'est pas trop que d'exiger la justification d'un fait presque exceptionnel dans la science. Je ne demande pas mieux que de croire à l'efficacité de l'iodure de soufre ; seulement, je ne pense pas qu'une seule observation suffise à l'établir. Si j'attribue une si heureuse influence aux conditions hygiéniques, et, particulièrement à l'aération dans la guérison de la morve, c'est que la morve fait beaucoup moins de ravages dans les campements en plein air, où cependant les chevaux sont mal nourris et exposés à toutes les intempéries possibles, que dans les casernements, où leur hygiène alimentaire est beaucoup mieux soignée.

M. *Guérin*. J'avais surtout le désir d'appeler une discussion sur les points douteux et délicats de l'histoire de la morve. M. Tardieu, malgré la précision et la méthode qu'il a apportées dans le débat, n'a pas entièrement satisfait mon désir ni formellement répondu à ma question. Je la soumets donc de nouveau au jugement des médecins et des vétérinaires de l'Académie.

Est-il vrai que la morve puisse se manifester par une série de symptômes plus ou moins amoindris, par des nuances, des degrés variés, depuis 0 jusqu'à 100, et, dans l'affirmative, quelle est l'influence de ces manifestations sur la curabilité de la maladie?

M. *Bouley*. Je répondrai à M. Guérin qu'il y a un principe unique, un virus morveux, qui est un et donne lieu à des manifestations variées. Ces manifestations reçoivent des noms différents, bien qu'il n'y ait, je le répète, qu'une origine unique.

Je m'abstiendrai d'entrer dans la définition des formes ; je dirai seulement que ces manifestations sont, les unes simples et bénignes, les autres graves et malignes. Il y a des chevaux qui se portent si bien quand ils ont la morve chronique, qu'ils ne paraissent aucunement malades. Le cheval est familier avec la morve, l'engendre et peut vivre longtemps avec elle. Il n'en porte pas moins avec lui et en lui des lésions d'une grande gravité : c'est tantôt une glande, un flux, tantôt quelques petites ulcérations difficiles à constater.

Si on voulait juger de la gravité de la maladie par les manifestations seulement, on porterait un pronostic très rassurant ; mais ouvrez le cheval, et vous trouverez des lésions graves dans les sinus et les cornets nasaux, et des tubercules et des abcès dans les poumons. Il peut donc n'y avoir aucune corrélation entre les symptômes extérieurs et les lésions viscérales. Ceci a une importance considérable, car il y va souvent de mort d'homme. Il faut donc se méfier des apparences dans la morve. M. Guérin, en posant la question que vous savez, a prouvé qu'il ne connaissait pas bien la morve.

Et ceci me donne à penser que M. Guérin a pu se tromper plus d'une fois quand il a cru observer la morve chez le cheval, surtout lorsqu'il affirme qu'il a vu guérir des chevaux présentant les trois symptômes essentiels : le jetage, le glandage et le chancrage. Dans l'immense majorité des cas, une pareille morve est mortelle, et je me défie des guérisseurs qui annoncent de si beaux succès.

Aujourd'hui même on fait grand bruit à Turin d'un remède soi-disant infaillible contre la morve : c'est l'arsénite de strychnine. Cependant ces guérisseurs avouent qu'ils ne triomphent de la morve qu'au début ; mais je leur demanderai ce qu'ils entendent par *début* de la morve. Ce début est tellement obscur qu'il est impossible à caractériser. Je crains que la morve qu'ils guérissent ne soit une morve de fantaisie, une morve imaginaire et inventée pour les besoins de la cause.

M. Tardieu a dit que souvent le farcin chez l'homme procède d'une morve très grave et très aiguë chez le cheval. Je ne le conteste pas, mais je sais aussi par expérience que l'inoculation est loin d'être toujours bénigne. En 1839, je ne croyais pas à la contagion de la morve, et je riais fort de M. Rayer qui venait étudier cette maladie à Alfort avec un télescope. Je fus victime de mon incrédulité : j'eus la morve pour m'être piqué en faisant l'autopsie d'un cheval morveux. Je guéris en mangeant des biftecks, des côtelettes, en buvant d'excellent vin et en me promenant au grand air. Je ne voudrais donc pas que M. Tardieu attribuât trop d'efficacité aux eaux de Baréges, où je ne suis jamais allé.

---

stater qu'elles sont sagement combinées, de manière à faire concourir à ce but les occupations manuelles et intellectuelles, et que l'éducation professionnelle m'a semblé prédominer, à juste titre, sur l'éducation plus spécialement intellectuelle. Cette dernière, du reste, paraît se proposer pour but principal de développer chez les idiots toute la somme de qualités morales dont ils sont susceptibles.

Comme résultat de l'application de tous les principes d'éducation et d'organisation qui forment la base de l'institution d'Earlswood, on m'a montré un certain nombre de sujets dont les facultés intellectuelles ont reçu un degré de culture qui leur a permis de prendre rang, si je puis ainsi dire, dans la famille humaine et de remplir un emploi dans l'établissement. Quelques-uns même, m'a-t-on assuré, ont pu être placés au dehors.

Si j'avais à rendre compte d'une visite dans un asile d'aliénés d'Angleterre, il serait à peine besoin de dire que je n'y ai trouvé aucune trace de l'emploi de la contrainte ; il ne peut en être qu'à plus forte raison ainsi d'un asile d'idiots.

Je borne là cette relation d'une visite dont je n'ai pu que regretter la brièveté, heureux si, par les détails dans lesquels je suis entré, j'ai pu communiquer au lecteur un peu de l'intérêt que m'a inspiré l'œuvre d'Earlswood et l'associer à l'hommage que je rends à l'Angleterre pour cette belle création. Car, tout en revendiquant pour la France la priorité de l'initiative d'une institution pour l'éducation des idiots de Bicêtre, laquelle remonte à 1842, ainsi qu'il résulte d'un arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 9 novembre 1842, rendu sur un rapport d'Orfila, tandis que l'institution d'Earlswood ne date que de quatorze ans, il ne m'en coûte nullement de reconnaître que l'Angleterre a eu l'initiative d'une création plus spéciale et plus exclusive. Je ne puis que formuler le vœu de voir son exemple suivi, et qu'exprimer, en ce qui concerne l'œuvre d'Earlswood elle-même, le désir de la voir perfectionnée par l'adoption de quelques mesures complémentaires, et notamment par l'éloignement des épileptiques, des malpropres et des idiots décidément réfractaires à toute tentative d'éducation intellectuelle ou professionnelle, ou par leur réunion dans un

M. Tardieu a parlé de l'influence de la cohabitation de l'homme avec des chevaux morveux, et il a dit que cette cohabitation présentait souvent plus de danger encore que l'inoculation. Cela est très possible, mais sans doute dans le cas spécial où, par suite des fatigues auxquelles les chevaux continuent à être soumis, les phénomènes de la morve aiguë viennent s'ajouter chez eux aux accidents de la morve chronique.

Vu l'heure avancée, M. *Bouley* remet la fin de son discours à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE. — LUXATION DU GROS ORTEIL. — GÉNÉRALISATION D'UN ENCHONDROME DU TESTICULE. — CORPS ÉTRANGER DU GENOU.

M. *Letenneur* (de Nantes) a communiqué à la Société l'observation d'une exostose sous-unguéale traitée d'abord par l'extirpation, puis définitivement par la résection de la phalangette. Cette exostose occupait le gros orteil droit. Elle s'était développée chez un jeune homme de quinze ans, à la suite d'une violente contusion sans plaie, et n'avait mis que quelques mois à s'accroître assez pour rendre l'opération nécessaire. C'est à l'aide de la gouge et du maillet que l'ablation de la tumeur fut faite une première fois. Quinze jours à peine après l'opération, la récidive était évidente, et les progrès furent si rapides que, dans l'espace d'un mois, la tumeur avait repris son volume primitif. M. Letenneur se décida alors à employer le procédé plus radical conseillé par M. Debron (d'Orléans), c'est-à-dire à reséquer la phalangette. Deux incisions latérales, se rejoignant à l'extrémité antérieure du gros orteil, permirent de détacher les parties molles de cette phalangette, tout en conservant la matrice de l'ongle. Aussi la guérison, qui était complète deux mois après, fut-elle obtenue avec une déformation définitive très peu considérable.

Dans les réflexions dont il accompagne son observation, M. Letenneur fait remarquer que l'étiologie de cette exostose n'a pas été douteuse, et qu'elle a été bien évidemment la conséquence d'une violente contusion; il pense que c'est à la même cause qu'il faut rapporter la plupart des exostoses sous-unguéales.

Quant au traitement chirurgical de ces tumeurs, il doit être surtout institué en vue de prévenir les récidives, qui sont très fréquentes : aussi l'indication principale de toute bonne opération est-elle de détruire *toute l'exostose avec son pédicule.*

M. Letenneur reproche à l'abrasion, telle que la pratiquait Dupuytren, de laisser en place une partie de la production morbide. Il adopterait volontiers la cautérisation, mais à la condition qu'elle fût énergique et qu'on laissât agir la pâte de Vienne pendant au moins vingt minutes. Même après l'extirpation la plus complète à l'aide de l'instrument tranchant, il est prudent de cautériser la surface osseuse; mais le perchlorure de fer peut alors suffire, puisqu'il ne s'agit que de modifier superficiellement les tissus. M. Letenneur n'accepte la résection de la phalangette que comme une ressource ultime, et condamne la désarticulation.

M. *Robert* a rencontré déjà cinq ou six exostoses sous-unguéales, chez de jeunes sujets, ayant de quinze à trente ans. Il les a enlevées par le procédé de Dupuytren. Il n'emploie ni la gouge ni le maillet. Un fort scalpel lui paraît suffisant et plus facile à manier; ce n'est pas seulement l'exostose qu'il enlève avec cet instrument, mais il enlève du même coup un peu du tissu spongieux sur lequel repose la tumeur. Puis, pour écarter tout danger de récidive et pour arrêter l'écoulement du sang, il éteint sur la plaie osseuse un ou deux cautères chauffés à blanc.

M. *Gosselin* pense qu'on exagère un peu la tendance de ces exostoses aux récidives, et par conséquent qu'on exagère l'énergie des opérations à diriger contre ces tumeurs. M. Gosselin n'a pas observé de récidive après les trois opérations qu'il a faites, et pourtant il s'est contenté d'enlever la tumeur avec l'instrument tranchant, et de creuser un peu la surface de la phalange sur laquelle la tumeur était implantée.

Dans un cas où l'exostose sous-unguéale siégeait sur le troisième orteil, M. *Follin* a rencontré un tissu trop dur pour être excavé, comme le conseille M. Gosselin. Il a fait la résection de la phalangette, résection qu'il pratiquerait beaucoup plus volontiers aux petits orteils qu'au gros.

Pour remplir cette indication d'enlever l'exostose en excavant la phalangette, M. *Guersant*, qui a fait huit ou dix de ces opérations, a fait fabriquer une sorte de serpette concave tout à la fois sur le tranchant et sur le plat.

M. *Chassaignac* a observé une de ces tumeurs sous-unguéales, qui était le siége de douleurs intolérables. Au lieu d'être adhérente, cette tumeur était mobile et énucléable. Peut-être était-ce cette mobilité qui était la cause des douleurs si fortes éprouvées par le malade.

— Une autre observation a été communiquée par M. Letenneur. Elle est relative à une luxation en dehors et en haut du gros orteil gauche, avec plaie et issue à travers la plaie du premier métatarsien. Il y avait en même temps une luxation incomplète du premier métatarsien sur le premier cunéiforme. Le blessé était un homme de vingt-sept ans, vigoureux et bien constitué. La réduction de cette double luxation fut faite presque aussitôt après l'accident, avant que le gonflement inflammatoire eût eu le temps de se produire. Elle exigea très peu d'efforts. Le pied fut immédiatement soumis à une irrigation continue d'eau froide. Après plusieurs jours de fièvre, d'agitation et d'insomnie, un abcès parut sur le dos du pied. On l'ouvrit. Les symptômes généraux et locaux allèrent en

---

quartier absolument séparé. Comme ce désir, je le sais, est partagé par le docteur Down, ainsi que par la plupart des fondateurs et bienfaiteurs de l'œuvre, je ne doute pas de sa plus prochaine réalisation.

Comme la plupart des établissements de bienfaisance en Angleterre, l'œuvre d'Earlswood est une fondation de la charité privée et le produit de souscriptions volontaires. Qu'il nous soit permis, à ce propos, de faire connaître un trait de mœurs qui me semble caractériser ce genre de création.

Chaque année, les bienfaiteurs et fondateurs d'Earlswood célèbrent l'anniversaire de sa création dans un festival présidé ordinairement par S. A. R. le duc de Cambridge. Il m'a été donné d'assister au treizième anniversaire, en compagnie des docteurs Conolly, Tuke, Little, Begley d'Hanwel et de quelques autres honorables confrères.

Après les toasts d'usage à S. M. la reine, au prince de Galles et au prince-époux, à l'armée, à la marine, etc., un toast a été porté à l'institution d'Earlswood, et a fourni à S. A. R. le duc de Cambridge l'occasion de faire ressortir, dans un discours heureusement approprié et chaleureusement applaudi, les mérites de l'œuvre éminemment philanthropique qui avait motivé la réunion.

Après ce discours et les hourras qui l'ont suivi, la liste de souscription commença à circuler et se couvrit des noms de toute l'assistance, avec l'indication en regard du chiffre pour lequel chacun souscrivait, et enfin, après les derniers toasts, précédés et suivis, comme les précédents, de cantates chantées par des artistes appelés pour la circonstance, la proclamation des noms et des chiffres de la cotisation de chacun fut faite par un des commissaires du banquet. Elle provoqua pour chaque nom des applaudissements dont le degré variait suivant l'importance du chiffre proclamé. On m'a assuré que cet appel à la charité dans les conditions que je viens d'exposer amenait toujours les résultats les plus fructueux et les plus profitables à l'œuvre.

---

L'étude des questions qui se rattachent au système du *no-restraint* ayant été le but principal de mon voyage en Angleterre, je

s'amendant assez promptement pour que le malade, amené à l'hôpital le 20 mars, en sortit le 15 avril, et reprit ses occupations de garçon d'écurie dès le lendemain.

De tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et qui sont au nombre de douze, celui de M. Letenneur est le plus heureux. Ce chirurgien n'a pas fait, ainsi qu'on l'a vu, l'*incision préventive* du dos du pied conseillée par M. Laugier, dans le but de prévenir l'inflammation qui se développe infailliblement dans cette région, et qui est devenue d'une extrême gravité chez plusieurs malades. Néanmoins son malade a guéri plus promptement que celui de M. Laugier. M. Letenneur serait donc disposé à attendre encore, en pareil cas, pour inciser, que la suppuration fût formée; mais il voudrait que l'abcès fût ouvert de très bonne heure pendant qu'il serait encore limité au voisinage de l'articulation.

M. Letenneur conseille de renoncer à la réduction toutes les fois qu'elle ne peut être obtenue que par de trop violents efforts.

Quand la réduction est impossible, ce qu'il voudrait faire, ce n'est pas la résection de la tête du métatarsien telle que l'ont faite Cramer, M. Laugier et M. Larrey; ce n'est pas non plus l'ablation totale de ce métatarsien, c'est la résection partielle de la tête de cet os. Cette résection partielle laisserait intacte toute la portion de la tête du métatarsien, qui est en rapport avec les os sésamoïdes, et sur laquelle porte le poids du corps.

Enfin, M. Letenneur préférerait à l'ablation de toute la tête du métatarsien, celle du gros orteil lui-même; car, après la perte du gros orteil, les malades seront, pour la station et pour la marche, dans des conditions meilleures qu'après la résection du métatarsien.

— M. le docteur Paul Dauvé, chirurgien militaire, avait présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 6 mars dernier, un enchondrome du testicule. Il a apporté aujourd'hui le complément de cette première présentation.

Quelques jours après la castration, il s'était développé au niveau de la section du cordon testiculaire une tumeur fongueuse qui n'avait pas tardé à prendre un énorme développement, pendant que, d'un autre côté, on sentait dans le ventre, au niveau de la région lombaire, une tumeur profonde et douloureuse. Le malade a succombé. M. Dauvé présente à la Société la tumeur fongueuse du cordon et celle de l'abdomen. La première de ces tumeurs pèse à peu près 300 grammes. Elle paraît, comme celle du ventre, constituée presque uniquement par des éléments cartilagineux. Ce que cette pièce offre de remarquable, c'est que le canal déférent passe parfaitement intact au milieu du fongus. L'artère et la veine spermatiques sont hypertrophiées et oblitérées. C'est plutôt sur ces vaisseaux et surtout aux dépens des lymphatiques que s'est développé le fongus, car on a trouvé du pus dans les ganglions lymphatiques de la région lombaire, comme on en a trouvé dans les deux tumeurs.

— M. *Colson* (de Noyon), membre correspondant de la Société de chirurgie, a adressé, à propos de la récente discussion sur les corps étrangers articulaires, l'observation très circonstanciée d'un corps étranger du genou traité avec succès par l'opération de M. Goyrand.

Ce corps étranger, qui se trouvait depuis plusieurs années dans la jointure, y avait déterminé une phlegmasie chronique qui avait seule attiré l'attention. On ne s'était occupé jusqu'alors que de la tumeur blanche et de l'hydarthrose, et on avait méconnu la vraie cause des accidents.

M. Colson a opéré en suivant les règles ordinaires. Le corps étranger étant bien supporté dans son nouveau siége en dehors de la jointure, M. Colson l'y a laissé. Les symptômes d'arthrite chronique ont disparu peu à peu après l'opération.

D[r] P. CHATILLON.

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DES 12 ET 26 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. NATALIS GUILLOT.

CHROMHYDROSE. — MALADIE DES MINEURS. — FIÈVRES INTERMITTENTES.

La question de la chromhidrose, qui a occupé dernièrement l'Académie de médecine, est revenue aussi devant la Société des hôpitaux, à l'occasion d'une observation lue par le docteur Reillard, médecin à Hyères. Sur une question de M. Roger, M. Reillard a avoué qu'il n'avait pas vu par lui-même la matière colorante sourdre de nouveau à la surface de la peau après qu'elle avait été effacée. Cette observation reste donc au nombre des faits douteux. Une commission a été nommée par la Société pour examiner les faits signalés par M. Leroy de Méricourt, et une lettre de ce médecin annonce qu'une de ses clientes est en route pour Paris et consentira à se soumettre à l'examen de la commission. Il est donc à espérer que la lumière se fera sur ces faits singuliers et que l'on saura enfin si la pathologie doit enregistrer une affection nouvelle, ou s'il n'y a là que des faits de simulation malheureusement trop communs dans l'histoire de la science.

M. *Boucher* (de Jossy) fait un rapport verbal sur quelques travaux offerts à la Société par des sociétés départementales. Il signale dans les *Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne* (Loire) quelques études excellentes sur la topographie et les influences climatériques de cette contrée; un travail du docteur Riembault sur les maladies des mineurs, étudie spécialement l'anémie, l'emphysème pulmonaire, l'hydrarthrose, le rhumatisme, les furoncles développés sur les extrémités. L'anémie n'a pas présenté la même fréquence ni le même caractère de gravité que celle des mineurs d'Anzin (1811). Le manque de lumière, l'abaissement de la proportion normale d'oxygène dans l'air des mines exercent d'ailleurs une influence évidente sur le développement de la maladie. L'emphysème et la bronchite qui l'accompagne paraissent dus surtout

---

me disposais à publier le résultat de mes observations sous ce rapport, lorsqu'a paru le savant opuscule de M. le docteur Morel (de Saint-Yon).

Les détails dans lesquels est entré ce savant collègue sur l'organisation des asiles anglais et la manière magistrale dont il a traité la question du *no-restraint* me rendant cette tâche inutile, j'ai dû borner la relation de mon voyage à la visite d'Earlswood et limiter mon appréciation du *no-restraint* aux réflexions qui suivent :

De l'exposé des opinions émises par les médecins anglais et français relativement au *no-restraint*, il me semble résulter évidemment que l'accord entre la France et l'Angleterre, sous ce rapport, est beaucoup plus grand qu'on ne le croit généralement. Il est évident, en effet, que, non moins que leurs confrères d'outre-Manche, les aliénistes français sont partisans du *no restraint;* que tous adhèrent au principe, s'efforcent de l'appliquer dans la mesure de leurs moyens et dans la limite du possible, et que c'est cette limite seule qui est différente en France et en Angleterre.

Le *no-restraint* consistant beaucoup moins, nous l'avons dit, dans l'abolition des moyens coercitifs que dans une organisation des asiles telle que leur emploi devienne inutile, la principale raison des différences qui existent sous ce rapport entre les asiles des deux pays doit résulter de la différence de leur organisation.

Nous ne voulons pas induire de là que l'organisation des asiles anglais soit supérieure à celle des bons asiles français; nous disons seulement qu'elle est différente. La principale différence porte sur le fait de la prédominance relative de la cellule et du dortoir commun, prédominance qui est telle en Angleterre, que, dans certains établissements présentés comme le *nec plus ultra* de l'organisation spéciale et comme le modèle du genre, il n'y a pas de dortoir et que chaque aliéné a sa cellule.

Or, la substitution de la cellule au dortoir commun a pour résultat de supprimer pour la nuit la plus grande partie des dangers attachés aux manifestations du délire, et, pour le jour, permet de suppléer par une séclusion facile à l'emploi de la camisole. Chaque aliéné ayant sa cellule, rien n'est plus simple, en effet, que de

à l'introduction des poussières charbonneuses, comme l'ont montré plusieurs pièces anatomo-pathologiques. Dans les comptes rendus de la Société de médecine de Marseille, M. Boucher signale surtout une opinion du docteur Pirondi relative à l'influence qu'exercent sur le développement des fièvres intermittentes les eaux de la Durance répandues en irrigation dans la ville et entraînant avec elles des matières animales ou fécales.

M. *Hervez de Chégoin* demande à ce sujet si la Société pense que les émanations des matières fécales puissent produire la fièvre intermittente, comme il serait disposé à le croire d'après quelques faits dont il a été témoin.

M. *Natalis Guillot* rappelle que le dégagement du gaz sulfhydrique a paru avoir, en effet, cette influence dans différentes localités du golfe du Mexique, des maremmes toscanes et de l'Inde, surtout par le mélange des eaux de mer sulfatées avec les marécages, et même dans un établissement de bains à Paris.

M. Roger, comme secrétaire général de la Société, a payé un juste tribut de regrets à la mémoire du docteur Rilliet (de Genève), dont M. Béhier avait, dans la séance précédente, annoncé la mort prématurée.

Dr E. Isambert.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Des résultats obtenus par l'opération et la temporisation dans l'étranglement herniaire,** par M. Gosselin.

Le travail de M. le professeur Gosselin, outre la valeur que donne aux idées qu'il renferme l'autorité même de l'auteur, est d'autant plus important qu'il comprend une statistique exacte et complète de tous les faits de hernies étranglées qui se sont présentés pendant une certaine période dans la pratique de cet éminent chirurgien. Elle a donc une tout autre valeur que celles qui sont établies avec les relevés pris çà et là dans les recueils périodiques.

Le mémoire est divisé en deux parties : la première donne les résultats de l'opération, la seconde ceux de la temporisation dans les cas où l'auteur a cru devoir y recourir, c'est-à-dire dans ceux d'épiplocèles.

L'opération a été pratiquée pour des hernies intestinales pures ou intestino-épiploïques toutes les fois que le taxis avait été employé sans succès, ou bien lorsque l'étranglement semblait trop ancien pour pouvoir être traité avec sécurité par ce moyen.

La statistique vient une fois de plus prouver l'inégalité de fréquence des hernies crurale et inguinale chez l'homme et chez la femme. Sur 19 cas de hernies inguinales étranglées, on trouve 2 femmes et 17 hommes; sur 31 cas, au contraire, de hernies crurales, 25 femmes et 6 hommes.

L'opération paraît beaucoup plus grave pour la hernie inguinale étranglée que pour la crurale.

Sur les 31 opérés de hernies crurales, 23 ont guéri, 8 sont morts; sur les 19 opérés de hernies inguinales, 9 ont guéri, 10 sont morts. Mais la proportion plus grande des insuccès après les opérations de hernie inguinale se trouve compensée par les résultats favorables du taxis, tandis qu'il échoue souvent pour les crurales.

Ainsi, sur 38 malades atteints de hernies inguinales, 28 ont guéri, 10 sont morts : 17 fois le taxis avait réussi. Sur 41 malades atteints de hernies crurales, 31 ont guéri, 10 sont morts : 7 fois seulement le taxis avait réussi.

On voit que, pour les deux espèces de hernies, la proportion des guérisons est à peu près la même en réunissant tous les moyens thérapeutiques dont dispose le chirurgien : 10 contre 28 et 10 contre 31.

Plus on s'éloigne de l'instant où les premiers accidents d'étranglement se sont montrés, plus la maladie est grave, plus aussi les chances de mort augmentent.

Ainsi, 22 opérations faites avant cinquante heures d'étranglement ont donné 17 guérisons et 5 morts.

28 opérations faites après cinquante heures d'étranglement ont donné 15 guérisons, 13 morts.

Mais il est nécessaire de faire remarquer que ce n'est pas avec l'agrément du chirurgien que les opérations ont été retardées même jusqu'au sixième jour, la cause en est à ce que les malades ne se sont fait transporter que fort tard à l'hôpital.

Cependant la guérison a eu lieu après quatre, cinq et six jours d'étranglement. Il est vrai qu'alors on pourrait élever des doutes sur sa réalité ; l'auteur répond ainsi à cette objection :

Un certain nombre de ces hernies n'étaient peut-être qu'enflammées, pourquoi admettre qu'elles étaient étranglées? Une réduction facile n'aurait-elle pas été obtenue quelques jours plus tard si on avait patienté? Je réponds que ces hernies présentaient toutes, en effet, de l'inflammation, tant sur l'*intestin que sur l'épiploon* et la surface interne du sac; mais je soutiens qu'en même temps elles étaient étranglées, d'abord parce que je ne pourrais pas expliquer autrement leur irréductibilité : toutes, en effet, étaient réductibles, au moins partiellement, avant l'opération ; ensuite parce que, pendant l'opération et avant de débrider, j'ai cherché si je pouvais faire rentrer l'intestin, et je n'y suis pas parvenu. J'ai toujours trouvé l'ouverture herniaire trop serrée pour pouvoir m'abstenir de débrider. Je ne nie pas que, dans un certain nombre de cas, l'étranglement aurait pu s'affaiblir par un mécanisme qui m'est inconnu, et la réduction s'effectuer comme cela a lieu quelquefois pour l'étranglement interne; mais ce résultat, possible quand la hernie est très volumineuse ou quand elle est purement épiploïque, admissible, si l'on veut, dans les hernies intestinales

---

l'y faire entrer aussitôt que les manifestations de son délire revêtent un caractère dangereux.

Une autre différence porte sur la composition du personnel de surveillance, qui me paraît, de même qu'à M. Morel, supérieur, comme niveau intellectuel et moral, à celui des établissements français. Or, il résulte de cette différence que les fonctions ont plus de prestige, et que les agents qui les exercent doivent inspirer aux aliénés plus de crainte et de respect que nos infirmiers français. Les médecins anglais comprennent si bien l'influence de ce prestige attaché à l'emploi de gardien, au point de vue de l'application du système de *no-restraint*, qu'ils s'efforcent de le relever aux yeux mêmes des aliénés, non-seulement par le choix de ces employés subalternes, mais encore par la considération avec laquelle ils affectent de les traiter, et le nom même d'*intendant* qui leur est donné me paraît être une des meilleures preuves de cette préoccupation. Du reste, il est un trait du caractère anglais qui, se reflétant jusque chez l'aliéné, le dispose mieux que l'aliéné français à subir l'ascendant de l'infirmier.

On sait, en effet, que tel est le respect de l'Anglais pour la loi et le principe de l'autorité, que leurs plus humbles représentants, tels que les policemen par exemple, sont revêtus à ses yeux d'un caractère sacré, en quelque sorte, qui impose à tous le respect et la soumission.

Or, il en est de l'infirmier ou intendant dans les asiles d'aliénés comme du policeman dans l'exercice de ses fonctions. Il y représente ce principe de l'autorité dont le respect paraît être entré tellement dans les mœurs anglaises qu'il doit se retrouver plus ou moins jusque chez les aliénés, et l'on comprend dès lors qu'il prenne sur ces derniers un ascendant dont l'effet ne peut que tourner au profit du système.

Il importe enfin de ne pas oublier, dans l'appréciation des différences qui existent entre la France et l'Angleterre sous le rapport du *no-restraint*, que ce système n'est, à proprement parler, qu'une extension aux asiles d'aliénés du régime de liberté qui régit l'Angleterre tout entière, et qu'en abolissant l'emploi de la contrainte dans leurs établissements, les Anglais n'ont été que consé-

de volume médiocre, ne peut pas être prévu d'avance. Il m'a donc fallu me conduire comme si une terminaison fâcheuse, qui est en définitive la plus commune, était inévitable.

Un point qui, pour M. Gosselin, a une très grande importance, c'est de savoir si la hernie contient ou non de l'épiploon :

1° Sur tous les malades qui ont eu une gangrène de l'intestin, la hernie ne contenait aucune trace d'épiploon ; ils avaient des entérocèles pures ;

2° Parmi les 19 malades qui ont succombé, 11 n'avaient pas d'épiploon dans la hernie.

L'examen des faits amène M. Gosselin à poser les règles suivantes : on doit laisser durer le moins possible un étranglement quand on a reconnu que l'intestin y est compris. A l'hôpital, dit-il, mes habitudes sont connues : le malade aussitôt entré, on m'appelle, et, si je constate un étranglement intestinal, je ne quitte pas la salle sans que la hernie soit réduite par le taxis ou par l'opération.

Dans cinq cas cependant, M. Gosselin eut recours à l'expectation. Deux fois il s'agissait de hernies ombilicales volumineuses, deux fois de hernies inguinales, une fois de hernie crurale. Chez ces trois derniers malades, la tumeur, habituellement réductible, était devenue irréductible depuis quinze à vingt heures ; mais les tumeurs étaient d'un volume médiocre, douloureuses à la pression, d'une consistance pâteuse, bosselées ; on sentait derrière la paroi abdominale la résistance que donne l'épiploon tendu au-dessus des ouvertures dans lesquelles il s'est engagé. Dans les trois cas, un purgatif amena des garderobes sans que le volume de la tumeur eût diminué. Tous les symptômes disparurent bientôt. Deux des malades ont conservé une saillie indolente non réductible, le troisième a vu la tuméfaction disparaître complétement au bout de trente-cinq jours.

M. le professeur Gosselin termine ainsi son mémoire : « En résumé, je suis d'avis, d'après les faits que j'ai cités, que l'épiplocèle étranglée, comme l'épiplocèle enflammée, doit être abandonnée à elle-même et traitée seulement par le repos et les émollients, et *j'exprime nettement cette opinion*, que la sagacité du chirurgien *doit aujourd'hui* s'exercer non pas tant à chercher si une hernie pour laquelle il doit prendre un parti important est étranglée par le collet du sac ou par un anneau fibreux, si elle est enflammée ou étranglée, qu'à découvrir si elle contient de l'épiploon seulement ou de l'intestin avec ou sans épiploon. (*Archives générales de médecine*, février 1861.)

**Recherches sur la fréquence du pouls,**
par M. le docteur MAC BRIDE.

L'auteur a remarqué, dit-il, que les nombres qui représentent la fréquence du pouls sont presque toujours des multiples de 12. Le pouls de la femme, tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie, est plus fréquent de 12 pulsations que celui de l'homme. Le chiffre normal, pendant l'état de repos du corps et de l'esprit, est de 60 pour l'homme et de 72 pour la femme. Le travail, les attitudes fatigantes, etc., augmentent le nombre des pulsations de 12 à 36. Dans la fièvre, lorsque le pouls est régulier, il est toujours à 72, 84, 108, 120, 132, 144 ou 156. Pour passer de l'un de ces points à l'autre, le pouls passe par des chiffres intermédiaires ; mais il n'y reste pas longtemps, et avec un peu de patience on arrive facilement à constater un chiffre multiple de 12.

Le pouls s'éloigne encore de ces types sous l'influence des émotions, etc. Aussi l'auteur recommande-t-il de négliger, en comptant le pouls, au moins les pulsations des quinze ou trente premières secondes. Il importe tout autant, pour obtenir des résultats exacts, de compter le pouls pendant plusieurs minutes de suite. En se contentant d'un quart de minute, on est exposé à une erreur de 3 ou de 4 pulsations.

Les observations de M. Mac Bride sont assez curieuses ; il suffira de les avoir signalées pour que chacun puisse en apprécier facilement l'exactitude. (*Cincinnati Lancet and Observer*, mars 1861.)

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

DIVERSES PUBLICATIONS SUR L'HYDROLOGIE MÉDICALE.

**Les eaux de Niederbronn,** par le docteur KUHN, médecin-inspecteur. 3ᵉ édition. 1 vol. in-8. Paris, 1860, chez Victor Masson et fils.

**Études sur les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault,** par le docteur GRELLOIS. Brochure in-8. Paris, 1860, chez Victor Rozier.

**Essai sur les sources d'Évian, d'Amphion, et de la Grande-Rive,** par le docteur DUPRAZ. Broch. in-8°. Évian, 1861, chez Munier.

**Études chimiques des eaux minérales de la Malou,** par M. MOITESSIER. Broch. in-8°. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye ; — Montpellier, chez Patras.

**Guide aux eaux minérales du département de l'Isère et aux Alpes dauphinoises**, par MM. les docteurs HERVIER et SAINT-LAGER. Vol. in-12. Paris, 1861, chez Savy ; Lyon, chez Scheuring ; Grenoble, chez Maisonville et Jourdan.

**Études médicales sur le Mont-Dore.** Troisième mémoire (1ʳᵉ et 2ᵉ partie), par M. le docteur RICHELOT. 2 brochures in-8. Paris, 1860 et 1861.

**Essai sur l'arthritis des viscères et sur son traitement par les eaux minérales,** par M. le docteur ALLARD. Brochure in-8. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye.

---

quents avec eux-mêmes. Il est évident, en effet, que le *no-restraint* est partout en Angleterre, dans les lois, dans le parlement, dans la presse, dans les comices électoraux, dans les meetings, dans toutes les institutions enfin et dans l'organisation entière de la société, et qu'on ne pouvait plus longtemps l'exclure du régime des aliénés sans mentir au génie de la nation et à ce caractère anglais ennemi de toute entrave et de toute restriction à la liberté.

On comprend, d'ailleurs, que les mêmes raisons qui font que la liberté en Angleterre, loin d'être un danger pour l'ordre, en est devenue, en quelque sorte, une condition, en supprimant aussi dans les asiles les inconvénients attachés au défaut d'entraves, y rendent facile ce qui n'est peut-être pas absolument possible ailleurs.

La question seulement est de savoir si le *no-restraint*, au dehors comme au dedans des asiles d'aliénés, est aussi conforme en France au génie et aux mœurs actuelles de la nation, et si son application trop absolue y serait aussi exempte de dangers et d'inconvénients qu'en Angleterre. Or, l'expérience d'une liberté au moins égale à celle de l'Angleterre est encore trop récente pour que la réponse à cette question puisse être un instant douteuse.

Pour ce qui est du régime des asiles d'aliénés, j'estime que, comme l'Empereur pour les libertés publiques, il convient de ne procéder à la suppression absolue des entraves que graduellement, avec une sage circonspection, et en s'attachant surtout à perfectionner l'organisation des asiles de manière à y rendre de plus en plus inutile et, partant, de plus en plus rare l'emploi des moyens coercitifs.

Mais, quel que soit le degré d'imitation dont elle est susceptible en France, nous croyons que l'initiative du docteur Conolly ne saurait être trop louée, et je suis heureux, en ce qui me concerne, de saisir cette occasion pour lui en rendre publiquement hommage, ainsi qu'aux honorables médecins qui s'efforcent de le suivre dans cette voie.

---

**Traitement par les eaux de Plombières de quelques variétés du rhumatisme viscéral,** par le docteur VERJON. Brochure in-8. Paris, 1861, chez Germer Baillière.

**Recherches cliniques sur l'action des eaux d'Aix en Savoie dans le traitement des paralysies,** par M. le docteur GAILLARD. Brochure in-8. Aix-les-Bains, 1861, chez Bachet.

**Conseiller médical de l'étranger à Nice,** par le docteur WAHU. Vol. in-12. Paris, 1861.

Petite ville bien proprette et bien blanche, comme on n'en trouve guère qu'au voisinage du Rhin, bourgeoise par le tronc, rustique par les extrémités, mollement couchée sur les bords d'une rivière limpide et courante, à l'ombre d'une fraîche et délicieuse vallée que des côteaux riants et des collines boisées abritent contre l'aquilon et les autans; population robuste, industrielle, hospitalière, douce de caractère et simple de mœurs; existence commode et facile, vie à bon marché, bonne table au Wauxhall, salon de conversation un peu délaissé, habitudes par trop casanières, réunions froides et clairsemées, bonne et intrépide petite musique alsacienne qui vous invite à boire le matin et à danser le soir; promenoir couvert insuffisant, buvette coiffée d'un élégant pavillon, au milieu d'un parterre merveilleusement soigné; sources abondantes, dont la principale débite par minute plus de 200 litres d'une eau limpide comme un cristal, faiblement gazeuse, inodore, presque tiède (17 à 18 degrés centigrades), d'une saveur agréablement salée et très légèrement atramentaire. Tel est Niederbronn; je l'ai vu, vous pouvez m'en croire.

Niederbronn est dominé par les vieilles ruines du Wasenbourg, comme Bade par son vieux château; les vallées de Bitche et du Jægerthal n'ont rien à envier à celles de la Murg et de Lichtenthal; le sentier des Trois-Chênes me rappelle l'allée des Soupirs, et les ruines du Falkenstein et des deux Windstein se dressent aussi fières et aussi imposantes que celles d'Iburg et d'Ebersteinburg. Que manque-t-il donc à Niederbronn pour pouvoir rivaliser avec Bade?

Les splendides salons, les somptueux repas,
Les passe-temps princiers, le luxe, la toilette,
Des bals et des concerts l'étourdissant fracas,
Les courses, les chevaux, les Laïs, la roulette...

Telle est du moins l'opinion d'un poëte indigène, d'un homme d'esprit et de bonne compagnie, M. Paul Lehr,

Qui, depuis quatorze ans, va, par reconnaissance,
A Niederbronn puiser la santé, la vigueur.

C'est aussi le sentiment de M. le docteur Kuhn, et j'ai d'excellentes raisons pour m'y ranger sans réserve.

Mais si Niederbronn attire moins de curieux et de visiteurs frivoles que son rival d'outre-Rhin, il reçoit en revanche un plus grand nombre de malades et de buveurs sérieux, ce qui nous importe davantage à nous médecins. Et vraiment cette station est bien digne de tout notre intérêt par la vertu salutaire de ses eaux et par les services que leur administration bien entendue et convenablement dirigée peut rendre en thérapeutique, notamment comme médication curative de certaines affections gastro-intestinales chroniques et comme moyen prophylactique des accidents pléthoriques et congestifs. M. Kuhn, dans sa savante et consciencieuse monographie, insiste particulièrement sur les propriétés laxatives et modérément stimulantes de ces eaux. J'ajoute que, pendant mon séjour à Niederbronn, j'ai observé des faits très remarquables en ce genre.

L'auteur a retranché de cette édition, pour la rattacher à une publication spéciale, une savante *Introduction* consacrée à l'exposé des principes généraux de la science. Mais en revanche, il donne une analyse toute récente des eaux de Niederbronn, exécutée sur place en mai et juin 1860 par M. Wencelius, qui a trouvé pour 1 litre 3gr,1716 de *chlorure de sodium*, au lieu de 3gr,0885 et 3gr,070 que M. Kosmann d'une part, et MM. Mialhe et Figuier de l'autre avaient trouvés dans de précédentes recherches.

Tout en signalant avec une complaisance bien naturelle les améliorations réalisées à Niederbronn depuis quelques années, M. Kuhn reconnaît qu'il reste encore beaucoup de choses à faire. Niederbronn, en effet, est convenablement organisé pour les buveurs, mais laisse beaucoup à désirer pour les baigneurs Dans un avenir assez prochain, sans doute, quand cette station thermale pourra mettre à exécution ses travaux projetés : embellissement du Wauxhall, reconstruction de la maison de promenade, agrandissement du promenoir couvert, édification d'un établissement de bains renfermant un aménagement balnéaire et hydrothérapique complet; quand enfin Niederbronn sera relié directement au grand réseau alsacien par une ligne ferrée, rien ne lui manquera pour tenir noblement le rang qu'il mérite par l'incomparable agrément de ses parages, et par l'antique et juste célébrité de ses eaux.

— Les eaux de Bourbon-l'Archambault sont de la même famille que les eaux de Niederbronn. Elles sont aussi chlorurées sodiques; et pourtant elles ne jouissent pas des mêmes propriétés et ne sont pas employées aux mêmes usages. Les eaux de Niederbronn ont une action purgative incontestable; elles sont administrées surtout à l'intérieur. Les eaux de Bourbon-l'Archambault ne purgent pas, et elles sont principalement réservées à l'usage externe. Ces différences tiennent, d'une part, à ce que les eaux de Bourbon-l'Archambault ont une température plus élevée (51 degrés centigrades) que celles de Niederbronn; et d'autre part à ce qu'elles sont moins chargées en chlorure de sodium, mais plus riches en fer, en brome et en iode.

M. Grellois vient de publier sur ces eaux une savante monographie. Il y signale les avantages du traitement de Bourbon-l'Archambault dans les paralysies apoplectiques et dans l'amaurose; mais il conteste son opportunité dans les affections rhumatismales.

— L'annexion de la Savoie a singulièrement contribué à grossir nos richesses hydrothermales. Ce n'est donc pas nous qui devons nous plaindre de l'agrandissement de nos frontières. Parmi les eaux minérales annexées, il faut citer Evian, Amphion et la Grande-Rive dans le département de la Haute-Savoie.

Evian, chef-lieu de canton, est merveilleusement situé sur la rive méridionale du lac Léman, aux pieds de collines bien cultivées et admirablement boisées, sur le trajet du chemin de fer qui va relier prochainement la France à l'Italie, par la vallée du Rhône et le Simplon. Evian possède deux établissements et cinq sources principales, nommées Cachat, Bonnevie, Montmasson, Guillot et Corporau. Les eaux de ces sources sont froides, et minéralisées par les bicarbonates de chaux, de soude et de magnésie; elles renferment, en outre, de l'acide carbonique libre en quantité notable.

« Par leur faible minéralisation, dit M. le docteur Dupraz, les eaux alcalines d'Evian conviennent aux personnes nerveuses et débilitées, qui ne pourraient supporter une médication par trop perturbatrice. » Ces eaux jouissent en Savoie de la même réputation que les eaux de Contrexéville en France dans le traitement de la gravelle, des coliques néphrétiques et du catarrhe vésical. Elles sont utiles aussi dans la dyspepsie, dans l'entérite chronique, dans les affections du foie, dans la goutte et dans certaines névropathies, l'hypochondrie, les vapeurs, etc.

Les eaux d'Amphion et de la Grande-Rive sont acidulées et ferrugineuses, comparables à celles de Bussang et de Spa, et avantageuses dans les mêmes cas.

— M. le docteur Moitessier vient de publier une étude chimique, consciencieuse et très complète, sur les eaux minérales de la Malou (Hérault). Avant d'exposer les résultats de ses analyses, l'auteur fait connaître avec des détails précis les procédés qu'il a employés et qui diffèrent un peu des procédés généralement suivis. L'eau, les gaz et les concrétions de chaque source ont été, de la part de M. Moitessier, l'objet de patientes recherches et d'analyses minutieuses. Les résultats qu'il a obtenus ne sont pas toujours et à tous égards exactement conformes à ceux précédemment signalés par St-Pierre, MM. Bonnet, Bernard et Carrière, Fraisse et Audouard, Martin, O. Henry, Bérard (de Montpellier).

Voici les proportions que M. Moitessier assigne aux principaux éléments minéralisateurs des diverses sources de la Malou :

| | Bicarbonate de soude. | Bicarbonate de potasse. | Bicarbonate de chaux. | Bicarbonate de magnésie. | Bicarbonate de fer. | Arséniate de soude. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Laverniére ......... | 1,1702 | 0,1574 | 0,5729 | 0,2148 | 0,0144 | 0,0004 |
| Grande-Source ...... | 0,7016 | 0,2164 | 0,7781 | 0,2829 | 0,0102 | » |
| Petite-Source ....... | 0,6675 | 0,2182 | 0,7639 | 0,2722 | 0,0101 | » |
| Source Cardinal ..... | 0,7779 | 0,2027 | 0,7386 | 0,2996 | 0,0101 | » |
| Capus. ............ | 0,0813 | 0,0768 | 0,0977 | 0,0758 | 0,0780 | » |
| Bains du Capus. ..... | 0,4495 | 0,1424 | 0,5891 | 0,1979 | 0,0180 | » |
| Buvette. .......... | 0,4744 | 0,1551 | 0,6210 | 0,2020 | 0,0220 | » |
| Ancienne-Source ..... | 0,3172 | 0,1994 | 9,6228 | 0,1960 | 0,0229 | » |
| Nouvelle-Source ..... | 0,3962 | 0,1878 | 0,5655 | 0,1900 | 0,0229 | » |
| Petit-Vichy ........ | 0,5865 | 0,2011 | 0,5927 | 0,2165 | 0,0069 | » |
| La Mine. .......... | 0,3673 | 0,1832 | 0,4425 | 0,1708 | 0,0484 | » |

— Peu de départements sont aussi privilégiés que celui de l'Isère sous le rapport de l'abondance et de la variété des eaux minérales. Deux médecins indigènes, MM. Hervier et Saint-Lager, ont eu l'heureuse idée de mettre en relief, non-seulement les ressources hydrologiques, mais encore les sublimes et merveilleuses beautés de cette magnifique région des Alpes dauphinoises. Uriage, Allevard et la Motte occupent le premier rang par l'importance de leurs établissements et la renommée de leurs eaux. Viennent ensuite les sources sulfurées de Lebachet, de Choranche, de Corenc, d'Échaillon, de la Ferrière, de Soulieux, de Tréminis, de Laval, de la Terrasse; les sources chlorurées sodiques de Domène et de Sala; les sources carbonatées de Bourg-d'Oisans et de Monestier; enfin les sources ferrugineuses carbonatées d'Oriol et de Cordéac.

C'est à l'étude sommaire de ces eaux qu'est consacrée la première partie du livre de MM. Hervier et Saint-Lager. Les auteurs se sont montrés sobres de détails sur ce point, persuadés qu'ils n'avaient rien à dire qui ne fût déjà connu ou qui ne se trouvât écrit dans les nombreuses monographies dont chaque therme du Dauphiné a été l'objet.

Mais ce qu'on chercherait vainement dans ces ouvrages remarquables, d'ailleurs, au point de vue médical, c'est une description complète et même suffisante de ces belles et curieuses contrées. La deuxième partie du livre que j'analyse est destinée à combler cette lacune.

Abandonnant aux peintres et aux poëtes le soin de frapper les yeux ou l'imagination, MM. Hervier et Saint-Lager ont eu le bon esprit « de s'abstenir de ces amplifications phraséologiques qui déflorent l'imagination. » Conformément au sage précepte de Topffer, ils ont mieux aimé laisser aux touristes toute la liberté et toute la spontanéité de leurs impressions. « Belles forêts, torrents écumeux, profonds ravins, magnifiques cascades, étincelants glaciers, points de vue ravissants, sombres rochers, vertes prairies, luxuriantes cultures, antiques monastères, manoirs ruinés », tout ce que la nature et les hommes, tout ce que le passé et le présent ont fait de grand, de beau et de pittoresque dans les Alpes dauphinoises, a été indiqué simplement et sans prétention dans le présent ouvrage. C'est un excellent guide que les médecins feront bien de recommander à ceux de leurs malades qu'ils enverront prendre les eaux dans le département de l'Isère. Ils ne peuvent pas leur offrir, pour leurs excursions, un compagnon de voyage plus instruit et plus sensé.

— Les ouvrages suivants sont consacrés à des études cliniques sur différentes eaux minérales.

M. Richelot a reproduit en deux brochures les articles qu'il avait publiés dans l'UNION MÉDICALE en juin 1860 et en avril et mai 1861, et où il traite de l'action des eaux du Mont-Dore sur les membranes muqueuses de l'appareil digestif, des voies respiratoires et de l'utérus, et des effets généraux ou constitutionnels de ces eaux.

Si je m'en rapporte aux faits signalés par M. Richelot, l'eau du Mont-Dore devrait être employée très sobrement dans les affections chroniques du tube digestif. Il me semble que son emploi devrait être restreint à la dyspepsie intestinale simple, accompagnée de constipation. Pour ce qui est de l'influence favorable de ces eaux sur les lésions de la muqueuse respiratoire, les recherches de M. Richelot ne font, en réalité, que confirmer les conclusions du regrettable médecin auquel le Mont-Dore doit une partie de sa prospérité, le docteur Bertrand. Enfin, les eaux du Mont-Dore paraissent exercer une action incontestable sur la muqueuse utéro-vaginale. Mais elles agissent à la manière d'une lame à double tranchant : elles guérissent les femmes atteintes de leucorrhée, et elles donnent des flueurs blanches à celles qui n'en ont point. Ces résultats, en apparence contradictoires, viendraient assez à l'appui de l'opinion de M. Richelot, qui considère cette eau comme un agent substitutif dans le traitement du catarrhe utérin.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur, étudiant l'action des eaux du Mont-Dore sur le pouls, sur le sommeil, sur la sensibilité, sur les forces générales, sur la sécrétion urinaire et sur les fonctions de la peau, est conduit à envisager cette médication sous un aspect en grande partie nouveau, et à conclure : 1° qu'à un point de vue général, le traitement du Mont-Dore est essentiellement *régulateur* et *tonique;* 2° qu'à un point de vue spécial, il exerce une action élective évidente, d'une part sur la respiration et la menstruation, d'autre part sur les membranes muqueuses. Cette doctrine diffère en quelques points de celle qui a été professée par le docteur Bertrand. Mais qu'importent les divergences théoriques quand on est d'accord sur les grandes indications pratiques!

— M. le docteur Allard, dans son ESSAI SUR L'ARTHRITIS DES VISCÈRES, se montre l'adepte fidèle des idées de M. Bertrand relativement à la médication hydro-thermale du Mont-Dore, et partage les opinions de M. Bazin sur les maladies constitutionnelles en général, et sur le rhumatisme et la goutte en particulier.

Ce n'est pas ici le lieu de faire de la philologie. Aussi, ne m'arrêterai-je pas sur le plus ou le moins de convenance du mot *arthritis* (inflammation articulaire) appliqué au rhumatisme viscéral; je laisse toute la responsabilité de cette hardiesse de langage à MM. Bazin et Allard. Après quelques généralités concernant la nature du rhumatisme, que l'auteur regarde comme une sorte de diathèse congestive s'exerçant tantôt simultanément, tantôt d'une manière isolée sur les divers appareils organiques, M. Allard trace le tableau des symptômes propres à l'arthritis pulmonaire, c'est-à-dire à la congestion active chronique du poumon, de forme rhumatismale. Puis, d'accord avec MM. Bertrand et Bazin, il établit que les eaux alcalines ont une action altérante spéciale, une action décongestionnante sur l'hypérémie arthritique. Ces eaux seront donc les plus aptes à triompher de cet état constitutionnel. En même temps, il sera nécessaire, le plus souvent, de calmer l'éréthisme nerveux et d'appeler loin du point malade l'activité vitale morbide. Les eaux du Mont-Dore, d'Ems et de Royat (1) paraissent les plus propres à remplir la première indication : quant à la seconde, on y satisfera par les différents procédés hydrothérapiques appliqués loin du siége de la congestion, suivant la méthode révulsive.

— M le docteur Verjon a suivi la même voie que M. Allard, mais avec des allures plus modestes. Il s'est contenté d'écrire sur quelques variétés du rhumatisme viscéral et sur son traitement par les eaux de Plombières. J'admire jusqu'où M. Verjon pousse ses scrupules d'auteur. J'en sais beaucoup qui auraient parlé d'emblée du rhumatisme viscéral, sans se soucier aucunement s'il pouvait y avoir des médecins assez mal avisés pour en nier l'existence. Mais M. Verjon commence prudemment par produire ses témoins et ses

(1) Cet article était écrit quand nous avons reçu de M. Allard un *Précis sur les eaux minérales de Royat.*

preuves, afin qu'on ne l'accuse point de poursuivre une espèce de mythe pathologique. Nous aimons à le voir d'accord sur ce point avec Chomel, Ferrus, Requin, MM. Grisolle, Monneret, Barthez, Bertrand, Roche, Cruveilhier, Valleix, H. Guéneau de Mussy, Lhéritier, Charcot, Chauffard, etc.; il ne saurait être en meilleure compagnie. Voilà ses témoins. Quant à ses preuves, ce sont sept observations recueillies, soit dans sa pratique personnelle, soit dans la pratique de M. le docteur Philippe Hutin, et desquelles il ressort : 1° que le rhumatisme viscéral existe; 2° qu'il est souvent amélioré et quelquefois guéri par l'usage méthodique des eaux de Plombières.

Bravo, M. Verjon! Vous avez bien employé votre première année à Plombières. Continuez à vous attacher à l'étude clinique de la médication hydrothermale, si vous voulez travailler dans l'intérêt bien entendu de la science et des malades.

— M. Gaillard « est peut-être le dernier président de la commission médicale consultative des thermes d'Aix, et c'est en cette qualité qu'il a voulu apporter son concours à l'œuvre commune, à l'édifice dont ses prédécesseurs commençaient à jeter les bases dans leurs rapports annuels ».

L'auteur, dans son mémoire, s'est exclusivement attaché à faire ressortir l'efficacité des eaux d'Aix dans le traitement des paralysies. Il rapporte quinze observations divisées ainsi qu'il suit : — *paralysie d'origine rhumatismale*, 2 cas (guéris); — *hémiplégie par apoplexie*, 2 cas (améliorés); — *hémiplégie d'origine mixte* (apoplexie et chloro-hystérie), 1 cas (amélioré); — *paralysie générale d'origine mixte* (anémie et altération organique), 1 cas (amélioré); — *paralysie consécutive aux fièvres graves*, 2 cas (guéris); — *faiblesse et tremblement consécutifs à une méningo-myélite*, 1 cas (guéri); — *paralysie générale progressive*, 1 cas (nul effet); — *paralysie traumatique*, 4 cas (améliorés); — *commotion de la moelle et contusion des lombes*, 1 cas (guéri).

Ce tableau n'a pas besoin de commentaires; les résultats parlent assez clairement et légitiment très bien les conclusions qu'en a tirées M. Gaillard.

Le présent travail n'est, au dire de l'auteur, qu'un chapitre détaché d'un ouvrage encore sur le métier. Nous espérons que M. Gaillard ne tardera pas à publier ses recherches au complet.

— D'Aix à Nice il n'y a pas loin. Allons donc rendre visite à cette charmante ville, devenue nôtre aussi par l'annexion; mais, avant de partir, n'oublions pas de faire emplette d'un petit livre bleu intitulé : *Conseiller médical de l'étranger à Nice*. Ce livre est de M. le docteur Wahu, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nice. Déjà, vous le voyez, le nom et la position de son auteur le recommandent sérieusement à votre estime. « Le but de ce livre est double, dit M. Wahu : éclairer les personnes qui viennent à Nice chercher la santé; faire connaître aux médecins de tous les pays les influences climatériques de Nice. »

On a beaucoup écrit pour et contre le ciel de Nice. Ce séjour a eu des admirateurs fanatiques et des détracteurs outrés. M. Wahu nous promet « une juste appréciation des avantages et des inconvénients de ce climat, sous lequel ou l'on vit très longtemps, ou l'on meurt très vite ». Une impartialité manifeste d'appréciation le conduit à la conclusion suivante :

« Nice, climat *tonique* par excellence, mais non pas *excitant*, convient surtout aux enfants débiles, aux jeunes gens des deux sexes à constitution molle et lymphatique, à tous ceux aussi qui ont la poitrine délicate. Mais il ne saurait convenir aux phthisiques avancés, surtout s'ils sont doués d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche. »

Après d'intéressants détails sur la climatologie de Nice et de ses environs, M. Wahu entre dans de longs développements concernant l'hygiène à suivre dans ce pays. C'est là un point d'autant plus important que les malades ne sauraient bénéficier des avantages climatériques d'une station médicale, s'ils ne réglaient leur vie conformément aux préceptes d'une sage et stricte hygiène.

A. LINAS.

## VI

## VARIÉTÉS.

CHIRURGIE DE MARINE. — Dans la discussion sur le budget de la marine (séance du 11 juin), M. de Kervéguen a appelé en ces termes l'attention du corps législatif sur le traitement des chirurgiens de la marine :

« Leur position pécuniaire est mauvaise. On a, il est vrai, accordé 500 francs de plus aux quarante plus anciens chirurgiens, et sur ce nombre vingt-cinq ont, comme chirurgiens principaux, 600 francs au lieu de 500 francs d'augmentation. Mais le corps de la chirurgie de marine reste en état d'infériorité, quant au traitement, à l'égard de la chirurgie militaire... Un décret du 23 avril 1859 a élevé les traitements des chirurgiens militaires. Les chirurgiens de la marine ont demandé l'assimilation; on la leur a refusée. Puis, dans le projet qui vient d'être présenté sur les retraites, on fait descendre les chirurgiens de marine d'un grade, parce qu'ils n'ont pas la solde affectée à ce grade. »

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle le mardi 2 juillet 1861, à onze heures précises, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera cette année de la *formation des êtres et du rôle de la vie sur le globe.*

Les leçons auront lieu dans l'*amphithéâtre de géologie.*

— M. le professeur Croq a été nommé président de la Faculté de médecine de Bruxelles pour 1861-1862, et M. le professeur Graux secrétaire.

— Les élections pour le renouvellement du bureau de la *Société anatomique* auront lieu dans la séance du vendredi 28 juin.

— M. le docteur Remond (de Semur), ancien membre du conseil général de la Côte-d'Or, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans.

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 21. Action de l'eau minérale de Karlsbad, par *Seegen*. — Inconvénients des couleurs arsenicales, par *Muller*. — Nouvel appareil galvano-caustique, par *Leiter*. — 22. Syphilis (suite). — Eaux de Karlsbad (suite). — Analyse de l'eau minérale de Laa, par *Kauer*. — 23. Sur les lunettes prismatiques, par *Brücke*. — Eaux de Karlsbad (suite). — 24. Syphilis (suite). — Contributions au traitement des fractures, par *Lorinser*. — Fongus médullaire énorme chez un enfant, par *Hölzl*. — 25 et 26. (Manquent.) — 27. Excitabilité électro-musculaire des muscles de la face dans la paralysie du nerf facial, par *Schulz*. — Nouveau procédé opératoire pour l'ectropion, par *Snellen*. — 28. (Manque.) — 29. Recherches nouvelles sur la température de la salive, par *Ludwig*. — Des sinapismes et de l'huile essentielle de moutarde, par *Bernatzik*. — 30. Sur les sinapismes et l'huile éthérée de moutarde, par *Bernatzik*. — Emploi de l'essence de sabine contre la blennorrhée de la conjonctive, par *Lunda*. — 31. Blennorrhée de la conjonctive (fin). — Communications théoriques et pratiques sur quelques maladies des organes urinaires, par *Keckeis*. — 32. Sur les variations volontaires du diamètre de la pupille, par *Kugel*. — Maladies des voies urinaires (suite). — 33. Traitement des fractures (suite). — Variations de la pupille (suite). — 34. Les effets du corset, par *Engel*. — Maladies des organes urinaires (suite). — Épidémie de suette, par *Mosarei*. — 35. Effets du corset (fin). — De l'huile essentielle de moutarde substituée aux sinapismes, par *Herrmann*. — Une explosion de grisou, par *Keckeis*. — 36. Extirpation de l'omoplate affectée d'ostéocarcinome, par *Schuh*. — Emploi du mercure en Perse, par *Polak*. — Explosion de grisou (fin). — 37. Sur la physiologie de la fibre musculaire lisse, par *F[illegible]*. — Communications sur quelques maladies des organes urinaires, par *Keckeis*. — 38. Sur les affections des ouvriers dans quelques fabriques de glaces, par *Keller*. — Communications pédiâtriques, par *Lederer*. — Sur le traitement des bubons suppurés, par *Liber*.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 juin 1861, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet 1861.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 5 JUILLET 1861. N° 27.

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

**Partie officielle.** Décret impérial. — Arrêté ministériel. — Réceptions au grade de docteur.—**Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Incident. — État sanitaire de Saigon (Cochinchine). — Remèdes secrets. — Discussion sur la morve. — Emploi de l'arsénite de strychnine contre la scrofule et la morve. — Influence de la lune sur la menstruation. — II. **Travaux originaux.** Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique; symptomatologie, diagnostic et traitement de cette lésion. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — IV. **Revue des journaux.** Sur la structure du système nerveux cérébro-rachidien, comprenant l'étude du cerveau (anatomie, physiologie, pathologie). — De l'innocuité de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines après la saignée. — Sur la paracentèse de l'estomac pratiquée avec succès pour des cas de tympanite aiguë. — V. **Bibliographie.** O'Taiti. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.—VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 29 juin 1861, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Buignet, docteur ès sciences physiques, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur adjoint de physique à ladite école, en remplacement de M. Robiquet, décédé.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Lereboulet, professeur de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Strasbourg, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Daubrée, appelé à d'autres fonctions.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 8 au 22 mai 1861.*

63. JACOLOT, Aristide-A.-M., né au Conquet (Finistère). [*Relation médicale de la campagne de la corvette* l'Artémise *en Islande* 1857.]

64. DECENCIÈRE, M.-F.-Camille, né à Argent (Cher). [*De la pustule maligne.*]

65. PIET-LESTRADE, Joseph, né à Niort (Deux-Sèvres). [*De la coxalgie.*]

66. DUPUIS, Camille, né à Bressuire (Deux-Sèvres). [*De l'aquo-capsulite, ou inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.*]

67. EVRAIN, G., né à Châlons-sur-Marne (Marne). [*De l'iodure de potassium dans tous les âges de la syphilis.*]

68. BOISDON, Abel, né à Rouillac (Charente). [*Des effets produits sur l'organisme par les miasmes animaux non contagieux.*]

69. CARNET, Claude-Jules, né à Chaumont (Haute-Marne). [*Du rôle physiologique des principes alimentaires immédiats.*]

70. ARGELLIÈS, Henri, né à Cibours (Basses-Pyrénées). [*De l'hémorrhagie utérine dans les derniers mois de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.*]

71. PRÉVOST, Louis-Benoît, né à Fontenay-Tresigny (Seine-et-Marne). [*Hygiène de la première enfance.*]

72. HERLINGERI, Antoine, né à Bastia (Corse). [*De l'accouchement prématuré artificiel.*]

73. GYOUX, Marie-Charles-F., né à Objat (Corrèze). [*De l'enchondrome du testicule.*]

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — M. Dumas à Bordeaux; vues du gouvernement. — Cession de clientèle. — Le droit d'entrée dans les hôpitaux existe-t-il pour les médecins? — Une consultation de Bouvart. — Nouvelle société d'ophthalmologie. — Bonne idée d'un homœopathe; *idem* de la GAZETTE. — Vagabondage de M. Trousseau. — Exploitation des vieux cataplasmes; mauvais résultat. — A quoi les prépuces sont exposés.

La présence de M. Dumas à Bordeaux, pour l'installation de M. Mourier, recteur de l'Académie, a une importance particulière, que révèle plus clairement l'allocution du vice-président du Conseil de l'instruction publique. Un discours prononcé à Bordeaux il y a une dizaine d'années est devenu célèbre dans les fastes de la politique; celui de M. Dumas était, croyons-nous, intentionnellement destiné à avoir du retentissement dans la sphère de l'enseignement. Une des grandes préoccupations de l'administration actuelle est de porter une flamme nouvelle dans tous les foyers scientifiques et littéraires de la France; de provoquer sur tout le sol de l'empire une forte expansion du mouvement intellectuel; d'appeler à l'activité, par de sérieux encouragements, toutes les forces vives de la province, trop souvent négligées ou méconnues; de multiplier par là les objets de travail et les efforts partiels, la matière et les instruments; de pousser enfin le pays entier dans les voies du progrès.

Le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX apprécie bien la situation; le discours de M. Dumas est un acte. Le gouvernement poursuit dans les Académies, par ses inspecteurs, la tâche qu'il s'efforce d'accomplir dans les sociétés savantes par son COMITÉ DES TRAVAUX HISTORIQUES. Et pour être plus assuré encore de cette unité de vue et d'action, il n'y a qu'à se rappeler que ce même M. Dumas, qui a porté la parole du gouvernement à l'Académie de Bordeaux, a été récemment nommé membre honoraire du *Comité des travaux historiques et des sociétés savantes.*

74. HENRION, Henri-Édouard, né à Mirecourt (Vosges). [*Du lieu d'élection dans l'opération de la pupille artificielle*].

75. WECKER, Louis, né à Francfort-sur-le-Mein. [*De la conjonctivite purulente et de la diphthérite de la conjonctive au point de vue du diagnostic différentiel et de la thérapeutique.*]

76. LANCELOT, Léon, né à Châtillon-sur-Indre (Indre). [*De la glycogénie hépatique.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURDON.

I

## PARTIE NON OFFICIELLE.

Paris, le 4 juillet 1861.

*Académie de médecine* : INCIDENT. — ÉTAT SANITAIRE DE SAIGON (Cochinchine), — REMÈDES SECRETS. — DISCUSSION SUR LA MORVE. — EMPLOI DE L'ARSÉNITE DE STRYCHNINE CONTRE LA SCROFULE ET LA MORVE. — INFLUENCE DE LA LUNE SUR LA MENSTRUATION.

Le début de la séance de l'Académie de médecine a été marqué par un incident, ou plutôt un accident, qui aurait pu avoir de la gravité. Une partie de la coupole vitrée s'est brisée, et des morceaux de glace épaisse sont tombés dans l'hémicycle où se tiennent d'ordinaire un certain nombre de membres. M. Isidore Bourdon seul a été légèrement atteint au cuir chevelu; un pansement fait par M. Jobert a arrêté le sang qui s'écoulait d'une artériole, et tout fait penser que cette petite blessure n'aura aucune suite.

Après une très intéressante communication faite par M. Michel Lévy, au nom de M. le docteur Cassano, sur l'état sanitaire de Saigon (Cochinchine), et un rapport sur les remèdes secrets, où M. Boudet a suivi avec succès les traces de M. Robinet, M. H. Bouley est monté à la tribune.

Nous n'avions pas entendu la première partie du discours de M. H. Bouley, recueillie par notre rédacteur des séances; nous avions lu seulement dans un journal que cette première partie avait été *scintillante*. La seconde (nous en parlons cette fois en connaissance de cause) l'a été également. La scintillation est un jeu de lumière charmant pour le touriste qui regarde les étoiles; ce n'est pas la condition la plus favorable à la vue nette et à la rigoureuse appréciation des choses. Aussi craignons-nous que, dans ce petit feu d'artifice, la question parfois n'ait pas été présentée sous son vrai jour, dans les termes précis de l'observation et de la discussion.

Que disait M. Guérin? Il disait, appliquant à la morve son thème favori, que cette maladie a des degrés, et non pas seulement des degrés, mais des modes d'expression, qui peuvent différer beaucoup; que les éléments multiples dont elle se compose peuvent s'isoler, s'associer et se combiner de telle manière ou de telle autre; qu'il importe à la philosophie de la science comme à la clinique de tenir compte de ces différences; et enfin que, sous de certaines formes peu complexes, la morve guérit fréquemment, puisqu'il l'a vue, lui, guérir dans un grand nombre de cas. A ces assertions on pouvait répliquer, comme l'a fait brillamment M. Tardieu, que les différentes expressions de la morve et ses degrés différents sont parfaitement connus et décrits; que, néanmoins, la morve, la vraie morve, celle qui se traduit par des signes spécifiques, fussent-ils des plus légers, est une maladie presque toujours incurable. C'est bien cela aussi que soutient M. Bouley, d'accord avec la totalité des vétérinaires à nous connus; mais, en voulant établir que ces manifestations en apparence si simples du mal n'en sont que l'écorce, et qu'elles couvrent d'affreux désordres viscéraux, n'a-t-il pas manqué son but? D'abord, il est douteux que les choses se passent toujours de cette manière; plus d'un collègue de l'orateur le contredirait certainement en ce point. Puis les deux assertions fondamentales de M. Guérin, *à savoir*, que la morve a des degrés, et que la morve est très curable, sont connexes. Le mal, à un certain degré, ne guérit fréquemment que lorsque ce degré est inférieur; et de cela seul que beaucoup de chevaux y ont échappé dans l'écurie signalée par M. Guérin, on peut induire qu'il n'existait pas chez tous de désordres profonds; car il est bien difficile d'admettre que ce fait curieux de la guérison apparente, malgré de graves lésions internes, se soit présenté tant de fois sur un théâtre aussi circonscrit. Il reste que M. Guérin ait vu la morve là où elle n'était pas. Voilà la seule objection plausible en l'état actuel de la science. Nous n'avons pas qualité pour la présenter; mais si M. Bouley l'approuve, il ne l'a pas formulée assez nettement, et s'il la repousse, nous ne trouvons pas qu'il y supplée efficacement.

L'Académie a écouté avec le plus vif intérêt les récits pittoresques autant qu'instructifs par lesquels l'orateur a fait

— Un arrêt important a été rendu par la *Chambre des requêtes* de la Cour de cassation (séance du 13 mai) touchant *les ventes de clientèle*. La validité de ces ventes, plusieurs fois rejetée par les tribunaux, vient d'être admise par la Chambre des requêtes, sur pourvoi, conformément à un arrêt de la Cour d'Orléans. En exécution d'une des clauses de la convention intervenue entre nos deux confrères, il est interdit au vendeur d'exercer la profession médicale dans un rayon déterminé.

— Les conseils d'administration des hospices ont-ils le droit d'interdire aux médecins l'entrée des salles des hôpitaux, même pendant la visite, et fussent-ils d'ailleurs connus du chef de service? Telle est la question qui sera, ou est, ou a été, soumise à l'*Association générale des médecins de France* par la *Société de médecine de Saint-Étienne*. Voici à quelle occasion : Un honorable médecin de Saint-Étienne, M. Pautrier, se livrait à des études cliniques sur les maladies du cœur dans l'hôpital de cette ville, et suivait de temps en temps les visites, lorsqu'une lettre circulaire adressée aux chefs de service signifia la décision administrative par laquelle l'entrée de l'hôpital était interdite aux médecins du dehors. Les médecins de l'hôpital élevèrent une réclamation collective contre cette décision, et M. Pautrier saisit de la question la Société de médecine de Saint-Étienne. Le président, M. Vial, écrivit au préfet, qui transmit la lettre au conseil des hospices; celui-ci déclara vouloir maintenir le *droit* confirmé par les règlements, mais offrit des autorisations personnelles aux membres de la Société. C'est contre cette décision, et pour obtenir l'entrée publique au profit des médecins, que la Société a réclamé l'appui de l'Association.

Nous ne connaissons pas le règlement particulier invoqué par le conseil; mais quand, à Paris, une simple carte d'élève en médecine suffit pour faire admettre aux cliniques, il serait étrange qu'un diplôme de docteur ne conférât pas le même droit à Saint-Étienne.

— M. le docteur E. Duchesne a eu l'idée de faire collection des autographes de médecins et de chirurgiens célèbres, et spéciale-

toucher du doigt l'influence d'un travail excessif sur la production ou sur l'aggravation de la morve. La théorie qu'il en a donnée, contestable à ses propres yeux, a du moins le mérite d'ouvrir une perspective à la pathogénie : quant au fait lui-même, il est depuis longtemps à l'abri de toute contestation. Si un reproche pouvait atteindre cette belle démonstration, ce serait d'avoir paru réduire exclusivement à la fatigue musculaire l'étiologie de la morve, d'autant plus que la théorie dont nous parlons ne s'applique qu'à cette interprétation. Ce n'est là qu'un oubli. M. Bouley sait mieux que nous que la morve se déclare assez souvent dans les écuries de l'armée aux époques où les chevaux vivent, pour ainsi dire, dans l'oisiveté.

M. Guérin a demandé la parole pour la prochaine séance.

— Au moment où cette discussion avait lieu, un article de M. Prangé, ayant pour titre *Guérison de la morve*, était emprunté à la SCIENCE POUR TOUS par le JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DE TOULOUSE (juin 1861). Il s'agit précisément, dans cet article, d'un moyen du traitement critiqué par M. Bouley. Comme à cet égard l'opinion n'est pas généralement établie et que de nouvelles expériences peuvent devenir nécessaires, nous rappellerons en peu de mots l'état de la question.

En 1855, M. Grimelli, actuellement député au Parlement de Turin, annonça que le sulfate double de strychnine et de morphine jouissait de la propriété de modifier avantageusement les affections strumeuses de l'homme. Six ans plus tard, il substitua à ce sel l'arsénite de morphine et de strychnine, et, ayant cru reconnaître à la seconde préparation plus de vertu qu'à la première, il eut l'idée de l'administrer contre la morve et le farcin du cheval. Le résultat dépassa son attente. Néanmoins il pensa que, dans ces dernières affections, la morphine n'était pas indiquée, et qu'il vaudrait mieux se borner à la combinaison de la strychnine avec l'arsenic. M. Chiappero, professeur à l'École vétérinaire de Turin, prépare ce sel de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Strychnine pure cristallisée... | 4gr,95 |
| Acide arsénieux pulvérisé.... | 12gr,38 |
| Acide chlorhydrique concentré. | 10gr,00 |
| Eau ordinaire.............. | 800gr,00 |

Mêlez ces substances dans une capsule de porcelaine ; faites bouillir lentement la masse jusqu'à ce que tout soit fondu, et filtrez à chaud. Par le refroidissement, le liquide se prend en masse cristallisée ; la filtration en sépare l'eau-mère, qui donne une réaction très acide, et fournit encore par l'évaporation une petite quantité de sel. Ainsi obtenu, l'*arsénite de strychnine* se présente sous forme de petits cristaux prismatiques très blancs et transparents : il se dissout dans 300 parties d'eau froide et 16 parties d'eau bouillante.

Si l'on veut obtenir un *bi-arsénite* de strychnine, on emploie deux équivalents d'acide pour un seul de strychnine, en ajoutant l'acide chlorhydrique en assez grande quantité. Il est, du reste, à craindre que ce nouveau sel ne soit plutôt un mélange d'arsénite et de chlorhydrate de strychnine qu'un bi-arsénite.

L'arsénite et le bi-arsénite ont été expérimentés par MM. Ercolani et Bassi, collègues de M. Chiappero. Ils ont constaté qu'un gramme du premier sel, administré en une fois à un cheval de haute taille, déterminait, au bout de vingt minutes, les phénomènes convulsifs particuliers à l'empoisonnement par la strychnine ; que, avec 60 centigrammes seulement, on ne produisait qu'une légère contraction musculaire. En conséquence, dans les cas de morve, ils administrent une dose de 20 centigrammes seulement, qu'ils élèvent graduellement jusqu'à 60 et 80 centigrammes. Ce remède est donné en pilules dans du pain.

Les expériences ont paru démontrer que le bi-arsénite est plus efficace que l'arsénite. Sur quarante chevaux affectés de morve simple ou farcineuse, de farcin seulement, ou de morve avec épithéliome (catarrhe nasal chronique), et traités tantôt par le premier sel, tantôt par le second, il en est trente chez lesquels les résultats du traitement peuvent être appréciés (vingt cas de morve chronique, quatre cas de facin, quatre de morve farcineuse, deux de morve avec épithéliome). Or, de ces trente chevaux, dix-huit ont guéri et douze ont été sacrifiés comme incurables.

Tel est le simple récit des faits. Nous croyons que ceux-ci auraient grand besoin de confirmation ; mais il ne nous est pas permis de les juger. Ce que nous pouvons dire seulement, en toute certitude, c'est que, en France, où l'arsénite de strychnine n'a pas été expérimenté, la guérison de la morve n'a jamais été constatée dans une telle proportion.

— La lune exerce-t-elle une influence quelconque sur l'apparition et la marche des règles ? C'est une question bien ancienne. Aristote pensait que l'époque menstruelle coïncidait plus ordinairement avec la période décroissante de la lune. Au moyen âge, au beau temps des influences sidérales, et sous le règne despotique de l'aristolélisme, il y avait double motif pour que les rapports de la lune et de l'utérus ne fussent pas oubliés ; et c'est même depuis ce temps que la croyance aux effets de la lune sur la menstruation est devenue

---

ment de ceux du siècle dernier. C'est là une œuvre qui révèle des goûts distingués, et qui, bien dirigée, pourra être utile à l'histoire de l'art. Le MONITEUR DES SCIENCES a reproduit l'un des documents de cette collection : *Mémoire à consulter sur une fièvre intermittente avec obstruction de la rate ;* ledit mémoire signé *Bouvart* et contre-signée *Fumée*. Bouvart, associé de l'Académie des sciences, professeur à l'École de médecine et au Collége de France, médecin en chef de la Charité et des Enfants trouvés, chevalier de Saint-Michel, médecin du roi et des princes, etc., etc., florissait dans la première moitié du siècle dernier. Il avait acquis une fortune assez considérable pour laisser, à l'occasion et comme remède à un état morbide de cause financière, trente billets de mille francs sur la cheminée d'un malade. Que les temps sont changés !

Bouvart était célèbre par l'élégance de ses dissertations latines. On pourrait croire, à lire la consultation dont il s'agit, que, chez lui, le français avait gravement pâti de cet amour du latin.

« De tous les accidents, dit-il, il nous *paroist*, après avoir vu la malade, qu'elle est dans un état cachectique ; *ses* gencives nous ont *paru* annoncer un commencement de lésion de *ces* parties, et nous estimons que l'état d'obstruction que nous avons trouvé très sensible mérite toute l'attention, et que *celui* de suppression sont les deux objets principaux qui doivent diriger et fixer le traitement..... Il s'agit donc de donner aux liqueurs le degré de fluidité qui leur manque, et de rendre aux fibres le ton et le ressort qui leur *est* nécessaire. »

Quant à l'ordonnance qui termine ce factum, elle est de nature à exciter la jalousie des pharmaciens de nos jours, réduits à la potion congrue des extraits et des principes actifs : « On *fera* prendre chaque jour à la malade un bol composé de quinze grains de savon et de trois grains de gomme ammoniaque ; elle prendra aussi chaque jour deux bouillons composés avec des racines de patience, de chardon Rolland, de chelidoine et d'énula campana ; les feuilles de chicorée sauvage, l'aigrimoine et le cerfeuil ; ces bouillons seront passés sur des cloportes ; on mettra dans le premier des bouillons trois à quatre onces de sucs dépurés de

populaire. Plus tard, des médecins instruits, dont quelques-uns même ont fait de la physiologie de la femme le sujet d'une étude privilégiée, comme Roussel, se sont montrés favorables à cette opinion. De nos jours, M. Brierre de Boismont l'a combattue dans son TRAITÉ DE LA MENSTRUATION, en se fondant sur un petit nombre de faits (4 femmes donnant 26 observations); mais elle retrouve faveur dans les recherches de M. Schweig (de Carlsruhe), dans celles de M. Clos (de Sorèze), et enfin dans un travail récent de M. E. Strohl, inséré dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (25 juin 1861). Il résulte des recherches de M. Schweig, portant sur 19 femmes observées pendant un temps plus ou moins long, que, 187 fois sur 242 observations, les règles sont revenues, après un intervalle coïncidant avec la révolution anomalistique de la lune (1), ou trois jours avant ou après; mais l'auteur n'a pas constaté d'influence qu'on pût rapporter aux différentes positions de la lune par rapport à la terre. Le travail de M. Clos porte sur deux femmes seulement, dont la première a été suivie pendant vingt-sept ans, la seconde pendant cinq, et donnent ensemble 357 observations. Il résulterait de ces faits, d'après l'auteur, que, contrairement à l'opinion de M. Schweig, les phases de la lune exercent une action puissante sur la menstruation, celle-ci se montrant surtout dans la pleine lune et le dernier quartier; que la somme des deux équinoxes l'emporte de beaucoup sur celle des deux lunistices; le lunistice austral sur le lunistice boréal, le nœud descendant sur le nœud ascendant. Enfin, les calculs de M. Stœber portent sur 5828 femmes visitées en 68 époques dans le cours de dix ans (au dispensaire des filles publiques). Les résultats auxquels il est arrivé diffèrent sensiblement de ceux qu'avaient trouvés MM. Schweig et Clos; mais, reposant sur une plus grande masse de faits, il a aussi beaucoup plus de valeur.

Voici comment l'auteur les résume lui-même, en y ajoutant quelques observations relatives à l'influence de la pression atmosphérique :

1° La lune paraît exercer une grande influence sur le retour de la menstruation;

2° Pendant la période de la pleine lune, un petit nombre de femmes sont réglées;

3° Le *maximum* de la menstruation tombe dans la période du premier quartier;

(1) La période anomalistique de la lune est le temps que la lune met à passer du périgée au périgée, c'est-à-dire d'un point au même point.

4° Probablement il existe un second *minimum*, mais moindre, à la nouvelle lune;

5° Les apogées et les périgées (1) sont sans influence;

6° Le lunistice austral l'emporte sur le lunistice boréal (2);

7° Il est probable qu'une diminution de la menstruation est la conséquence d'une augmentation de la hauteur barométrique.

A. DECHAMBRE.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

**NOTE SUR LES VARICES PROFONDES DE LA JAMBE ENVISAGÉES AU POINT DE VUE CLINIQUE; SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE CETTE LÉSION, par le docteur AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, etc.**

Depuis que j'ai constaté, le scalpel à la main, l'existence et l'extrême fréquence des varices profondes du membre inférieur, j'ai cherché quel parti la clinique pourrait tirer de cette notion découverte à l'amphithéâtre, et contraire d'ailleurs à l'opinion accréditée par les livres classiques. Je n'ai pas tardé à reconnaître que la dilatation des veines intramusculaires et intermusculaires de la partie postérieure de la jambe donnait naissance à des phénomènes assez tranchés, souvent incommodes, parfois très pénibles, presque toujours méconnus ou mal interprétés, et cependant d'autant plus utiles à diagnostiquer qu'il est possible et facile d'y apporter un remède, au moins palliatif, d'une efficacité satisfaisante.

La connaissance de ces phénomènes m'a plus d'une fois permis d'affirmer, pendant la vie, l'existence des varices profondes, et cela dans plusieurs circonstances : 1° d'abord, quand il existait conjointement sur le même membre des varices superficielles plus ou moins développées; 2° quand ces dernières manquant ou étant peu développées sur le membre examiné, se montraient au contraire sur le membre opposé.

Dans ces deux cas, le diagnostic découlait naturellement de mes dissections antérieures, car elles m'ont montré surabondamment que la dilatation variqueuse spontanée porte presque toujours sur les deux membres simultanément, quoiqu'à des degrés différents, et qu'elle débute par les veines sous-aponévrotiques.

3° Mais j'ai diagnostiqué les varices profondes dans des cas

(1) L'apogée est le point où la lune est le plus éloignée de la terre, le périgée celui où elle en est le plus rapprochée.

(2) La lune coupe obliquement l'écliptique de la terre; le lunistice austral correspond à son passage sur notre hémisphère austral et le lunistice boréal à son passage sur notre hémisphère boréal.

---

cresson et de cochléaria et un demi-gros de terre foliée de tartre dans chacun de ces bouillons. »

— Une *Société* UNIVERSELLE *d'ophthalmologie* est en travail de formation. Sur un avis favorable du conseil d'hygiène, l'autorisation de se réunir a été accordée par M. le ministre de l'intérieur, à la condition, dit l'avis transmis par la préfecture de police, de « *n'admettre aux réunions ni femmes ni mineurs* ». Le siége provisoire de la Société est rue de Rivoli, n° 66. Il est à croire que le siége définitif restera à Paris; mais il résulte de la qualification même de la Société que celle-ci se recrutera dans toutes les parties du globe. Des deux médecins qui ont signé la circulaire portant invitation d'adhérer au projet, l'un est de Paris et l'autre de Rouen. Nous souhaitons bonne chance à la nouvelle Société, en espérant que la condition imposée par une administration vertueuse n'en éloignera personne.

— Notre ami M. Diday nous fait l'effet d'un ambitieux qui vise à attraper le plus d'injures possible de la part de MM. les homœopathes. Son dernier article : *Les homœopathes insaisissables*, sera pour lui, sous ce rapport, une excellente affaire. On cherche à s'honorer le plus possible. Pour nous, qui avons déjà recueilli une assez grosse part de ce genre d'avantages, nous nous tenons, quant à présent, pour satisfait, et nous allons même courir le grave péril d'un remercîment en montrant que les homœopathes n'ont pas toujours d'aussi mauvaises *recettes* qu'on le croit universellement. En voilà une, en effet, inventée par un hahnemannien de race qui a écrit des livres et des brochures sur la *vieille* médecine, sur les *empoisonneurs allopathes*. Il s'agit d'une lettre-circulaire dont nous possédons le précieux original.

Monsieur,

Le prix de mes visites a toujours été en rapport avec la position de mes clients, et je n'ai jamais refusé mes services à personne; cependant on répand le bruit que mon avidité pour l'argent n'a pas de bornes et que je ne vois plus de malades à moins de 20 francs. Cette hostilité dans l'ombre.

plus obscurs. Les malades interrogés niaient l'existence de la maladie, et, à la vérité, la simple inspection paraissait tout d'abord leur donner raison : en effet, ou bien on n'en découvrait en réalité aucune trace, ou bien l'on trouvait simplement quelques varicosités insignifiantes au niveau de la patte d'oie, du mollet ou du pourtour des malléoles, ou dans tout autre point, varicosités assez multiples ou rares et disséminées, tantôt sous-cutanées, tantôt intradermiques, tantôt tout à fait superficielles, auquel cas la peau offrait à leur niveau une fine injection capillaire et des arborisations bleuâtres analogues à celles qu'on observe sur les joues ou le nez de certaines personnes âgées ou peu tempérantes.

Comme cette lésion est très commune chez les gens d'un âge mûr et chez les femmes qui ont eu auparavant un ou plusieurs enfants, les malades et les médecins eux-mêmes n'y attachent aucune importance. De plus, lorsque les sujets sont doués d'un embonpoint notable, le tissu adipeux sous-cutané forme une couche épaisse, et masque tout à fait les veines sous-cutanées, ce qui rend difficile même la constatation de varices superficielles assez développées.

Il m'est d'ailleurs assez souvent arrivé, à l'amphithéâtre, de trouver des varices profondes alors que la surface du membre ne présentait aucun indice de dilatation veineuse : aussi, pour établir le diagnostic des premières, faut-il faire en sorte de se passer des renseignements pourtant très utiles que fournissent les varicosités visibles.

Dans ces circonstances, le diagnostic repose, il faut en convenir, sur des bases moins certaines, à savoir : sur les symptômes d'abord, puis sur l'efficacité presque immédiate de la compression. J'appelle précisément l'attention sur ces cas où la dilatation des veines tégumentaires est nulle ou presque nulle, ou du moins difficile à constater ; car, lorsque la phlébectasie sous-cutanée est évidente, personne n'hésite à prescrire les moyens convenables, et surtout la compression palliative, qui occupe incontestablement le premier rang ; mais lorsque, au contraire, le réseau veineux superficiel est sain ou à peu près, on ne songe pas à la phlébectasie profonde, peu connue d'ailleurs des praticiens, et considérée actuellement encore comme une curiosité d'anatomie pathologique; on méconnaît, par conséquent, la vraie cause des troubles que j'énumérerai plus loin. Ordinairement on ne porte pas de diagnostic, et l'on se contente de prescrire toutes sortes de moyens inefficaces, souvent même nuisibles. Plusieurs malades que j'ai traités avaient usé longtemps de frictions avec des liquides, des pommades, des liniments plus ou moins irritants qui, loin de guérir, avaient parfois, en compensation d'un soulagement momentané, altéré la peau et augmenté d'autant le malaise.

Le but que je me propose dans cette note est d'étudier minutieusement les symptômes qui caractérisent plus ou moins clairement l'existence de varices profondes, ce qui conduira au diagnostic de cette lésion, et permettra de la distinguer d'une foule d'états pathologiques avec lesquelles elle est ordinairement confondue. La thérapeutique en découlera nécessairement.

*Symptomatologie de la phlébectasie profonde.* — On s'étonnera, sans doute, de me voir entrer ici dans des développements étendus, alors qu'il me serait possible d'être bref et de renvoyer tout simplement à la description symptomatique des varices ordinaires de la jambe. En effet, disons-le tout d'abord, les troubles et les lésions que je vais décrire ne se rencontrent pas seulement dans les cas de phlébectasie profonde, ils se manifestent également dans les cas de varices sous-cutanées, et ont déjà trouvé place, à ce titre, dans les descriptions classiques ; mais ils y ont été confondus avec ceux qui appartiennent en propre à la dilatation des vaisseaux superficiels.

Il faut ici donner quelques explications : si l'on analyse avec soin les accidents qui se développent chez un sujet affecté de varices sous-cutanées bien développées, on reconnaît qu'ils peuvent être rapportés à deux siéges différents, et former par conséquent deux catégories.

Les uns découlent surtout de l'altération des vaisseaux sus-aponévrotiques ; tels sont : les hémorrhagies, les ecchymoses, l'œdème, l'induration et l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les phlébites variqueuses, les phlegmons circonscrits et diffus, la lymphangite, les inflammations aiguës de la peau, les dermatoses diverses, les changements de coloration, les ulcérations superficielles ou profondes, les cicatrices, etc., etc. Ces lésions anatomiques multipliées sont évidemment sous la dépendance immédiate de la dilatation des veines sous-cutanées, de la congestion et de la stase sanguine qui en résultent, et de la participation secondaire des autres éléments anatomiques de la région.

Ces accidents sont visibles, palpables; ils s'accompagnent de symptômes divers tout aussi évidents et d'une appréciation facile ; personne ne les méconnaît; ils pourraient être dénommées accidents *superficiels*, extérieurs, objectifs.

Mais ils ne sont pas les seuls : l'interrogation des malades en signale d'autres moins frappants, parce qu'ils consistent plus particulièrement en symptômes subjectifs. Les sujets, d'ailleurs bien portants, se fatiguent plus vite dans la marche, et au bout d'un temps plus ou moins long sont forcés de s'arrêter quelques instants. Le membre affecté leur semble extrêmement lourd après une course autrefois très aisément parcourue. A ce sentiment de pesanteur se joint un engourdissement notable, puis le mollet devient le siége de douleurs analogues à des crampes accompagnées de picotements. Lorsque l'engourdissement et la douleur acquièrent une certaine intensité, le membre devient débile, vacillant, et peut à peine supporter le poids du corps. Le caractère de ces souffrances est important à préciser : elles ne sont point lancinantes, rapides et subites comme dans les névralgies, ni brûlantes et pulsatives comme dans le phlegmon ou la phlébite ; elles sont tensives, continues, gravatives, et font naître cette angoisse particulière qui accompagne la distension forcée des canaux muqueux ou la pléni-

---

que beaucoup de personnes amies m'ont signalée circule en ce moment, et depuis longtemps déjà dans Paris (elle est dans l'*ombre*, mais on la voit *circuler*.) En conséquence je suis le conseil que l'on m'a donné (modestie pure) d'écrire à tous mes clients qui connaissent trop (c'est à croire) mon caractère, pour ne pas s'empresser d'annuler de telles assertions, et je viens vous prier de faire savoir dans le cercle de vos connaissances qu'à dater de ce jour, j'ai fixé le prix de mes visites ordinaires (cet *ordinaire* est perfide, prenez-y garde, ô connaissances !) à 5 francs.

En faisant ce léger sacrifice quel sacrifice ?), je n'aurai plus le regret d'être mal jugé (et mal payé) et d'apprendre *par le hasard* que des malades se *privent* de mes soins (autant de morts sans doute), à cause du prix excessif que l'on attribue à mes visites.

Veuillez agréer, Monsieur, mes remercîments (mais au contraire monsieur), et l'assurance de mon entier dévouement (à 5 francs par visite).

L'idée n'est-elle pas bonne ? Malheureusement, la voilà usée ; car il en est ainsi de toutes les choses délicates. Qui voudra s'en servir de nouveau devra la rajeunir. Nous nous permettons d'indiquer la variation suivante, à titre d'échantillon, nous en rapportant d'ailleurs à l'esprit inventif des intéressés.

Monsieur,

J'ai trouvé hier dans la rue un portefeuille qui renfermait des valeurs considérables et une carte de visite avec votre adresse. Je vous écris dans la pensée que le portefeuille vous appartient ; étant très occupé en ce moment, il me serait impossible d'aller vous voir. J'espère que vous voudrez bien venir me trouver de 4 à 6 heures, heure de mes consultations.....

— M. Trousseau est d'autre humeur que l'ingénieux philanthrope hahnemannien. Encore qu'il pût avec plus de raison déplorer le sort des malades qui ne s'adressent pas à lui, il n'offre à personne ses services à bon marché. Et cette habitude lui réussit. Un malade de Naples réclame de lui une petite visite. Combien ? — quarante mille francs. — Bon ; accourez. M. Trousseau enjambe un wagon, saute dans un paquebot et débarque en face du Vésuve. Le malade

tude du système vasculaire. Un malade comparait la sensation qu'il ressentait dans le mollet à celle qu'on éprouve lorsque le doigt est serré à sa racine par un lien circulaire qui occasionne la stase sanguine dans cet appendice.

Les symptômes que je viens d'énumérer pourraient être appelés *profonds*, par opposition aux signes extérieurs notés dans le paragraphe précédent.

Symptômes profonds et signes extérieurs sont fréquemment associés et combinés dans les cas de varices ordinaires un peu graves : aussi les fusionne-t-on dans une description commune; mais la clinique se charge quelquefois de nous les montrer isolés, et de prouver qu'ils forment réellement deux groupes particuliers. Quelques sujets présentent à un haut degré les accidents cutanés sans que les fonctions du membre soient notablement intéressées ; d'autres, au contraire, souffrent et se plaignent beaucoup de l'incapacité fonctionnelle sans que les couches superficielles de la peau et le réseau veineux qui y rampe offrent grande altération significative.

C'est pourquoi je suis enclin à rapporter principalement à la phlébectasie superficielle les accidents visibles de la première catégorie, et à la phlébectasie profonde les troubles fonctionnels qui ont bien, à coup sûr, une cause anatomique manifeste, mais ne se révélant qu à la dissection. Il est bien naturel qu'on ait rapporté le tout aux varices superficielles qu'on voit, qu'on touche, et dont on suit facilement l'évolution; il est aussi aisé de comprendre que, ignorant l'existence des varices profondes, on ait méconnu les symptômes qui les révèlent et qui peut-être leur sont propres.

C'est à l'étude de ces derniers qu'il importe de s'attacher, puisque seuls ils me paraissent susceptibles de révéler une lésion cachée, toutes les fois qu'il y aura intérêt à porter le diagnostic; j'ajoute cette dernière phrase parce que maintes fois, comme bien d'autres, j'ai rencontré des sujets atteints de varices superficielles et profondes bien caractérisées, et qui pourtant n'en souffraient en aucune façon. Il est bien entendu que le médecin n'est guère fautif de méconnaître, faute d'examen, une affection qui ne détermine aucun désordre fonctionnel.

Pour arriver à établir le diagnostic facile de la lésion qui nous occupe, j'insisterai assez longuement et assez minutieusement sur les symptômes pris isolément.

*Siége de la douleur.* — Elle est, en général, bornée à la région postérieure de la jambe, depuis le talon jusqu'au jarret. Son maximum réside de coutume dans l'épaisseur du mollet ou plus bas vers la partie inférieure des corps charnus du soléaire; elle est, en tous cas, profonde et mal circonscrite. Chez trois sujets que j'ai interrogés à ce point de vue spécial, la douleur faisait absolument défaut dans toute la gouttière interosseuse antérieure, c'est-à-dire dans le segment longitudinal antérieur du cône que représente la jambe. Je rappellerai, à ce propos, que jamais jusqu'à ce jour je n'ai, dans mes dissections, constaté la dilatation des veines tibiales antérieures, même sur les membres les plus richement sillonnés par les varices superficielles et profondes. Par une exception singulière dont l'interprétation m'échappe encore, ces veines, ainsi que la portion jambière de la saphène interne, possèdent, relativement à la phlébectasie, une immunité fort énigmatique.

Il est nécessaire, pour préciser le siége des douleurs, d'interroger les patients avec insistance. En effet, préoccupés qu'ils sont de la faiblesse du membre dans la marche, ils rapportent volontiers l'impuissance aux articulations; et en particulier à la jointure tibio-tarsienne, qui cependant est saine, solide, et exécute facilement ses mouvements. D'autres rapportent les douleurs à la plante du pied, ce qui s'explique encore, car, lorsque l'engourdissement survient après la marche ou la station prolongées, la plante du pied paraît réellement douloureuse, et supporte mal la pression sur le sol. Toutefois, le toucher direct y dénote plutôt une diminution qu'une augmentation de la sensibilité tactile. En résumé, on parvient presque toujours à reconnaître que le maximum de la douleur répond au mollet ou au tiers inférieur de la jambe.

Les douleurs de la plante du pied ne doivent toutefois pas être considérées comme une illusion, et je suis convaincu qu'elles tiennent quelquefois, en réalité, au développement de varices profondes des veines plantaires. J'en ai observé un exemple bien concluant :

Une jeune fille me fut adressée à l'hôpital Beaujon, où je faisais temporairement le service, pour M. le docteur Lintilhac; elle était singulièrement incommodée par des varices qui paraissaient bornées au pied droit. Sous le ligament de la face dorsale, au niveau du tarse, on voyait un lacis variqueux assez prononcé, puis une ampliation également très évidente des nombreuses veines verticales qui, croisant perpendiculairement le bord interne du pied sur la région tarso-métatarsienne, font communiquer largement les vaisseaux plantaires avec le réseau sous-cutané. J'en conclus que les veines profondes de la voûte étaient pareillement dilatées; toujours est-il que, chez cette jeune fille, la station debout, la marche, les exercices violents en général, déterminaient une sensation de douleur, d'engourdissement et de distension très pénible dans la région concave de la voûte plantaire. Ces accidents avaient, à plusieurs reprises, acquis une intensité telle qu'ils avaient forcé cette malheureuse, servante de profession, à quitter de bonnes places, et à prendre des travaux sédentaires peu lucratifs et insuffisants pour ses besoins.

J'essayai divers modes de compression, qui restèrent peu efficaces, parce que les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne relâchaient vite les bandages de toile et les bandelettes agglutinatives. La pression exercée sur la concavité de la plante du pied à l'aide d'un petit coussinet était douloureuse quand elle était suffisamment énergique, puis le coussin gênait la marche et ne pouvait rester en place. Je projetais un petit appareil muni d'un mince ressort se moulant sur la concavité plantaire, mais ne le fis pas exécuter. J'avais songé à oblitérer les veines par l'injection coagulante, mais je ne mis point cette idée en pratique, parce qu'il me

---

était mort ; mais chose convenue, chose due, et notre célèbre confrère se loue beaucoup des ex-sujets du tyran. Voilà l'histoire : nous vous la donnons sans garantie de la *Gazette*.

— La liste des génies méconnus n'est pas épuisée ; en voici un qui mérite l'intérêt particulier du corps médical. Le nommé Gavillet, brave homme, estimé de tous, léger de gousset, avait imaginé de soumissionner à l'administration des hôpitaux tous les résidus des cataplasmes, pour en extraire l'huile ; moyennant quoi il espérait couler des jours plus doux que par le passé. La spéculation était ingénieuse et pouvait être lucrative, de l'avis de M. Chevallier, si compétent en pareille matière. Les expériences ont prouvé qu'on pouvait obtenir des résidus un rendement de 15 à 18 pour 100. Conséquemment, les 120,000 kil. de résidus que l'administration est en mesure de livrer par an, devraient donner environ 20,000 kilogr. d'une huile fort employée dans les arts et dans l'industrie. Resterait 400 kilogr. de tourteaux, constituant un engrais excellent.

Pour l'exploitation de cette industrie, notre homme s'adressa, par la voie de l'affiche, aux petits capitaux, et pour les mieux attirer, y attacha la perspective d'emplois lucratifs. Comme les capitaux étaient plus subdivisés que l'entreprise ne créait d'emplois réels, on imagina de curieuses sinécures ; il y eut des secrétaires, des comptables, et jusqu'à un *inspecteur général des cataplasmes*. Ce fut la perte de l'inventeur. Les frais d'installation ayant vite absorbé les fonds disponibles, une plainte fut déposée au parquet, et cette création d'employés factices parut au tribunal devoir tomber sous l'application de l'article 405 du Code pénal, relatif à l'escroquerie. Il y eut condamnation à deux mois de prison. La justice est inflexible ; elle tue, elle est obligée de tuer, avec la lettre.

— Tous tant que nous sommes, médecins et clients, une aventure nous menace à laquelle nous ne songions guère. Si la chose dépend d'un de nos confrères, avant qu'il soit six mois, nous serons tous circoncis. M. Cl... (1), qui a étudié « les mille remèdes »

(1) *De la circoncision*, brochure in-4 avec planches.

paraît difficile et inutile surtout d'agir sur les varices sous-cutanées du dos du pied, qui ne donnaient lieu à aucune douleur, et que je suppose secondaires, et que je n'osais pas porter le perchlorure dans les vaisseaux profonds par l'intermédiaire des veines communicantes qui siégent sur le bord interne et dans la région anti-malléolaire.

Après une amélioration qu'amenait toujours le repos au lit quelque peu prolongé, la malade demanda à sortir, et j'y consentis, n'ayant pas encore observé de faits semblables, et ne voulant pas tenter un essai hasardeux et susceptible de provoquer des accidents.

Mais revenons aux caractères ordinaires de la douleur. Elle cesse de coutume la nuit et dans la position horizontale, quelquefois très brusquement, quelquefois, au contraire, progressivement au bout d'une heure ou plus, suivant que le repos est plus ou moins complet; souvent elle ne se manifeste guère qu'à la suite de marche un peu prolongée, de sorte qu'elle manque ou se montre insignifiante lorsque la personne affectée, quoique levée, garde son repos relatif, et se livre seulement à des exercices peu fatigants. La station debout prolongée provoque plus souvent le retour des accidents que la progression simple : celle-ci est-elle exécutée sur un sol inégal, les symptômes se montrent beaucoup plus vite que si l'on marche sur un plan uni. La saison me paraît avoir également une influence marquée : ainsi les troubles susdits sont plus fréquents et plus intenses en été qu'en hiver; car il est certain que la réplétion et la congestion des varices sont très sensiblement favorisées par la température chaude. Tels sont les symptômes que fournit l'interrogation des malades, comme je le disais en commençant; ils sont bien connus, et on les trouve énumérés dans les paragraphes consacrés, dans nos lois classiques, à la phlébectasie des membres inférieurs. Mais ce qu'il était important d'établir, c'est qu'ils peuvent se montrer au complet chez des sujets qui n'ont pas de varices superficielles visibles, et qu'alors ils traduisent assez fidèlement l'existence des varices profondes.

Ces dernières, comme je l'ai démontré ailleurs, précédant toujours l'apparition des dilatations sous-cutanées, les symptômes subjectifs ouvriront donc la marche, et ce n'est que plus tard qu'on verra se développer les accidents visibles et palpables qu'entraîne l'ampliation du réseau sus-aponévrotique.

De ce que les varices profondes sont susceptibles de susciter déjà à elles seules des troubles fonctionnels assez notables et assez incommodes, il n'en faudrait pas conclure que l'adjonction ultérieure des varices superficielles accroîtra nécessairement la somme des accidents; cette déduction serait logique et pourtant inexacte en fait. J'ai observé bien des fois le contraire, du moins l'absence complète de relation directe entre le nombre, le volume des varices et l'intensité des inconvénients qu'elles déterminent. J'ai souvent vu des malades dont les deux jambes étaient également couvertes de veines serpentines, et qui ne demandaient d'appareil contentif que pour un côté, l'autre les faisant à peine souffrir. De deux membres inégalement atteints celui qui l'est le plus légèrement en apparence peut cependant, par exception, être le siége de malaises beaucoup plus incommodes. Les membres qui à l'intérieur n'offrent que cet état connu sous le nom de *veinosité* (varices capillaires dermiques) font fréquemment souffrir beaucoup plus les malades que les circonvolutions vasculaires sous-cutanées grosses comme le petit doigt. Enfin, et c'est un point sur lequel je crois devoir insister, la phlébectasie encore bornée aux vaisseaux profonds amène certainement, dans certains cas, une gêne extrême qui semble s'amoindrir très manifestement quand les rameaux sous-cutanés se sont dilatés à leur tour.

Ces diverses assertions sont d'une vérification facile, mais il est beaucoup moins aisé de les expliquer. Je ne sais pas pourquoi quelques individus certainement atteints de phlébectasie profonde ne se plaignent nullement, tandis que d'autres affectés au même degré en apparence ne peuvent se livrer à aucun exercice tant soit peu prolongé sans amener aussitôt une gêne considérable.

Je soupçonne bien la cause de ces différences, mais mes présomptions ne sont encore qu'à l'état d'hypothèses Je me hasarderai cependant à les énoncer, tout disposé à rectifier mes opinions quand les faits l'exigeront.

L'anatomie pathologique soigneusement poursuivie éclairera ces doutes; mais je n'ai pu jusqu'à ce jour l'interroger convenablement, et voici pourquoi : j'ai disséqué un grand nombre de membres variqueux; par malheur, l'histoire clinique des sujets m'était inconnue. Je les prenais à l'amphithéâtre sans savoir s'ils avaient souffert oui ou non et quel genre de souffrances ils avaient éprouvé. J'ai remarqué de plus dans la disposition des varices de grandes différences : tantôt la dilatation portait essentiellement sur les veines intramusculaires, tantôt, au contraire, sur les veines intermusculaires (tibiales postérieures et péronières), satellites des troncs artériels principaux de la jambe Je pense que ces variations pathologiques doivent entraîner des différences dans la symptomatologie; mais, encore une fois, j'ignore la relation exacte entre les causes et les effets.

Peut-être trouverait-on une explication plausible des douleurs dans les rapports qu'affectent les veines dilatées avec les nerfs satellites. En disséquant des pièces injectées, j'ai vu souvent, et surtout dans l'épaisseur des muscles, les filets nerveux qui sont accolés aux vaisseaux, distendus, divisés par les veines dilatées, ou comprimés dans l'interstice rétréci qu'elles laissaient entre elles. Dans les faisceaux vasculo-nerveux à l'état vide, les nerfs des artères et les veines semblent marcher à peu près parallèlement; mais cette apparence disparaît lorsque les canaux vasculaires sont distendus par l'injection. On constate alors une intrusion plexiforme entre les trois organes; les nerfs, contrairement à ce qu'on dit toujours, sont en rapport beaucoup plus immédiat avec les veines qu'avec les artères. Aussi, lorsque les premières sont très amplifiées, agissent-elles mécaniquement sur les cordons nerveux. C'est ainsi que je comprends le malaise qui accompagne la phlé-

---

et les « mille traitements » employés dans la suite des temps contre la syphilis, pense que « le meilleur moyen de *détruire* le mal est de l'empêcher de se *produire*. » Rien de plus logique, et le succès serait d'autant plus certain que, si l'on empêchait la production du mal, il serait superflu de s'occuper de sa destruction; il n'y aurait plus qu'à croiser les bras. Or, « rien mieux que la circoncision n'est capable de réduire les effets de la syphilis et d'en annihiler l'action, » si ce n'est peut-être la continence absolue. Le prépuce est la grande misère de l'homme : ce n'est, — écoutez ceci — ce n'est « *autre chose* que l'organe protecteur du virus déposé sur le gland. » Ce qui signifie clairement que ce voile membraneux a été attaché au membre viril *uniquement* en punition de ses péchés et pour rendre inévitable l'absorption du virus. Le prépuce est semblable « à la bande que le chirurgien appliquerait sur un point du corps s'il voulait que ce point du corps absorbât un principe actif. » Retranchez-le, et vous êtes astreint d'abord au phimosis et au paraphimosis, ce qui est assez naturel, puis à la balanite, à la posthite, à la balano-posthite, aux bubons, à l'orchite, à la cystite, aux rétrécissements, aux maladies de la prostate, à la consomption dorsale, aux pertes séminales, à l'impuissance, et à une foule de méchants cadeaux de la Providence. La conclusion de notre confrère fait frémir : « Confiant dans la justesse de nos observations, nous osons espérer que l'État nous facilitera les moyens *d'en assurer le succes*. » C'est-à-dire qu'on fera pour la circoncision ce qu'on a fait pour la vaccine, et qu'on ne sera admis dans aucune institution publique si l'on s'y présente au complet. Dieu veuille au moins qu'on ne songe pas aux dragonnades! Le procédé serait plus sûr pour une telle besogne que pour la conversion des hérétiques.

ALIQUIS *frères*.

bectasie profonde, les veines superficielles étant en rapport moins immédiat avec les nerfs sous-cutanés, ou du moins, s'enchevêtrant moins intimement avec eux, leur dilatation s'accompagne de moins de douleurs. Qui n'a été frappé en particulier de voir d'énormes bosselures variqueuses siégeant à la cuisse au-dessus du genou, au niveau de la patte d'oie, rester tout à fait indolentes? D'un autre côté, comment affirmer que les varices intra musculaires provoquent de la douleur dans les nerfs satellites, qui sont essentiellement moteurs et, partant, insensibles, si l'on ne suppose pas qu'ils renferment quelques filets sensitifs d'emprunt?

Il serait encore possible que la distension des filets moteurs fût seulement la source de cet engourdissement, de cette faiblesse du membre, si communément observés. Quand on voit encore la place énorme qu'occupe dans le corps d'un muscle le réseau veineux, on se demande si la contractilité peut n'en pas souffrir, ne serait-ce que par la distension que supportent les fibres musculaires. En général, ces fibres conservent leur coloration rouge normale et leur consistance ordinaire; mais je n'oserais affirmer qu'elles ne sont jamais gênées dans leur action lors de la réplétion mammaire des vaisseaux si nombreux et si volumineux qui les sillonnent en tous sens et les dissocient en quelque sorte.

Je puis me rendre compte du soulagement qui survient quelquefois lorsque les varices superficielles se développent, c'est-à-dire s'ajoutent aux varices profondes. Le mode de circulation veineuse du membre inférieur éclaire ce problème. Au membre supérieur, la circulation en retour, au moins pour l'avant-bras et la main, s'effectue au moins autant par les varices sous-cutanées que par les varices profondes. Au moindre effort, au moindre obstacle, ces dernières versent leur trop-plein dans les premières : c'est sur ce fait qu'est fondée la réplétion du réseau superficiel qu'on utilise si bien dans la saignée.

A la jambe et au pied, c'est presque l'inverse qui a lieu : le sang poussé par les artères remonte presque exclusivement par les vaisseaux centripètes profonds; de distance en distance les veines sous-cutanées y versent leur trop-plein. Les expériences d'amphithéâtre et la disposition valvulaire des canaux de communication entre les deux ordres de vaisseaux démontrent cette différence physiologique encore peu connue.

Or, si un obstacle se rencontre sur le trajet des veines profondes de la jambe, le reflux dans les veines superficielles est presque impossible, le système des veines intra et intermusculaires devient turgescent, d'où l'engourdissement, la faiblesse, les troubles de la sensibilité. Au bout d'un certain temps, les barrières valvulaires qui s'opposaient physiologiquement au reflux du sang dans le réseau sous-cutané, cèdent, et le trop-plein s'engage alors dans ce dernier, le dilate, d'où l'apparition des varices superficielles, mais d'où aussi une diminution dans la distension des varices profondes et un soulagement proportionné.

Mais, encore une fois, toutes ces interprétations manquent encore d'une démonstration suffisante, et peut-être trouvera-t-on que je m'y suis trop longtemps arrêté (1).

*(La suite à un prochain numéro.)*

(1) Cette note étant surtout destinée à éveiller l'attention des praticiens sur l'existence des varices profondes, je me dispense d'énumérer diverses autres causes qui, d'après mes recherches d'amphithéâtre, pourraient expliquer plus ou moins heureusement les troubles fonctionnels qui surgissent en pareil cas : tels sont les rapports du nerf poplité interne avec les vaisseaux dans le canal fibreux du soléaire, les rapports des vaisseaux péroniers dans la longue gaîne cylindrique que leur forment le fléchisseur propre du gros orteil, les varices du nerf sciatique, etc.

---

## III.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 JUIN 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

HELMINTHOLOGIE. — *Sur la présence d'une linguatule dans les ganglions mésentériques du mouton, et sur sa transformation dans le nez du chien en pentastome ténioïde*, par M. *G. Colin*. — Il vit dans les ganglions mésentériques du mouton et du dromadaire une linguatule agame qui devient sexuée en changeant d'habitation.

Cette linguatule se creuse des cellules ou des nids, sans parois propres, dans la substance des ganglions, et chaque cellule en renferme plusieurs individus.

Le ver des glandes mésentériques paraît provenir des œufs pondus, dans les cavités nasales du chien, par la linguatule ténioïde, et rejetés sur l'herbe, dont se nourrissent les bêtes ovines.

Si les entrailles du mouton viennent à être dévorées par le chien ou par le loup, le ver peut s'attacher aux lèvres, aux ailes du nez, au voile du palais, et pénétrer dans les cavités nasales, où il prend son complet développement.

En effet, si l'on place à l'entrée des narines du chien des linguatules prises dans les glandes mésentériques, elles s'engagent bien vite dans les cavités nasales, et vont se fixer à l'aide de leurs crochets sur la membrane des volutes ethmoïdales, d'où l'éternument le plus violent ne peut les expulser (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Rayer )

PHYSIOLOGIE. — *Observations sur la régénération osseuse*, par M. *Hamel*. — Dans les cinq observations que l'auteur soumet à l'appréciation de l'Académie, et dont quatre lui sont propres, le périoste, comme organe formateur et régénérateur du tissu osseux, a oblitéré une large perforation de l'os frontal, a reproduit la moitié droite de la mâchoire inférieure, un cubitus en grande partie, une portion du corps d'un fémur, enfin un tibia presque complet.

Il en est une qui mérite d'être citée. Elle est relative à un homme de trente-six ans qui portait depuis longtemps, près de la bosse frontale gauche, une perforation arrondie assez grande pour y placer le pouce, hérissée d'aspérités, avec hernie d'une portion du cerveau et de la dure-mère. La hernie fut réduite et maintenue à l'aide d'une plaque de cuir. Plusieurs années après, cet homme étant mort d'une hémorrhagie cérébrale superficielle, M. Hamel trouva l'ouverture du front oblitérée par une membrane périostique blanchâtre, de nouvelle formation, inégale, assez épaisse, d'un aspect cartilagineux, et appliquée sur la partie externe de la dure-mère, à laquelle elle adhérait vers son centre.

Les quatre autres observations sont aussi des exemples de réparations osseuses spontanées à la suite de nécroses, ayant détruit une partie ou la totalité des os.

PHYSIOLOGIE. — *Expériences sur la nutrition des os*, par M. *Alph. Milne Edwards*. — La première question que l'auteur s'est proposé de résoudre est celle de savoir de quelle manière se détruit le tissu osseux chez les animaux privés de matières minérales.

M. Milne Edwards ayant nourri des pigeons, pendant trois mois et demi, exclusivement avec du blé, du riz, du maïs et du millet décortiqué, a trouvé les os de ces animaux diminués de volume, mais nullement altérés dans leur composition.

Il en conclut que le tissu osseux se résorbe de toutes pièces, et que ce n'est pas seulement la matière terreuse qui est enlevée. Ces observations viennent confirmer l'opinion qui fait regarder le tissu osseux comme le résultat d'une combinaison chimique entre la matière organique et le phosphate de chaux. En effet, lorsque ce tissu se forme chez le fœtus, il présente la même composition que dans l'os d'un adulte, et quand il se détruit, comme dans l'expérience précitée, il disparaît de toutes pièces.

En second lieu, il a cherché à reconnaître si, lorsqu'un animal est privé de sels calcaires, il pourrait les remplacer dans la constitution de ses os par des composés analogues, par exemple par ceux de fer, de manganèse et de magnésie. Dans la coquille de l'œuf, cette substitution peut avoir lieu.

Mais les expériences de l'auteur démontrent que ces différents sels ne peuvent pas entrer dans la constitution du tissu osseux en remplacement des sels de chaux Ce serait là, selon lui, un argument de plus à l'appui de la théorie qu'il avait proposée sur le mode de nutrition des os, et qui tendait à faire considérer le tissu osseux comme n'étant que le résultat de l'union de deux substances primordiales, l'osséine et le phosphate de chaux, le carbonate de chaux n'y existant que comme produit de la décomposition du phosphate de chaux par l'acide carbonique du sang. D'après cette manière de voir, il faut que la chaux, pour pouvoir se fixer dans les os, y arrive à l'état de phosphate, et passe ensuite à l'état de carbonate : or, comme les phosphates de fer, de manganèse et de magnésie ne sont pas isomorphes avec le phosphate basique de chaux, ils ne peuvent se substituer à ce dernier.

---

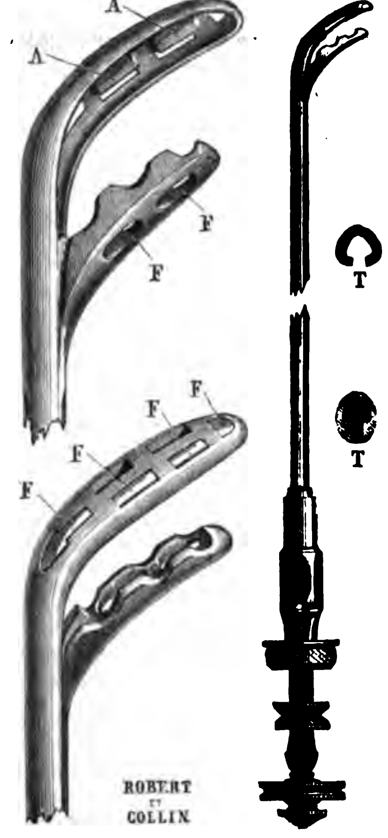
## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Czernichowski* sur une épidémie variolique qui a régné récemment dans le canton d'Auneau (Eure-et-Loir). (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les rapports sur les eaux minérales de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur *Marbotin* ; — d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Génieys* ; — et sur les bains de mer de Dieppe, par M. le docteur *Dutroulau*. (*Commission des eaux minérales.*)




2° L'Académie reçoit : *a.* La copie d'un rapport judiciaire de MM. *Nivet* et *Giraud* (de Clermont), sur une affaire d'empoisonnement par une substance contenant de la vératrine (l'*ellébore blanc*). (*Comm.:* MM. Lecanu, Boudet, Devergie). — *b.* Deux observations sur l'action cicatrisante et détersive de l'acide carbonique, recueillies dans le service de M. *Demarquay* et communiquées par M. *Warker*. (*Com.:* MM. Gavarret, Laugier et Robert) — *c.* Une lettre de M. *Cobley*, qui se présente comme candidat dans la section de pharmacie. — *d.* Une lettre de M. *Marin*, médecin à Mollans (Drôme), relative à l'institution de la médecine cantonale. — *e.* La description et le modèle d'un nouveau brise-pierre, imaginé par MM. *Robert* et *Collin*. Cet instrument présente les avantages suivants : 1° son introduction dans les voies urinaires est rendue plus facile, à cause de sa courbure moins brusque que celle des autres lithoclastes ; 2° il offre une plus grande solidité par la disposition inverse de l'épaisseur des parois de la branche femelle, permettant de donner plus de force à la branche mâle ; 3° il est percé de trous sur l'une et l'autre cuillers, qui lui permettent d'être désobstrué complétement et d'être retiré sans augmentation de volume, ce qui le rend inoffensif pour l'urèthre. La figure ci-jointe donne une idée de ces dispositions nouvelles. (*Comm.:* M. Ségalas.)

*Lectures.*

M. *Michel Lévy* communique l'extrait d'une lettre de M. *Castano*, médecin en chef du corps expéditionnaire de Chine, *sur l'état sanitaire de l'établissement de Saigon* (Cochinchine).

« Le choléra, dit M. Castano, se montre ici sous la forme de fièvre avec accès pernicieux cholériformes, qui cèdent à l'action de la quinine à haute dose et à celle de l'éther. La dysenterie, jusqu'à ce jour, a donné le plus grand nombre de morts. L'affection la plus commune est la syphilis, qui augmente de jour en jour. Parmi les maladies les plus curieuses, il faut citer les *coliques sèches*. M. Lefèvre est parfaitement dans le vrai quand il décrit les coliques qu'il a observées, et qui ne sont que le résultat de l'intoxication saturnine provoquée à bord des navires. Les escadres anglaises n'ont pas eu un seul de ces cas ; car à leur bord les ustensiles de fer et de cuivre remplacent ceux de plomb, naguère si communs sur nos navires de guerre. Mais je me range à l'opinion de M. Dutroulau depuis que j'ai pu observer les cas rares qui se sont développés sous nos yeux en Cochinchine. Par coliques sèches des pays intertropicaux, il faut entendre des contractions spasmodiques des muscles abdominaux et des fibres musculaires des intestins. La constipation est une des conséquences de ces contractions spasmodiques. Contre cette maladie, il faut employer les calmants et s'abstenir des purgatifs, qui sont dangereux. »

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit :

1° Un rapport *sur l'huile de foie de morue blanche fabriquée à l'établissement français de Saint-Pierre et Miquelon*, par M. *Riche*, armateur à Saint-Malo. — Cette huile est d'une blancheur qui peut soutenir la comparaison avec celle des plus beaux produits du commerce ; sa saveur est très douce, et elle est sans action sur le papier bleu de tournesol.

« La commission, considérant les résultats satisfaisants des expériences auxquelles elle a soumis les produits présentés par M. Riche, et ses efforts pour doter notre colonie de Saint-Pierre d'une industrie nouvelle, en affranchissant notre commerce du tribut onéreux qu'il a payé jusqu'ici à l'étranger, propose à l'Académie de répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et à M. le ministre de la marine, que les huiles de foie de morue provenant de l'usine de M. Riche sont pures et bien préparées, et que leur excellente qualité et leur origine française les recommandent à la bienveillante protection du gouvernement et à la confiance des médecins. » (*Adopté.*)

2° Un certain nombre de rapports, dont les conclusions négatives sont successivement adoptées.

*Discussion sur la morve.*

M. *Bouley* proteste de ses sentiments d'estime et d'amitié envers M. Guérin, et s'inscrit en faux contre les interprétations malveillantes qui pourraient ou qui ont pu être données aux paroles qu'il a prononcées dans la dernière séance. Quand il a parlé des essais qui étaient faits en ce moment, à Turin, avec l'arsénite de strychnine (un singulier sel, qui certainement ne sera pas du goût de MM. les chimistes), il n'a aucunement attribué ces tentatives à des charlatans, comme on le lui a fait dire à tort dans un journal de médecine. Les expériences en question sont dirigées par des vétérinaires très honorables et par de savants professeurs.

Maintenant, poursuit M. Bouley, j'ai une revendication à faire. M. Guérin s'est trompé quand il s'est imaginé qu'il avait le premier groupé toutes les expressions phénoménales de la morve autour d'un principe morbide unique. C'est là une opinion qui a cours depuis longtemps dans la science : elle n'appartient pas à M. Guérin.

J'aborde le fond même de la question. (Ici l'orateur cherche à traduire la doctrine de M. Guérin relativement à la morve.)

M. *Guérin* déclare qu'il n'a pas été compris.

M. *Bouley* cite textuellement les paroles prononcées par M. Guérin dans la dernière séance, et d'après lesquelles les sym-

ptômes de la morve seraient l'expression des différents degrés de cette maladie. Non, dit l'orateur, il est impossible de juger du degré de la morve par ses signes extérieurs. Depuis la dernière séance, j'ai voulu donner des preuves à M. Guérin. On m'a demandé une statistique ; cette statistique est dans ma tête : il ne se passe pas de jour où je n'aie à traiter des chevaux morveux dans ma clinique. Ce matin encore on m'a amené un cheval qui n'avait à l'extérieur aucune lésion spécifique de la morve ; il ne présentait qu'un simple petit engorgement ganglionnaire J'ai soupçonné qu'il avait la morve en dedans. Je l'ai fait abattre ; ses poumons étaient farcis de tubercules et d'abcès métastatiques ! Un cheval qui n'a qu'une imperceptible ulcération sous l'aile du nez peut être abattu sûrement et sans merci On trouvera presque toujours dans les sinus et les cornets nasaux des chancres morveux et des abcès, toutes les lésions d'une morve parfaitement confirmée. Ces faits ne sont pas exceptionnels ; ils se présentent journellement. Il n'y a pas d'erreur possible à cet égard.

Comment voulez-vous, quand la morve se présente ainsi, qu'on puisse établir des degrés dans la maladie d'après les manifestations extérieures ? Je soutiens donc que, dans la morve, il n'existe pas, comme dans le choléra, un état prémonitoire, une période d'invasion, pendant laquelle il soit plus facile de triompher de l'affection

J'ai dit et je répète que, dans l'immense majorité des cas, en même temps qu'on trouve les lésions de la morve chronique, on rencontre aussi les lésions de la morve aiguë, tant il est rare que la morve reste chronique chez le cheval ! La morve, en effet, est une affection avec laquelle le cheval peut vivre, et vivre pendant plusieurs années, sans qu'il y paraisse pour des yeux peu exercés ; l'animal malade vit dans des conditions merveilleuses de santé apparente. Il y a des chevaux morveux qui ont vécu ainsi pendant douze ou quinze ans ! Il se fait des périodes stationnaires, des périodes de recul ; mais la maladie marche toujours, et marche insidieusement vers une terminaison fatale, en dépit de ces longues et trompeuses rémissions.

Il est une condition dans laquelle le cheval contracte la morve, et que je veux signaler ici : c'est le travail excessif, avec une alimentation mauvaise ou insuffisante. Aussi peut-on faire des morveux à volonté. Jamais Alfort ne reçut plus de chevaux morveux qu'à l'époque où l'on élevait les fortifications de Paris. Avant que le service des dépêches fût confié aux chemins de fer, l'administration des postes fournissait une prodigieuse quantité de chevaux morveux. Cette année, il y a des proportions relativement considérables de chevaux morveux, parce que, la somme de travail restant la même, les chevaux sont alimentés avec de mauvais fourrages provenant d'une récolte avariée.

On a dit que la morve était une altération du sang. C'est vrai ; mais on n'a pas expliqué jusqu'ici la nature de cette altération. Or, il résulte d'expériences physiologiques récentes que la contraction musculaire entraîne l'oxydation du sang. Ne pourrait on pas tirer de ces faits une interprétation rationnelle pour la pathogénie de la morve ? La morve ne pourrait-elle pas être considérée comme une suroxydation du sang produite par l'exercice excessif du système musculaire ?

Quant à la prophylaxie de la morve, le précepte qui doit dominer l'hygiène sur ce point le voici :

Il faut se défier des morves larvées, des morves insidieuses, de ces morves latentes qui se développent sourdement chez des chevaux gras, beaux, luisants, bien portants en apparence. Il faut, quand un cheval présente à un degré quelconque la manifestation morveuse, le faire abattre impitoyablement et sans retard. C'est là ma conclusion.

M. *Moreau* demande s'il y a possibilité de distinguer le cheval catarrhal du cheval morveux.

M. *Bouley*. Quand je vous l'aurai dit, vous ne le saurez pas davantage. Cependant on peut soupçonner la morve à un état hypertrophique et œdémateux d'une ou des deux ailes du nez, aux caractères particuliers du jetage, à l'existence d'un ou de plusieurs engorgements ganglionnaires, quelque petits qu'ils soient, à l'aspect sombre, terne du poil, et à un ensemble de signes qui échappent à la description, mais auxquels un œil exercé ne se trompe jamais.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCES DES 18 JANVIER ET 1er FÉVRIER 1861.

NOUVEAU CAS DE PARALYSIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. — SECTION DU FILET LINGUAL. EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER ; MORT. — EMPLOI TOPIQUE DU PERCHLORURE DE FER. — CONSTITUTION MÉDICALE. PÉRIODISME. — ÉPILEPSIE. NÉVRALGIE DE LA TEMPE ET PERTE DE L'ŒIL DROIT.

M. *Duchenne* (de Boulogne) donne les détails suivants sur un nouveau cas de paralysie progressive localisée aux muscles du palais, de la langue et de l'orbiculaire des lèvres.

Une femme était malade depuis deux ans de cette affection à marche lente ; entrée à l'hôpital dans le service de M. Trousseau, cette malheureuse qui présentait, en outre, un affaiblissement hémiplégique du côté droit, éprouva à plusieurs reprises, des syncopes dont l'une dura près dix minutes ; elle présenta aussi plusieurs accès de suffocation à la suite d'ingestion d'aliments, qu'on fut obligé de lui retirer du pharynx ; cette malade mourut sans fièvre, d'une asphyxie lente qui mit douze heures avant d'amener cette terminaison fatale. A l'*autopsie* qui fut faite devant MM. Trousseau, Labric, Dumont, Pallier, on ne trouva pas la pie-mère hypérémiée, on ne découvrit rien d'anormal dans les centres nerveux, ni dans les nerfs se distribuant aux muscles paralysés ; le grand hypoglosse lui-même ne présentait aucune altération appréciable à l'œil nu (car le microscope ne fut pas mis en usage), ni dans son trajet, ni à son origine.

On sait que, dans un cas analogue, M. Dumesnil (de Rouen) trouva un ramollissement de ce nerf à son origine. Chez le malade qui fait le sujet de la présente observation, les muscles eux-mêmes n'étaient nullement altérés. Peut-on supposer une altération du grand sympathique, auquel on fait jouer un si grand rôle actuellement ?

M. *Delasiauve* a également observé dernièrement, l'intégrité des centres nerveux chez un individu depuis très longtemps épileptique, mort asphyxié, probablement par suite du décubitus abdominal lors d'une attaque, ainsi que cela a lieu fréquemment chez ces malades, dont la face se trouve alors enfoncée dans des oreillers qui s'opposent à la respiration. L'examen des hémisphères cérébraux montra leur parfaite égalité et leur symétrie, contrairement à ce que M. Follet (de Quimper) a cru remarquer chez les épileptiques en général : y avait-il chez ce malade quelque lésion appréciable au microscope ? On n'a pas eu recours à ce moyen d'investigation.

— M. *Géry* signale le fait suivant à l'attention de la Société :

Un enfant ayant subi la section du filet lingual (opération souvent pratiquée sans nécessité), fut pris d'une hémorrhagie grave, la cautérisation au nitrate d'argent étant restée insuffisante, le médecin de la famille appliqua un plumasseau de charpie imprégné d'une solution de perchlorure de fer à 30 degrés qui détermina une brûlure de la plus grande partie de la muqueuse buccale et pharyngienne : l'enfant ne tarda pas à mourir asphyxié.

M. Géry attribue la mort de l'enfant à l'extension jusqu'à l'orifice glottique de l'inflammation résultant de cette vaste brûlure.

M. *Boinet*, à propos des hémorrhagies de la région sublinguale, dit que, chez un jeune malade sur lequel on avait cru devoir pratiquer la section de certains muscles de la langue pour remédier au bégayement, et sur lequel, sans toucher aux muscles, on avait intéressé les artères ranines, on ne parvint à arrêter l'hémorrhagie qu'en comprimant la partie incisée entre un doigt placé sur la plaie et l'autre sous le menton, et serrant fortement ainsi pendant une demi-heure le plancher inférieur de la cavité buccale.

M. *Leroy* (d'Étiolles) a eu l'occasion d'observer combien parfois peuvent être graves les effets du perchlorure de fer.

Chez une femme affectée de vaginite chronique, il introduisit dans le vagin une série de bourdonnets de charpie, préalablement plongée dans la solution normale de perchlorure de fer. A la suite de cette introduction la malade éprouva de vives douleurs et des symptômes de péritonite. M Leroy avec le concours de M. le docteur Pupier, fit, non sans difficulté l'extraction de ces bourdonnets; des bains calmèrent les accidents ; quelques jours après, la malade rendit par la vulve un cylindre membraneux incomplet formé par la muqueuse vaginale. Depuis lors la vaginite est restée guérie quelque temps, mais est revenue sous l'influence de la persistance d'un catarrhe utérin.

M. *A. Richard*, tout en reconnaissant au perchlorure de fer quelques avantages dans certains cas, est loin de pouvoir lui reconnaître tous ceux que certains confrères, entre autres M. Giraldès, lui attribuent. Les accidents que l'on a signalés par le fait de l'usage de ce médicament paraissent tenir à la grande variété de ses préparations, le titrage de la solution au moyen de l'aréomètre n'étant pas suffisamment exact. Dans les hôpitaux, on a nécessairement désigné comme solution normale celle marquant 36 degrés à l'aréomètre, puis celle marquant 25 et 30 degrés : une dame ayant eu une métrorrhagie utérine très grave, on eut recours au tamponnement vaginal avec des bourdonnets de charpie imprégnés de la solution pure de perchlorure de fer; il n'y eut ni douleurs, ni symptômes de péritonite, mais après avoir laissé séjourner le tampon pendant huit jours on en pratiqua l'extraction, qui fut très difficile, vu le rétrécissement de l'anneau vulvaire.

Quelques mois plus tard, un confrère qui soignait habituellement cette dame, appela M. Richard. Elle éprouvait alors des accidents divers, des vomissements, etc., par suite d'une rétention du flux menstruel déterminée par une atrésie du vagin. Cette atrésie, consécutive à l'application du perchlorure de fer, exigea une opération que M. Richard pratiqua en se servant du doigt et du bistouri, après avoir préalablement introduit une sonde dans la vessie, etc. Notre confrère ajoute que le perchlorure de fer détermine parfois des phlegmons diffus quand on introduit dans une plaie excavée, dans une cavité ulcérée, des bourdonnets imprégnés de la solution pure.

M. *G. Lagneau* pense, avec M. Richard, que la différence des effets observés dans l'emploi topique de la solution de perchlorure de fer tient à la diversité de cette solution, qui, quoique prescrite à 30 degrés aréométriques, lui a paru avoir une activité très variable suivant qu'elle était prise dans telle ou telle pharmacie.

Cette solution pure, avantageuse contre les fongosités saignantes du col utérin, fut utilement mise en usage chez une jeune femme affectée d'un abondant écoulement utérin avec exhalation sanguine à la surface interne du col. Quoique fréquemment portée sur la région malade au moyen d'un pinceau, cette solution ne parut avoir qu'une action peu irritante. Pour les plaques muqueuses labiales, linguales, etc., cette solution, loin d'avoir une action trop constipée, au contraire, lui a paru insuffisante.

Dans certaines blennorrhagies chroniques, les injections de 1 à 3 grammes de cette solution pour 100 d'eau distillée lui ont paru parfois avoir une assez prompte efficacité, mais ordinairement elles ont déterminé de la douleur, des cuissons assez vives. Il faut enfin ne pas oublier que le perchlorure de fer a le grand inconvénient de tacher le linge, condition fâcheuse surtout pour le traitement des maladies vénériennes.

M. *Géry* admet que la solution pure appliquée momentanément n'ait pas d'action caustique; mais il n'en est plus ainsi quand la solution reste longtemps en contact des tissus organiques.

A la suite du rapport de M. Worms, la Société a nommé M. le docteur Blachez membre résident.

— M. *Guibout* rapporte l'observation suivante, récemment recueillie par lui :

Une dame se réveillait toujours à minuit et ne pouvait plus s'endormir que vers le lever du jour. Différentes préparations somnifères, opiacées et autres étaient restées sans résultats. Deux ou trois doses de sulfate de quinine, en quelques jours, firent disparaître cette insomnie.

— Une autre dame atteinte d'un *clavus hystericus* fut également guérie par le sulfate de quinine. — Ce même médicament calma aussi une névralgie acromiale intermittente. — Une personne présentant une douleur hypogastrique fut de même soulagée par cette substance.

De ces faits notre collègue croit pouvoir déduire que, dans ce moment, il règne une épidémie d'affections périodiques intermittentes facilement curables par le sulfate de quinine.

M. *Duparcque* dit que depuis longtemps on a signalé le caractère intermittent présenté par les affections qui se manifestent à cette époque de l'année.

M. *Bergeron* demande à M. Duparcque si les affections intermittentes lui semblent plus fréquentes actuellement qu'à l'époque où il a commencé à exercer la médecine à Paris, et notamment avant 1830; Chomel considérait le fait comme incontestable, et l'attribuait aux énormes travaux de terrassement qu'avait nécessité la construction des égouts. Il ne paraît pas douteux, en effet, que les remuements de terre, quand ils ont lieu sur une grande surface et à une certaine profondeur, laissent dégager des émanations qui, abstraction faite de la nature du sol remué, peuvent exercer une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers terrassiers ou même de la population voisine; on sait, par exemple, que les travaux de terrassement opérés lors du creusement du canal du Languedoc, du canal de Maintenon, et au commencement de ce siècle du canal Saint-Denis, donnèrent lieu à des épidémies de fièvres intermittentes graves; M. Caillard, médecin de l'Hôtel-Dieu, rappelait qu'en 1811, 500 prisonniers prussiens employés à creuser le canal de Potempré furent décimés par la fièvre pernicieuse. On sait encore qu'à l'époque où furent construites les fortifications de Paris, et où, par conséquent, d'énormes masses de terre furent déplacées, les fièvres intermittentes devinrent très fréquentes. Or, ce qui s'est produit accidentellement dans plusieurs contrées semble se produire d'une manière permanente à Paris; en d'autres termes, il semble que la continuité des travaux ait déterminé l'endémicité des fièvres intermittentes, qui, du reste, se présentent très rarement avec le caractère pernicieux. On a aussi attribué l'endémicité des maladies intermittentes, dans Paris, à l'établissement des bornes-fontaines; mais il est peu probable que l'eau courante de ces fontaines puisse avoir une pareille influence.

M. *Duparcque* n'a rien remarqué relativement à la fréquence des affections intermittentes actuellement et avant 1830; il a seulement observé qu'elles sont plus nombreuses au printemps et à l'automne qu'aux deux autres époques de l'année. Il en voit cependant plus maintenant, mais il pense devoir l'attribuer à l'extension plus considérable de sa clientèle. En 1855, lors des travaux de la rue de Rivoli, on vit de nombreuses fièvres typhoïdes; cette épidémie fut attribuée à tort à ces travaux, car elle existait également à Saint-Mandé, à Versailles, etc. Durant cette épidémie, il n'y eut que quelques cas de fièvre pernicieuse.

M. *Géry*, comme médecin du bureau de bienfaisance, voit beaucoup de malades pauvres, privés, conséquemment, de la plupart des conditions d'une bonne hygiène, il n'a toujours vu que très peu de fièvres intermittentes à Paris. Lors de cette épidémie de 1855, il vit de nombreux cas de fièvre typhoïde, mais pas un de fièvre intermittente. Cette épidémie typhoïde frappait, en grande partie, des ouvriers Alsaciens récemment arrivés à Paris : aussi la ville chercha-t-elle alors à les renvoyer gratuitement dans leurs départements.

M. *Blachez* remarque que, dans la garnison de Paris, depuis trois ans, la caserne du Prince-Eugène, voisine du canal, fournit à elle seule plus de malades que toutes les autres ensemble. Les malades qui proviennent de cette caserne présentent des accidents pernicieux souvent mortels. Chez ces malheureux les pneumonies passent à la période d'hépatisation en deux jours; les érysipèles deviennent gangréneux, et les fièvres typhoïdes sont fort graves. Il n'y a pas intermittence dans les symptômes; néanmoins, dans

le service de M. Worms, on fait usage du sulfate de quinine. Le conseil de santé des armées s'occupe actuellement de rendre cette caserne plus salubre.

M. *Bergeron*. Les faits signalés par M. Blachez sont extrêmement intéressants. Lorsqu'en 1855 et 1856 il était attaché aux hôpitaux militaires, M. Bergeron avait été frappé de la rapidité avec laquelle les hommes atteints des maladies les plus bénignes ou très franchement inflammatoires tombaient dans l'adynamie; jamais, par exemple, il n'avait vu en un aussi court laps de temps un nombre aussi grand de pneumonies à forme typhoïde, et il avait pensé, comme il le pense encore aujourd'hui, que ce fait était dû à l'hygiène défectueuse du soldat. Mais dans le fait signalé par M. Blachez, il y a quelque chose de spécial, et s'il était démontré que les remuements de terre opérés derrière la caserne du Prince-Eugène fussent la seule cause des complications graves qui atteignent les malades de cette caserne, il faudrait établir une analogie entre l'influence de ces derniers travaux et celle des travaux de Maintenon et de Potempré, qui fut, en effet, assez meurtrière. En 1849, 1850 et 1851, M. Bergeron, attaché au bureau de bienfaisance, avait remarqué chaque année, dans sa division, l'apparition d'une petite épidémie de fièvre intermittente à l'époque du curage du canal; mais jamais il n'a vu, dans ce cas, d'accidents pernicieux, et, il faut le dire, l'endémie actuelle ne donne que très rarement naissance à des fièvres intermittentes graves. A l'opinion qui consiste à regarder l'endémie de la fièvre intermittente, à Paris, comme un fait de date récente, M. Duparcque objecte que peut-être les fièvres intermittentes ne sont plus souvent constatées aujourd'hui que parce qu'elles sont mieux connues qu'autrefois; mais cette objection n'est guère acceptable, la fièvre intermittente étant une maladie d'un diagnostic facile, et en tous cas au moins aussi bien connue des médecins du commencement de ce siècle que de nos contemporains. M. Bergeron n'a parlé que de la fièvre intermittente et non point de la fièvre typhoïde, dont l'étiologie est tout autre.

M. *Delasiauve*. On ne saurait avoir trop d'égards aux constitutions médicales. Je puis appuyer par plusieurs faits les remarques que vient de présenter M. Guibout, sur le génie rémittent de la période actuelle.

Obs. I. — Il y a quinze jours que je traite une enfant d'une douzaine d'années. Une pièce étroite et humide est le seul espace où s'agite la famille. La malade est affaissée, pâle; la peau est chaude, le pouls petit et fréquent. Le ventre, un peu tendu, est le siége de douleurs; céphalalgie, constipation, vomissements. Dans le jour, les accidents sont moindres; la nuit, il y a de l'agitation et un peu de délire. Quelques sangsues à l'anus, des boissons douces, des lavements laxatifs et des cataplames sinapisés apportent une amélioration notable; néanmoins les exacerbations nocturnes et la fièvre ne cessent pas entièrement. Au bout de quatre ou cinq jours, survient une douleur diffuse au côté droit; elle est le point de départ de fréquentes lypothymies. La respiration éprouve une certaine gêne; il y a de la toux, un peu d'expectoration claire et visqueuse. Deux nouvelles applications de sangsues ont lieu sur le point affecté; la douleur s'efface, mais la crépitation persiste dans une grande étendue; il en est de même du délire et de l'impatience, cet état devient inquiétant, surtout en raison des conditions locales. Je me décide à prescrire des lavements de sulfate de quinine; en quelques jours, l'appareil symptomatique cède, et la jeune fille est promptement rétablie.

Obs. II. — Un second cas n'est pas moins curieux: le matin on m'appelle pour une jeune femme récemment accouchée à sept mois, et qui était en proie, depuis cinq heures, à de violentes convulsions éclamptiques.

Déjà cette jeune femme avait eu une première grossesse dont l'issue avait été heureuse; mais elle paraît avoir été sujette à des crises nerveuses de nature équivoque, et elle aurait été prédisposée encore par des contrariétés très vives. Quelques jours avant cette délivrance prématurée, un épileptique était tombé tout près d'elle, et l'aurait bousculée. L'accident provient sans doute de l'émotion qu'elle ressentit.

Quoi qu'il en soit, je prescrivis des ventouses scarifiées, des cataplasmes sinapisés, de la glace sur la tête et des lavements de sulfate de quinine. Ceux-ci ne purent être administrés; on ne mit que deux ventouses qui saignèrent peu; on les remplaça le lendemain par des sangsues, dont l'application ne fut également qu'incomplète. Les convulsions continuèrent plusieurs jours, à des intervalles moins rapprochés; puis elles cessèrent, le pouls se ralentit, la connaissance revint; on espérait; mais, après vingt-quatre heures de cette rémission, éclata une manie furieuse pour laquelle on eut grand peine à replacer les ventouses et à administrer des bains. Le pouls était petit, fréquent; il y avait des sueurs froides, des vomissements d'un liquide bleuâtre. Les choses persistèrent quatre ou cinq jours sans changement. On finit toutefois par faire prendre des potions de Rivière et des lavements de sulfate de quinine camphrés que la malade garda; dès lors la modification devint promptement sensible, et, sauf une céphalalgie intense dont il reste des traces, la guérison est à peu près obtenue.

Doit-on voir dans ces faits l'action d'un agent antipériodique? Le sulfate de quinine, modificateur du système nerveux, ne peut-il pas convenir en dehors des intermittences? C'est une question qui, assurément, mérite d'être envisagée. Selon nous, son influence sédative n'est pas moins vraisemblable que son pouvoir fébrifuge.

M. *Delasiauve* communique le cas intéressant d'un épileptique en proie à des hallucinations visuelles, chez lequel survinrent d'abord une névralgie de la tempe droite, puis la perte de la vision de ce côté. En même temps, l'œil droit rougit, parut faire une légère saillie; les milieux devinrent opaques et ardoisés. L'injection parut passive, et il y a lieu de présumer l'existence d'une tumeur intra-orbitaire qui comprimait les vaisseaux biliaires.

---

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 5 JUILLET 1861.

1° Discussion sur l'oblitération du col de l'utérus.

2° Rapport de M. *Fauconneau-Dufresne* sur l'ouvrage du docteur Lambron: les Pyrénées et les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

SUR LA STRUCTURE DU SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-RACHIDIEN, COMPRENANT L'ÉTUDE DU CERVEAU (ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE). — Communiqué à l'Académie des sciences, le 1er avril 1861, par M. Luys.

I. Les cellules nerveuses de la substance grise des circonvolutions cérébrales d'un hémisphère sont reliées aux cellules homologues des circonvolutions de l'hémisphère opposé par un système de fibres anastomotiques dont le corps calleux et la commissure antérieure, etc., ne sont que des fragments (système des fibres anastomotiques).

II. La substance grise des circonvolutions cérébrales est reliée à la couche optique par une série de fibres rayonnées convergentes, comme la circonférence d'une roue est reliée au moyeu par une série de rayons (système des fibres convergentes).

III. Les fibres nerveuses venues de toutes les circonvolutions de la périphérie cérébrale arrivent toutes à la limite externe de la couche optique comme à un rendez-vous général; là elles s'anastomosent toutes entre elles pour former un vaste plexus, une espèce de coque réticulée à la surface externe de la couche optique.

IV. La majeure partie des fibres qui naissent de la face concave de ce plexus (les deux tiers environ de la masse totale) plongent dans l'intérieur de la couche optique et s'y perdent de différentes manières; une autre portion de ces mêmes fibres venues du plexus cortical gagne la substance grise du corps strié et s'y perd.

V. Parmi les fibres qui plongent dans l'intérieur de la couche optique, les unes vont se perdre dans des amas de substance grise spéciaux (au nombre de quatre ostensiblement), disposées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, et qui jouent vis-à-vis d'elles le rôle d'appareil de réception de *centres de convergence*. Parmi ces centres, l'un est antérieur, l'autre est moyen par le volume, un troisième occupe la région médiane de la couche

optique (centre médian); l'autre (centre postérieur) est situé à la partie correspondante de la couche optique.

Ces amas de substance grise reçoivent d'une part, dans une direction horizontale, les fibres venues des circonvolutions; ils reçoivent d'une autre part, dans une direction sensiblement rapprochée de la verticale, les fibres ascendantes venues des faisceaux postérieurs de la moelle.

VI. C'est dans la masse même des centres de la couche optique que se confondent et s'anastomosent réciproquement les fibres convergentes supérieures venues de la périphérie cérébrale, et les fibres convergentes inférieures venues de la périphérie générale.

VII. Chacun de ces centres représente un petit sensorium affecté à la réception de telle ou telle impression sensorielle. Le centre antérieur paraît manifestement en rapport avec les impressions olfactives. Son volume est proportionnel chez les animaux avec le développement de l'appareil olfactif; le centre moyen est vraisemblablement destiné à élaborer les impressions visuelles; la signification des deux autres centres est encore à déterminer.

VIII. Les autres fibres convergentes nées du plexus cortical, qui ne vont pas s'atténuer dans les *centres* de la couche optique, continuent leur direction convergente et vont se perdre dans un amas de substance grise spéciale, disposée sous forme de deux bandes antéro-postérieures et tapissant les parois du troisième ventricule. Cette substance grise centrale est la prolongation dans le cerveau de la substance grise analogue, qui occupe dans la moelle épinière les régions avoisinantes du canal central; elle tapisse la paroi antérieure du troisième ventricule; l'aqueduc de Sylvius augmente de masse, en formant des intumescences successives dans le troisième ventricule (tubercules maxillaires, *tuber cinereum*, substance grise de la cloison), et s'allonge sous forme de taches grisâtres le long des parois du cinquième ventricule pour s'anastomoser en formant des fibrilles arciformes au niveau de la région antérieure du cerveau.

A ce point de vue, elle pourrait être dénommée *région centrale grise*, satellite des cavités spino-cérébrales.

IX. Elle représente un appareil centralisateur, un axe commun sur lequel tous les nerfs spinaux et cérébraux viennent successivement apporter leur contingent de fibrilles (racines grises des nerfs spinaux, racines grises de l'olfactif et du nerf optique).

X. Cette région centrale grise représente dans le cerveau ce qu'elle représente dans la moelle épinière : un appareil de réception pour les impressions venues de la périphérie viscérale; c'est par son intermédiaire que les impressions de la vie végétative sont transmises jusque dans les portions centrales du cerveau, pour de là rayonner vers les circonvolutions. C'est aussi par son intermédiaire que les impressions venues de la périphérie cérébrale se font jour jusqu'à la région centrale grise et retentissent ainsi par un trajet inverse jusque dans la profondeur des viscères.

XI. Le conarium, bilobé à une certaine époque de la vie embryonnaire, bilobé pareillement dans l'encéphale de certains animaux à l'état adulte, représente chez l'homme deux amas de substance grise devenus coalescents sur la ligne médiane. Le conarium est une intumescence *hors rang* de la région centrale grise, destiné à recevoir la portion des fibres les plus postérieures des piliers, au même titre que la substance grise des tubercules maxillaires reçoit les portions moyennes des fibres de ces mêmes piliers. La structure histologique du conarium confirme cette manière de voir.

XII. La couche optique représente donc avec ses centres et sa région centrale grise un récepteur général des impressions venues de la périphérie sensitive de la vie organique et de la périphérie sensitive de la vie animale. Elle peut donc être considérée comme un *sensorium commun*.

XIII. La troisième portion des fibres nerveuses du plexus cortical, qui ne pénètre pas dans l'intérieur de la couche optique, se dirige en avant, en s'infléchissant deux fois sur elle-même en forme d'S, et pénètre ainsi dans la substance grise du corps strié. Ces fibres forment trois fascicules qui, horizontaux d'abord, se courbent bientôt en formant trois crochets successifs; chacun de ces trois crochets se distribue et se perd en s'anastomosant avec les fibres venues de la moelle et du cervelet, lesquelles forment trois arcades concentriques dans leur distribution terminale.

XIV. C'est dans la substance grise du corps strié que viennent se perdre et s'anastomoser entre elles, au milieu des cellules nerveuses de cette région, les fibrilles terminales des circonvolutions (fibres cortico-striées); d'autre part, les fibrilles terminales associées et confondues ensemble, venues de la moelle (faisceaux antérieurs) et du cervelet (pédoncules supérieurs).

XV. Les fibres cortico-striées viennent des circonvolutions où s'élaborent les phénomènes volontaires; elles se perdent, d'une autre part, dans les corps striés où se distribuent exclusivement les faisceaux antérieurs de la moelle affectés au mouvement; elles paraissent donc jouer le rôle de fibres conductrices du principe incitateur du mouvement volontaire.

XVI. Toutes ces déductions sont en accord avec les données de la physiologie et de l'anatomie comparée. Elles sont de plus confirmées par le témoignage de l'anatomie pathologique.

**De l'innocuité de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines après la saignée**, par M. A. Rey, professeur de clinique à l'École vétérinaire de Lyon.

Tout le monde connaît les travaux de Magendie, d'Amussat, de MM. Bouillaud, Renault, Bouley, sur l'introduction de l'air dans les veines, et cet accident est toujours l'un des plus redoutés des chirurgiens. M. Rey a été amené, par des expériences faites sur des chevaux, à penser que ces craintes sont peut-être exagérées, au moins pour ce qui est des animaux. Voici quels ont été, en résumé, les résultats de ces expériences que M. Rey a variées d'un grand nombre de façons :

Lorsqu'on fait une saignée à la jugulaire sans placer d'épingles pour arrêter l'écoulement du sang, on entend quelquefois, pendant les quelques heures qui suivent l'opération, le bruit du glouglou qui indique l'entrée de l'air dans les veines, mais sans trouble général des fonctions.

Lorsque, après la saignée, on insuffle de l'air dans la jugulaire à l'aide d'un tube, et qu'on ferme ensuite la plaie, quelques expérimentateurs affirment que la mort s'ensuit inévitablement. M. Rey a constaté très souvent le contraire. Si l'air n'a pas été en trop grande quantité, la fermeture de la plaie n'amène aucune perturbation notable dans les fonctions respiratoire et circulatoire. Pour que l'animal succombe, il faut insuffler l'air en deux expirations au moins, et encore arrive-t-il que le sujet résiste pour peu que son organisation ait quelque énergie.

M. Rey place encore un tube ouvert dans la jugulaire et le laisse en place pendant plusieurs heures. Les animaux soumis à cette expérience ne lui ont jamais paru éprouver le moindre malaise. On entend cependant le bruit causé par l'entrée de l'air de temps en temps, et principalement pendant l'inspiration.

En sacrifiant un grand nombre de chevaux morveux par insufflation de l'air dans la jugulaire, M. Rey a encore obtenu des résultats analogues. Soit que l'on injecte de l'air avec des instruments particuliers, soit que l'on insuffle avec un tube l'air expiré des poumons, il faut une assez grande quantité de fluide pour tuer l'animal. Quelques bulles d'air ne suffisent pas, et souvent l'introduction, répétée plusieurs fois, d'une grande quantité de ce fluide, tout en amenant les symptômes les plus graves et une perturbation générale qui fait croire à une mort prochaine, ne causa que des effets passagers. C'est qu'il faut, en outre, empêcher la sortie de l'air insufflé et celle du sang par l'ouverture de la saignée, phénomène qui s'observe un grand nombre de fois. Lorsque, après la saignée, on lie la veine au-dessus et au-dessous de la plaie, la mort est certaine, et se produit plus ou moins vite, suivant la quantité d'air injecté et la force de résistance du sujet. (*Gazette médicale de Lyon*, n° 4, 1861.)

**Sur la paracentèse de l'estomac pratiquée avec succès pour des cas de tympanite aiguë**, par M. le docteur Olivieri.

La maladie pour laquelle M. Olivieri a employé la paracentèse stomacale est une forme spéciale de tympanite que l'auteur a ob-

servée avec une certaine fréquence en Bolivie, à Cochamba, où il a rempli pendant trois ans les fonctions de médecin en chef de l'hôpital de San-Juan-de-Dioz.

L'invasion de cette maladie, qui enlève constamment le sujet dans l'espace de vingt-quatre à trente heures lorsqu'on n'emploie pas à temps un traitement convenable, est toujours instantanée.

« Pour premier signe, dit l'auteur, le ventre est dur, tendu et élevé, d'abord inégal, puis uniforme; percuté, il donne le son d'un tambour; le malade sent un besoin continuel de rendre des vents; constipation persistante, pouls petit, abdominal; difficulté extrême de respirer, qui s'accroît de moment en moment; la face est pâle et hippocratique; le volume excessif du ventre augmente la dyspnée, et une anxiété suffocante précède de quelques heures la mort. »

Averti par deux cas mortels de l'insuffisance des moyens thérapeutiques ordinaires, M. Olivieri eut recours, chez son troisième malade, à la paracentèse faite, à l'aide d'un trocart ordinaire, sur le milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'appendice typhoïde. Ce malade mourut, et l'autopsie permit à M. Olivieri de s'assurer qu'aucun des contenus de l'estomac ne s'était échappé dans le péritoine. L'estomac était tellement distendu qu'il arrivait en contact avec la vessie (le météorisme s'était reproduit après l'opération); il contenait une grande quantité de gaz fétides et plus de deux litres d'une bouillie écumeuse dans un état avancé de fermentation. Tout le tube intestinal était également distendu par des gaz.

A partir de ce jour, M. Olivieri eut constamment recours, dès le début, à la paracentèse, suivie de l'administration de purgatifs énergiques. Sur vingt et quelques malades, huit guérirent parfaitement dans l'espace d'environ trois semaines, sans que, dans aucun cas, on ait observé des symptômes inflammatoires de quelque importance. « Si les autres ont succombé peu de temps après l'opération, ajoute l'auteur, on ne peut l'attribuer qu'à ce qu'ils avaient été apportés à l'hôpital dans un état voisin de l'agonie. »

L'étiologie de cette forme morbide est assez singulière. M. Olivieri ne l'a observée qu'en Bolivie et chez les indigènes, dont la nourriture est presque exclusivement végétale (maïs, patate, coco), et qui font un grand abus du *chicha*; c'est une liqueur obtenue par la fermentation du maïs dans l'eau. Or, il arrive assez souvent que cette fermentation n'est pas complète au moment où l'on commence le chicha; elle s'achève alors dans l'estomac, favorisée encore par la présence d'une grande quantité de matières végétales, et ce sont les gaz produits pendant cette fermentation en grande quantité qui distendent l'estomac et l'intestin. C'est par conséquent une forme de tympanite très analogue à celle qui est bien connue chez l'espèce bovine. (*Gazette médicale de Lyon*, n° 5, 1861.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**O'Taïti,** par M. CUZENT, pharmacien de la marine, pharmacien de 1re classe de l'École supérieure de Paris, membre de la Société d'émulation de Brest, de la Société académique de la même ville, etc.; Paris, chez Victor Masson, 1860.

L'ouvrage que nous analysons est ce qu'on appelle, en Angleterre, un *sketch book*, c'est-à-dire un livre dans lequel sont consignés, sans ordre apparent, des renseignements de nature très variée, recueillis pendant un voyage, et qui embrassent les points de vue divers sous lesquels une localité peut être envisagée. L'auteur aurait pu à bon droit intituler son livre *Miscellanées taïtiennes*, et ce titre eût eu l'avantage de préparer la curiosité à la diversité des détails qu'il renferme. Aperçus historiques, topographie, géologie, hydrologie, climat, productions végétales et animales considérées dans leurs rapports avec l'hygiène et avec le commerce, culture, botanique, mœurs, littérature et langue taïtiennes, etc., tous ces sujets se mêlent dans l'intéressant travail de M. Cuzent, sans que l'esprit, séduit par la diversion agréable qu'il rencontre en passant de l'un à l'autre, songe à se plaindre d'une absence de plan qui est, de la part de l'auteur, bien moins un oubli qu'une préméditation. Il n'affiche nullement en effet la prétention de faire une histoire complète de notre colonie océanienne, bien que ses connaissances, et un séjour de plus de trois années à Taïti, l'eussent certainement autorisé à essayer cette tâche; son seul but, comme il l'explique lui-même dans une courte préface, est de donner une forme plus durable à ses souvenirs de voyage, de redresser certaines erreurs nées d'une observation peu attentive, et d'arriver, par une étude consciencieuse des produits naturels de cette terre privilégiée, à ouvrir des débouchés utiles à l'industrie et au commerce, et peut-être aussi à préparer de précieuses acquisitions à la matière médicale. On ne saurait contester à M. Cuzent, quand on a lu son livre, le mérite d'avoir travaillé avec autant de zèle que d'intelligence à remplir ce programme.

Que n'a-t-on pas dit de Taïti, de cette gracieuse reine de l'océan Pacifique, de cette terre de promission qui, il y a moins d'un siècle, est apparue aux yeux enchantés des compagnons de Wallis, avec sa végétation luxuriante, son délicieux climat, sa salubrité exceptionnelle, sa population aussi remarquable par la beauté de son type physique que par la douceur et le caractère hospitalier de ses mœurs? Il y avait là certainement de quoi défrayer l'imagination, et, les poëtes aidant, Taïti devint pour les amants passionnés de l'état de nature une Bétique du XVIIIe siècle, qu'on alla malicieusement chercher par delà les mers pour opposer le tableau de sa société édénienne à celui de notre civilisation, et pour se donner le plaisir de médire du progrès, et de regretter une sauvagerie parée de couleurs si séduisantes. Si cette pastorale océanienne a eu, en notre siècle trop réaliste, le sort de toutes les autres, il n'en est pas moins vrai qu'elle a laissé autour de cette terre gracieuse une auréole de poésie qui agit fortement encore sur l'imagination de ses visiteurs. M. Cuzent a payé, comme tous les autres, son tribut aux enchantements de cette Circé, et il en parle avec un enthousiasme communicatif. Seulement, le point de vue pittoresque ne lui fait nullement oublier le point de vue scientifique auquel il est incessamment ramené dans ses descriptions par les tendances et les préoccupations habituelles de son esprit. C'est ainsi que, au lieu de décrire longuement l'aspect de Taïti, et d'en faire une peinture qui cadre avec les récits ordinaires, il aborde les considérations géologiques qui se rattachent à la formation de cette île, et l'envisage comme le produit d'un soulèvement volcanique, origine commune du reste à toutes les îles de l'Océanie qui paraissent en rapport direct avec les volcans du continent américain, ainsi que le prouve la simultanéité bien constatée entre les tremblements de terre du Chili ou du Pérou, et certains soulèvements ou affaissements produits dans quelques îles de l'Océanie. L'origine volcanique de Taïti ne saurait être mise en doute, quoiqu'il n'existe dans l'île aucun cratère récent; elle est prouvée autant par l'aspect basaltique du pic du Diamant qui se dresse à son centre, que par la nature des roches et des scories entremêlées de corail brisé que l'on rencontre en abondance dans certains points. Un assez grand nombre de montagnes dont l'élévation maximum est de 2104 mètres, et au sommet desquelles règne une température moyenne de 15 à 18 degrés centigrades, de rares plateaux, des vallées fertiles, des ruisseaux qui, pendant la saison des pluies, grossissent et se transforment en torrents, quelques sources froides d'eaux ferrugineuses, etc., tels sont les principaux détails de topographie au sujet desquels M. Cuzent entre dans des développements étendus, et que nous ne pouvons qu'indiquer. La température et les saisons ne sont pas étudiées avec moins de soin, et, entre les développements techniques qui s'y rapportent, l'auteur, comme compensation de l'aridité des chiffres, se laisse aller à la peinture suivante des nuits pendant la saison fraîche, celle où la chaleur et les pluies font trêve pendant quelques mois. « Rien, dit-il, ne peut rendre le charme et la beauté des nuits à cette époque de l'année. L'atmosphère est d'une pureté, d'une transparence sans égales; aussi les admirables constellations du sud apparaissent-elles dans toute leur magnificence sur le bleu

sombre du ciel où l'œil s'égare en des profondeurs inconnues. Ce sont des clairs de lune dont nous voudrions en vain donner une idée à ceux qui n'en ont pas été témoins... Dans les clairières, sur les sentiers, au bord de la plage, tombe à flots cette lumière douce et paisible qui repose si bien des ardeurs et de l'éclat éblouissant du soleil, tandis qu'au sein des bois l'ombre se projette en masses qui se détachent avec vigueur sur les points inondés de rayons. Pas un souffle d'air pour faire frémir les feuilles endormies ou pour briser la vague qui vient presque sans bruit expirer sur le sable. Tout est calme, silence, repos et sécurité dans cette nature splendide. » A merveille, voilà une preuve victorieuse qu'on peut conserver le sentiment esthétique de la nature, tout en la morcelant avec le marteau du minéralogiste, en la fixant sur le liége avec des épingles d'entomologie ou en la mettant en herbier.

M. Cuzent réservant toutes ses prédilections pour la flore de Taïti, ne fait qu'indiquer brièvement les espèces animales les plus remarquables que renferme l'île, entre autres le cent-pieds (*Scolopendra morsitans*); le scorpion, dont les mœurs semblent s'être singulièrement adoucies; le birgue-voleur (*Birgus latro*), crustacé de grande taille qui grimpe à la cime des cocotiers pour en détacher les fruits; la squille (ordre des Stomapodes), dont la chair savoureuse est très recherchée des indigènes; les guêpes et les moustiques, dont la pullulation prend les proportions d'un véritable fléau, etc. Ce sont là de simples aperçus de zoologie que M. Cuzent lui-même estime fort incomplets, et dont il abandonne la continuation aux spécialistes. La botanique est la partie véritablement importante et originale de son travail; il signale la physionomie pittoresque que donne à la végétation de Taïti le mélange gracieux des plantes intertropicales et des fleurs de nos climats, des roses, des jasmins, des chrysanthèmes, des amaryllis, des dahlias, des orangers et de certains végétaux d'Europe, du figuier, de la vigne, et range dans un conspectus contenant 532 espèces, dont 248 introduites et 284 indigènes, les plantes les plus remarquables de la flore taïtienne, distribuées dans un ordre taxonomique. Cela fait, l'auteur aborde l'histoire des produits végétaux particuliers à Taïti, et entre à ce sujet dans des développements qui offrent à l'hygiène, à la thérapeutique et au commerce un égal intérêt. Nous nous arrêterons un instant sur les plus importants de ces produits : le *kava* ou *ava* est sans contredit un de ceux qui offrent le plus d'intérêt.

Les Polynésiens manifestent, comme tous les peuples primitifs, un goût des plus accusés pour les drogues ou breuvages qui modifient la vie cérébrale, et, antérieurement à l'arrivée des Européens, ils recouraient au kava, soit comme pratique religieuse, soit pour se procurer les hallucinations de l'ivresse. La préparation de cette drogue n'a rien de très appétissant, comme on peut en juger par les détails que relate à ce sujet M. Cuzent, qui a été témoin oculaire de plusieurs cérémonies de ce genre. « Ce sont, dit-il, les jeunes filles ou, à leur défaut, des jeunes gens qui mâchent les racines de kava. On choisit pour cette opération délicate celles ou ceux qui ont les plus belles dents; ils se lavent préalablement la bouche et les mains, et disposent des vases spéciaux d'une propreté irréprochable. On n'emploie jamais que la racine fraîche. Cette mastication s'opère lentement; on n'abandonne chaque morceau de racine que lorsque le tissu fibreux est bien divisé, et que le tout forme un bol homogène. Quand la provision de kava est mâchée (et la quantité varie suivant le nombre des buveurs), on réunit les bols fibreux jaunes et tout gluants de salive dans un grand plat de bois porté sur trois pieds, et on les délaye dans une quantité d'eau déterminée, en les pressant doucement avec la main. Ce mélange achevé, les parties ligneuses qui flottent dans le liquide s'enlèvent au moyen d'une poignée de filaments ligneux. Le kava est alors préparé, et on l'utilise sans qu'il subisse jamais la moindre fermentation préalable. Ce liquide est aqueux, d'une couleur rappelant celle du café au lait, d'une saveur douce d'abord, puis piquante et âcre. La dose nécessaire pour produire l'ivresse varie suivant la quantité d'eau dans laquelle le kava a été étendu. Deux bouchées delayées dans un verre d'eau fraîche suffisent généralement. » L'ivresse du kava ressemble beaucoup à celle de l'opium, et les buveurs émérites arrivent à un état de décrépitude très analogue à celui des thériakis. Les sens s'émoussent; il survient des troubles musculaires, de l'inappétence et de l'amaigrissement se produisent, et la peau, devenue sèche et écailleuse, se recouvre d'une dermatose particulière désignée à Taïti sous le nom d'*arevareva*. Le kava est la racine de variétés nombreuses du *Piper methysticum*. M. Cuzent a constaté dans cette plante l'existence d'une huile essentielle et d'un principe particulier, la *kavahine* qu'il a isolée en 1857, et dont la découverte, malgré les prétentions antagonistes qui ont été élevées à ce sujet, lui appartient bien légitimement. Nous nous abstiendrons d'entrer dans ce débat qui, d'ailleurs, est aujourd'hui complétement jugé en faveur de M. Cuzent. Est-ce dans la kavahine ou dans l'huile essentielle qui lui est associée que résident les propriétés enivrantes du *Piper methysticum?* Si nous sommes bien informé, des essais faits avec cet alcaloïde par notre ami, M. Maisonneuve, professeur à l'École de médecine de Rochefort, confirmeraient, par leurs résultats négatifs, la seconde de ces opinions.

L'huile de bancoul ou d'aleurites (*Croton moluccanum* de Linné), assez abondante à Taïti pour être exploitée avantageusement, et qui, aux propriétés de l'huile de lin, joint l'avantage de coûter moins cher et d'avoir deux propriétés drastiques utilisables en médecine; l'huile de coco, celle de tamanu (*Calophyllum inophyllum*), celle de ricin, sont également étudiées sous le double point de vue physique et chimique, et l'auteur montre avec soin toute l'importance commerciale de ces produits. Parmi les sucs gommo-résineux, M. Cuzent mentionne celui du mapé (*Inocarpus edulis*), si remarquable par les modifications chromatiques stables que lui communiquent divers réactifs, et dont il pressent l'application utile dans l'art de la teinture; celui de l'*Agati grandiflora* qui pourrait, comme le précédent, être employé à titre d'astringent en médecine; les gommes du *Spondias dulcis*, de l'*Acacia* du Paraguay, du *Melia azedavach*, de l'*Aleurites triloba*, restées jusqu'ici sans usage, mais susceptibles, dans certaines applications industrielles, de suppléer les gommes ordinaires; le caoutchouc, qui prospère très bien à Taïti; le sorgho sucré; des matières colorantes diverses, parmi lesquelles l'indigo, le *Casuarina equisetifolia*, le *Morinda citrifolia*, sont les principales richesses naturelles que M. Cuzent étudie avec un soin minutieux, et en produisant, à propos de chacune d'elles, des analyses nombreuses qui montrent toute l'attention et la persistance avec lesquelles il a conduit cette étude. Nous voudrions surtout pouvoir le suivre dans les détails compendieux que lui suggère l'examen des fécules de Taïti, notamment du taro (*Arum esculentum*) base de la nourriture des indigènes, du *Rima* ou arbre à pain, de l'igname, etc., mais nous ne pouvons que nous borner à des indications rapides. L'auteur a une foi ardente dans la fécondité des richesses commerciales de Taïti, et il est difficile de ne pas la partager quand on voit tant de produits précieux qui n'attendent que du travail, et qui sont accumulés sous un ciel d'une beauté remarquable et dans des conditions exceptionnelles de salubrité. L'avenir dira jusqu'à quel point les espérances qu'il formule sont réalisables.

Comme nous le disions en commençant, l'hygiène, l'état moral et les mœurs des Taïtiens ont fourni à M. Cuzent le sujet de développements pleins d'intérêt, et bien exigeant serait le critique qui leur refuserait le droit de se montrer dans un ouvrage de cette nature. Les pages qui leur sont consacrées abondent en détails qui captivent l'attention par leur étrangeté, et aussi par le cachet de véracité dont ils portent l'empreinte. Il a vu par lui-même et jugé par lui-même, à l'inverse de bon nombre de collecteurs d'impressions de voyage, qui ne se font pas scrupule de mélanger leurs observations propres de renseignements puisés à des sources souvent suspectes. Ce sont de simples notes réunies sans ordre, mais qui peuvent être consultées avec fruit par les esprits avides de tout ce qui se rapporte à cette civilisation à peine ébauchée. Les fêtes de famille, les cérémonies publiques, la théologie et l'astronomie taïtiennes, inspirent à l'auteur des tableaux et des réflexions qui ne sauraient manquer d'exciter vivement la curiosité. Quant à ce portrait de la Taïtienne, portrait peut-être un peu entaché d'enthousiasme, qui intervient au milieu de l'ouvrage de M. Cuzent, on peut ne pas accepter les doléances poétiques de l'auteur à propos du

contraste qui existe entre la Taïtienne, telle que l'a trouvée Willis, et la Taïtienne, telle que l'a faite notre civilisation, on ne saurait au moins contester que cette peinture est très fraîche et très gracieuse, encadrée surtout comme elle l'est dans des détails purement techniques qui n'offrent guère d'aliment à l'imagination. De la femme à la poésie, il n'y a que la distance de la tige à la fleur, et l'auteur passe si naturellement de la Taïtienne à la littérature, que nous pouvons faire comme lui, en lui laissant, bien entendu, toute la responsabilité de cette infraction à nos habitudes. Il nous décrit donc avec une complaisance visible cette langue caressante et enfantine, douce comme l'italien dont elle a les désinences, indolente comme le parler créole, si bien faite pour ménager les lèvres qui la prononcent, et l'oreille qui la recueille, et, comme échantillon du savoir-faire littéraire des Taïtiennes, il cite tout au long, avec traduction en regard, deux morceaux de poésie empreints d'une grâce et d'une originalité parfaites. Qu'on en juge plutôt :

» Salut à toi dans le vrai Dieu, toi qui es mon étoile.
» Voilà ma petite parole.
» Je t'aime comme le petit enfant aime le sein de sa mère.
» Je te désire comme la fleur de nos vallées désire la rosée de la nuit pour devenir fraîche et parfumée.
» Et, comme le petit enfant à qui la mère ne donne pas son sein, je ne puis vivre.
» Et, comme la fleur qui n'a pas la rosée de la nuit, je vais mourir.
» Les jours et les nuits se passent, que me sont-ils, puisque tu n'es pas là?
» Le matin, je te cherche et ne te trouve pas.
» Le soir je t'attends, et tu ne viens pas.
» Que ne viens-tu donc si tu m'aimes?
» J'ai fini de parler, telle est ma petite parole.
» Salut à toi dans le vrai Dieu, aujourd'hui et pour toujours. »

Votre petite parole, ô Ai-Fenua! est pleine du vrai souffle, et Taïti, n'en déplaise à la géographie, me paraît très voisine de Lesbos. Ainsi le pense M. Cuzent, qui a subi le charme de cette poésie dans le goût oriental, et qui a recueilli des lèvres mêmes de l'improvisatrice de *Punnaina*, cette mélopée d'une douceur si exquise et d'une étrangeté si piquante.

Ces digressions littéraires, quelque séduisantes qu'elles soient, ne pouvaient nous faire oublier le côté médical de ce livre, et nous y avons recherché avec curiosité les renseignements qu'il contient sur la pathologie de Taïti. La spécialité de l'auteur devait nécessairement le rendre sobre de développements de ce genre; il ne les a cependant pas éludés d'une manière complète, et la rapide énumération à laquelle il se livre à ce sujet n'en présente pas moins un intérêt réel. C'est ainsi que, dans le chapitre relatif aux causes de la dépopulation effrayamment rapide de Taïti, l'auteur, à côté de l'ivrognerie et de la débauche, fait intervenir la lèpre (*oovi*), dont l'une des variétés, le féefee, sorte d'éléphantiasis, affecte plus particulièrement les deux sexes; l'*arevareva*, dermatose complexe que produit l'abus du kava; la dysenterie, le rhumatisme et les affections de poitrine qui sévissent sur les naturels pendant la saison fraîche; la syphilis, dont la contagion va tous les jours s'étendant, etc. Il aurait pu ajouter à ces causes de destruction les procédés des *tefaaora* ou médecins indigènes dont la pratique routinière repousse obstinément les conseils européens, et qui, si l'on s'en rapporte à l'exemple suivant, ne constitue rien moins qu'un art salutaire. « En 1854, dit l'auteur, une épidémie de rougeole sévit à Taïti; malgré les recommandations des médecins de la marine, on voyait alors les indigènes atteints par la maladie, et le corps couvert de taches caractéristiques, se baigner dans les rivières ou dans les ruisseaux dont l'eau courante est toujours fraîche; aussi, à la fin de l'épidémie, comptait-on huit cents morts dans la population indigène, tandis que toutes les autres personnes, qui avaient été traitées à l'hôpital, en étaient sorties complétement guéries. » Voilà un essai d'hydrothérapie instinctive qui n'est guère encourageant.

Nous serions tenté de suivre l'auteur dans les développements qu'il consacre à divers sujets d'un intérêt très réel, à l'histoire de Taïti, aux reliefs moraux et intellectuels de ses habitants, à la construction de leur langue ; mais il faut nous borner, et nous ne pouvons, en terminant, qu'engager nos lecteurs à consacrer une soirée à entreprendre, avec M. Cuzent, leur voyage de Taïti. Ils en reviendront, nous en sommes sûr, très enchantés d'avoir fait connaissance avec cette nature et cette société si originales, et pleins de confiance dans l'avenir d'une colonie qui, à l'inverse de toutes les autres, n'a pas à expier sa richesse par son insalubrité. Nous ne pouvons, pour notre compte, que féliciter M. Cuzent d'avoir aussi intelligemment, et aussi utilement pour lui et pour les autres, employé les loisirs que lui a faits son séjour à Taïti. Son livre est à la fois un bon exemple à proposer et un bon modèle à suivre.

Dr Fonssagrives.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

Buste de Forget. Souscription. — Le doyen et les professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg ont décidé que « un buste en marbre serait destiné à perpétuer la mémoire de leur vénéré collègue Forget. » Une souscription est ouverte au secrétariat de la Faculté de Strasbourg. Pour notre part, nous nous associons de tout cœur à un acte dont était si digne celui qu'il a pour but d'honorer.

— M. le docteur Robert-Saint-Cyr, est nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Nièvre, en emplacement de M. Thomas, décédé.

— Par arrêté du 25 juin, M. Lepetit, professeur suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de Poitiers, est nommé professeur adjoint de clinique interne à la dite école, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions.

— M. Alquié, médecin inspecteur des eaux de Vichy, a été nommé membre du conseil général de la Haute-Garonne pour le canton de Montréjeau.

— Un concours pour la nomination de douze élèves internes dans les hôpitaux de Lyon, s'ouvrira le lundi 28 octobre prochain, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

De l'opération césarienne après la mort, par le docteur *Letenneur*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Des hydatides des reins, par le docteur *E. Béraud*. In-4 de 100 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

L'art de vivre longtemps et en bonne santé, traduit de l'italien de Cornaro sur l'édition de 1646, par le docteur *Patézon*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie placentaire, par le docteur *G. Millet*. In-4 de 100 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

**MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 30 juin 1861, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet 1861.**

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 12 JUILLET 1861. N° 28.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Ergot de blé. — Tannin antidote de strychnine. — Trillium contre la ménorrhagie. — Mousse de Ceylan comme analeptique. — Alcooliques contre la morsure des serpents. — Piqûre du scorpion; son traitement. — Sur les curares du Brésil. — II. **Histoire et critique**. Sur un cas de canitie survenu très rapidement. — III. **Travaux originaux**. Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique; symptomatologie, diagnostic et traitement de cette lésion. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux**. De l'hydrocéphale ventriculaire chronique acquise et idiopathique. — Sur la diphthérite dans ses rapports avec l'angine scarlatineuse maligne. — De l'action physiologique de l'aconitine. — VI. **Variétés**. Discours prononcé par M. le docteur P. Ménières aux funérailles de Gustave-Gaston Regnier. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VIII. **Feuilleton**. La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société. — Lettres sur la folie.

## I

Paris, le 11 juillet 1861.

*Revue de pharmacie et d'histoire naturelle* : ERGOT DE BLÉ. — TANNIN ANTIDOTE DE STRYCNINE. — TRILLIUM CONTRE LA MÉNORRHAGIE. — MOUSSE DE CEYLAN COMME ANALEPTIQUE. — ALCOOLIQUES CONTRE LA MORSURE DES SERPENTS. — PIQURE DU SCORPION; SON TRAITEMENT. — SUR LES CURARES DU BRÉSIL.

— L'emploi du seigle ergoté, dans la thérapeutique, est connu de tout le monde, mais la facilité avec laquelle l'humidité l'altère est souvent un inconvénient à son administration, et ne permet pas de préparer sa poudre en quantité notable à l'avance, car elle perd rapidement de son énergie. On a par suite cherché plusieurs moyens de se procurer des préparations faciles à garder et conservant pendant longtemps les propriétés particulières de ce médicament. Dans ces derniers temps, un pharmacien de Clermont-Ferrand, M. Gonod, guidé d'ailleurs par les observations que le docteur Grand-Clément a consignées dans sa thèse inaugurale, a fait quelques recherches sur l'ergot du blé, qui lui paraît devoir être substitué avec avantage à l'ergot de seigle. Très abondant dans certaines localités, dans la Limagne par exemple, le blé ergoté se distingue du seigle ergoté par son volume plus considérable, sa longueur moindre, sa dureté plus grande et son odeur moins nauséabonde. Ce corps, moins attaquable à l'humidité que le seigle ergoté, peut être bien plus longtemps conservé en poudre active, et par suite son emploi présente de notables avantages, ainsi qu'il résulte des observations de MM. les docteurs Grand-Clément et Pourcher. (*Comptes rendus des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand*, 1860.)

— Les accidents que détermine l'introduction de la strychnine dans l'économie, sont d'une gravité extrême, et un grand nombre de praticiens ont cherché à trouver le moyen de pallier l'action fâcheuse de cette substance. M. le docteur Kursal, qui a institué un grand nombre d'expériences sur des

## FEUILLETON.

**La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société**, par le docteur TRÉLAT, médecin de la Salpêtrière. — 1 vol. in-8°. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye.

**Lettres sur la folie**. par le docteur LISLE. — Brochure in-8°. Paris, 1861. Chez J.-B. Baillière et fils.

*La folie lucide!* ce titre seul a l'air d'un paradoxe. On est tellement accoutumé, dans le langage ordinaire, à considérer la lucidité comme l'antithèse et presque comme la négation de la folie, qu'on est tout surpris, et, pour ainsi dire, révolté de l'accouplement monstrueux, en apparence, de ces deux termes disparates. On se demande si l'auteur n'a pas eu l'intention de faire une antiphrase, à l'exemple des Grecs, qui appelaient Pont-Euxin la plus dangereuse des mers, et Euménides les moins accommodantes des déesses. Nullement! M. Trélat n'a aspiré ni à commettre un contresens, ni à faire une figure de rhétorique. Il a voulu bel et bien dénoncer comme malade plus d'un esprit regardé jusqu'ici comme sain, et signaler une classe de fous d'autant plus compromettants et dangereux qu'ils sont contestés par les gens du monde et méconnus par la plupart des médecins étrangers à l'étude de l'aliénation mentale.

« Ces fous-là ne paraissent point fous, parce qu'ils répondent exactement aux questions qu'on leur fait, s'expriment avec clarté, causent agréablement, racontent avec précision, et font souvent preuve de discernement et de sagacité. Quelques-uns raisonnent comme le dialecticien le mieux exercé, écrivent avec élégance et avec correction, manient habilement le pinceau, et témoignent d'un goût exquis pour les arts; d'autres surprennent par la grâce de leur imagination, par la noblesse de leurs sentiments, par l'étendue de leur savoir et par la variété de leurs connaissances. Doués d'une grande puissance de dissimulation et d'un empire extraordinaire sur eux-mêmes, beaucoup d'entre eux affectent les

chiens et des lapins, dans le but de trouver le meilleur antidote de la strychnine. est arrivé à ce résultat, que la substance qui neutralise le mieux l'action de cet alcaloïde est le tannin promptement administré. Le thé vert, le café, qui ont été indiqués dans le traitement de cette intoxication, ne peuvent réussir, d'après l'auteur, qu'à la condition d'être donnés à des doses énormes, et encore ne doit-on attendre de bons résultats que si la quantité de strychnine ingérée est très faible. Il a aussi employé l'écorce de chêne, le brou de noix, les glands et d'autres substances renfermant du tannin, mais, bien que les résultats aient été plus satisfaisants que ceux donnés par le thé et le café surtout, il accorde une préférence complète à la noix de galle, qu'il est très facile de se procurer et dont les effets ne lui ont jamais manqué, à la condition qu'elle ait été administrée promptement. 10 grammes de noix de galle suffisent, d'après ses expériences, pour neutraliser un grain (0,06) de strychnine et la meilleure forme d'administration est une infusion ou une décoction : en attendant on peut faire prendre au patient de la poudre de noix de galle, suspendue dans un peu d'eau : il vaut mieux, surtout s'il y a des vomissements, forcer un peu la dose de l'antidote que rester au-dessous, les inconvénients n'en étant pas très redoutables. Il est essentiel d'éviter de faire prendre au malade des acides végétaux pendant le traitement, car ils pourraient détruire la combinaison du tannin et de la strychnine. On doit proscrire également les liqueurs alcooliques, et, autant que possible, éviter toute cause d'efforts actifs, qui ont l'inconvénient de déterminer et d'augmenter les secousses tétaniques dans l'empoisonnement par la strychnine. (*Zeitschrift der Aerzte zu Wien. — Medical Times and Gazette*, 1860.)

— Les médecins américains cherchent à puiser dans la flore indigène pour y trouver de nouveaux médicaments qu'ils puissent appliquer aux différentes maladies : c'est ainsi que dans les derniers mois de l'année dernière le docteur E.-G. Wheeler a appelé l'attention des thérapeutistes sur des plantes, qui jusqu'alors n'avaient été indiquées que comme jouissant de propriétés émétiques, les *Trillium cernuum* L. et *sessile* L. De l'étude qu'en a faite ce médecin, il résulte que ces plantes seraient très utiles pour arrêter les ménorrhagies. Le mode d'emploi est de faire prendre chaque dix minutes deux cuillerées à bouche d'une infusion de racine de *trillium;* quand l'hémorrhagie tend à cesser, on administre des doses moindres du médicament, ou l'on met un plus long intervalle de temps entre chaque prise. Le docteur Wheeler a rapporté trois cas de succès de cette médication par le *trillium*. La grande analogie de caractères botaniques, et d'action attribuée à la *Parisette, Paris quadrifolia* L., qui figurait autrefois dans notre matière médicale, et qui croît si abondamment dans nos forêts, permet de supposer qu'on pourrait vraisemblablement avec avantage essayer l'emploi de notre plante indigène dans les cas où le *trillium* a réussi. (*Journal of Materia medica* décembre 1860. — *American medical Monthly and New-York Review*, février 1861.)

— La mousse de Ceylan (*Gracilaria lichenoides* Greville), dont on fait un usage assez fréquent dans l'Inde et à Pondichéry, en particulier pour faire des gelées, est appelée à rendre de grands services aux convalescents et aux anémiques, ainsi qu'il résulte d'un travail intéressant d'un habile pharmacien de la marine, M. Jules Lépine ; la quantité de matière gélatineuse azotée qu'elle renferme permet de la donner comme aliment léger et réconfortant. La meilleure manière de l'administrer est sous forme de gelée, car, en tisane, elle laisserait se séparer du liquide, par le refroidissement, toute la matière mucilagineuse. Pour obtenir cette gelée, on prend 60 grammes de mousse, qu'on fait tremper quinze minutes dans l'eau froide pour enlever quelques sels solubles, le sable et autres impuretés; on rejette cette eau, et la mousse est mise à bouillir pendant environ deux heures, avec 4 litres d'eau. Lorsque par l'ébullition, l'eau s'est réduite des deux tiers, on passe avec expression, et le liquide est remis sur le feu avec 160 grammes de sucre; on laisse bouillir jusqu'à réduction d'un litre ; après avoir retiré du feu et laissé reposer deux minutes, on enlève avec une cuiller, la pellicule qui s'est formée à la surface, et l'on verse dans des verres où, au préalable, on a mis quelques gouttes de teinture aromatique; on obtient ainsi 11 à 1200 grammes, ou la valeur de huit verres d'une gelée très consistante et fort agréable au goût. (*Moniteur officiel des établissements français dans l'Inde*, 22 février 1861.)

— Parmi les nombreux moyens préconisés contre la morsure des serpents venimeux, on a rappelé dans ces derniers temps, un procédé dont Williams Paterson, en 1791, a, un des premiers, signalé les bons effets, l'administration des alcooliques à haute dose. Le célèbre voyageur assure avoir pu guérir plusieurs des Cafres qui l'accompagnaient, par l'usage prolongé et à haute dose d'un mélange d'eau-de-vie

---

dehors de gens sensés et les formes les plus séduisantes ; ils sont charmants dans le monde, où ils aiment à briller ; ils ne se laissent pénétrer et deviner que dans leur vie intime, réservant, les uns leurs caprices et leurs exigences, d'autres leur orgueil blessant, un certain nombre leurs fureurs, pour la famille. Tous ne tuent pas, il est vrai, mais ils font mourir en détail ceux au milieu desquels ils vivent.

» En général, on peut dire que les aliénés lucides sont fous dans leurs actes plutôt que dans leurs paroles. Ils ont assez d'attention pour ne laisser échapper rien de ce qui se passe autour d'eux, pour ne laisser sans réponse rien de ce qu'ils entendent, souvent pour ne faire aucune omission dans l'accomplissement d'un projet, et pour trouver quelque raison plausible, afin de justifier leurs écarts ou leurs emportements. Ils sont lucides jusque dans leurs conceptions délirantes : *leur folie est lucide.* »

Madame X... fait bonne figure dans les salons, où elle est remarquée pour la recherche de sa mise et pour l'élégance de ses manières. Mais en fouillant dans ses armoires, on trouve emmagasinées, classées, étiquetées et cataloguées, à l'instar des plus précieuses collections scientifiques, toutes sortes de détritus corporels consciencieusement amassés pendant dix ans : les récoltes du peigne, la crasse des ongles, les ordures des pieds, le produit cérumineux des oreilles, et les résidus du pansement quotidien d'un vésicatoire et d'un cautère.

Mademoiselle de G... est pleine de retenue dans le maintien et de convenance dans les paroles; tout respire en elle un air de modestie et de candeur angélique ; mais quand elle est seule dans sa chambre, elle provoque les jeunes gens qui passent sous ses fenêtres, leur envoie des baisers, recherche leurs caresses, et fait en leur présence des gestes indécents. On la marie, espérant trouver dans le mariage un remède contre ces dispositions érotiques. Elle aime son mari avec rage ; mais elle aime avec une rage égale tout homme avec lequel elle parvient à être seule. Quels que soient son âge, son rang ou sa qualité, enfant ou vieillard, noble ou vilain, il faut qu'il subisse de gré ou de force les assauts de ses amoureuses fureurs. A soixante et dix ans, cette autre Mes-

et de vin de Madère. Dans la séance du 15 avril 1861 de l'Académie des sciences (Voyez *Gazette hebdom.* t. VIII, p. 266), M. le professeur J. Cloquet a communiqué un mémoire de M. le docteur de la Gironnière (de Manille), qui s'est bien trouvé de l'ingestion en grande quantité de vin de coco (alcool de 14 degrés à 16 degrés), de façon à produire une ivresse rapide, chez un homme mordu par un serpent très venimeux. Enfin, dans le courant de l'année dernière, M. le docteur A.-V. War (du Tennesse), a eu occasion de soigner par les alcooliques deux nègres mordus par des crotales : un des malades qui fut traité par l'usage interne du *whisky*, et par des applications locales de cataplasmes de Bardane (*Cockle burs*) succomba; mais le second qui, à la vérité, fut mordu par un petit individu, guérit assez rapidement sous l'influence de plusieurs prises de *whisky*, et de cataplasmes de tabac. La guérison doit-elle être attribuée ici au faible volume du serpent, à l'usage des topiques, ou à l'emploi des alcooliques? La question n'est pas facile à résoudre dans l'état actuel de la science; il n'en est pas moins utile de signaler l'action heureuse des alcooliques dans quelques cas, car des circonstances peuvent se présenter où cette ressource pourra être utilement mise à profit. (*The New-Orleans medical and Surgical Journal*, mars 1861.)

— Parmi les animaux venimeux que présentent les pays chauds, on doit signaler les scorpions, ces arachnides dont l'extrémité de l'abdomen est armée d'une pointe destinée à inoculer leur venin. Les accidents qui résultent de l'introduction de ce venin dans l'économie, très graves dans certains pays, et d'autant plus que le climat est plus chaud, ont une intensité qui est en rapport également avec l'espèce et le volume de l'animal. Déjà, depuis longtemps, les observations de Redi, Maupertuis, Amoreux, etc., ont démontré que la piqûre du scorpion d'Europe était beaucoup moins redoutable qu'on ne le pense généralement. Et les observations faites dans nos possessions algériennes semblent démontrer que si les phénomènes qui se développent offrent une intensité plus grande que dans nos provinces méditerranéennes, cependant ces piqûres ne sont pas nécessairement mortelles. Il résulte, en effet, des observations de M. le docteur Marmy, que l'opinion publique exagère tantôt la gravité, tantôt l'innocuité de cette lésion. Cet habile médecin a observé que, durant la nuit et durant les froids, les piqûres des scorpions sont moins dangereuses que pendant les fortes chaleurs, tandis qu'elles offrent leur maximum de fréquence et d'intensité pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre. Les deux symptômes prédominants sont une vive douleur et un abaissement de température dans le membre blessé. M. le docteur Marmy a constaté, au moyen du toucher et du thermomètre différentiel, cet abaissement de température que le malade perçoit aussi nettement. Le membre lésé s'engourdit, le pouls devient petit et fréquent, le visage est anxieux, des frissons parcourent le corps; tels sont les principaux symptômes généraux qui succèdent à la piqûre; tantôt il y a tuméfaction du membre, tantôt elle manque. Le point piqué offre, en général, autour de la piqûre une zone rosée circulaire. Les malades chez lesquels il n'est pas fait de traitement se ressentent des accidents consécutifs à la piqûre pendant un temps qui varie de une heure à vingt-quatre.

Il est à remarquer que M. le docteur Guyon a rapporté plusieurs faits de mort à la suite de piqûre de scorpion; mais il observait des scorpions de la plus grosse espèce : le *Buthus superbus*, qui se rencontre principalement dans le Sahara ; ce qui viendrait à l'appui de l'opinion de l'influence des variations d'action, suivant les espèces et les localités. D'après M. Marmy, il semblerait surtout que les scorpions dont il aurait observé les piqûres appartiendraient aux espèces *Scorpio Europæus*, *Occitanus et Aser*. Quoi qu'il en soit, le mode de traitement qui a paru réussir le mieux est le suivant : 1° localement, cautérisation du point piqué, marqué par point rouge au milieu d'une tache lenticulaire rosée : on se trouve très bien de l'usage de l'ammoniaque comme caustique; 2° embrocations avec de l'huile opiacée : envelopper le membre entier de linges imbibés d'un liquide émollient opiacé, le tout recouvert d'un taffetas ciré pour obtenir un bain de vapeur local permanent; 3° faire prendre des boissons sudorifiques excitantes, et, dans quelques cas indiqués par les symptômes, des potions éthérées et opiacées. (*Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, mars 1861.)

— Les poisons préparés par les diverses peuplades sauvages de l'Amérique méridionale, et désignés sous les noms de *curare*, *kurari*, *urari*, *cururi* ou *woorara*, ont été, comme on sait, employés en thérapeutique contre le tétanos et l'épilepsie dans ces derniers temps; mais on sait aussi que les résultats obtenus au moyen de cette médication énergique n'ont pas donné à tous les expérimentateurs des résultats également satisfaisants, ce qui ne doit pas étonner quand on

---

saline s'adonne encore à toutes les turpitudes d'un libertinage éhonté.

Tel négociant est à la tête d'un établissement considérable, et dirige avec une rare capacité de vastes entreprises industrielles; mais il renvoie souvent ses domestiques, qu'il soupçonne d'empoisonner ses aliments et ses boissons; parfois il congédie ses meilleurs ouvriers, qu'il accuse secrètement de sortilége et de manœuvres magnétiques; il va chercher querelle à des parents ou à des amis pour de prétendus outrages ou pour des persécutions imaginaires; il passe une partie de ses nuits à répondre à des voix menaçantes ou à poursuivre des ennemis illusoires et des malfaiteurs chimériques censément cachés sous son lit ou dans les armoires de sa chambre.

Ce n'est guère à Charenton, à Bicêtre et à la Salpêtrière que se trouvent les fous de cette espèce.

Le monde est plein de gens qui ne sont pas plus sages.

C'est donc là surtout qu'il faut chercher les fous lucides. Ils courent les rues, vous coudoient sur les promenades et dans les musées, se placent à vos côtés au spectacle, fréquentent les concerts, font partie de votre cercle, jouent avec vous au whist ou à l'écarté, s'asseyent à votre table et dansent dans vos salons. Vous leur serrez la main deux ou trois fois par jour, et vous les tenez souvent pour les gens les plus sensés et les plus raisonnables de la terre. « Ils vivent au milieu de nous, dit M. Trélat, se mêlant à nos actes, à nos intérêts, à nos affections » ; mais, tôt ou tard, « ils les compromettent, les troublent ou les détruisent. »

M. Trélat décrit treize variétés de fous lucides : les imbéciles ou faibles d'intelligence, les satyres et les nymphomanes, les monomanes, les érotomanes, les jaloux, les dipsomanes, les dissipateurs et les aventuriers, les orgueilleux, les méchants, les kleptomanes, les suicides, les inertes, les maniaques.

J'en voudrais deux de plus : les *incendiaires* et les *homicides!*

M. Trélat sait mieux que personne que des hommes ou des femmes n'ayant jamais donné aucun signe de déraison sont pris soudainement d'un *irrésistible* besoin de détruire; et *fatalement*

songe que tous ces poisons ne sont pas identiques, et que chaque tribu a, si l'on peut employer cette expression, sa formule particulière, et, par suite, fait usage de substances assez diverses pour constituer son *curare*. Il nous paraît donc essentiel, pour arriver un jour à pouvoir être complétement édifié sur la valeur des produits que l'on expérimentera, de commencer par faire une étude complète de chacun des poisons indiens en particulier, en ayant le plus grand soin d'en vérifier minutieusement la provenance. Dans une récente brochure, M. Vincent (de Brest), premier pharmacien en chef de la marine, a rapporté le résultat de ses observations sur deux *curare* des tribus indiennes du Brésil, et a tenté d'élucider une question bien obscure, puisque les voyageurs qui ont parcouru l'Amérique du Sud sont loin d'être d'accord sur la préparation et les éléments constitutifs de ce poison. Il résulte des recherches de M. Vincent que le *curare* préparé par les indiens Mundrucus, et le *curare* préparé au Para, conservés dans des vases de terre (les poisons de l'Orénoque sont généralement contenus dans de petites calebasses), offrent tous les caractères de sucs ou extraits végétaux. L'ensemble des caractères, assez analogue pour les deux échantillons analysés par M. Vincent, indique la présence de sels de strychnées ou loganiacées, bien que cependant les réactions, gênées et en quelque sorte masquées par des matières organiques étrangères, ne se présentent pas avec toute la netteté qui existe dans les expériences faites sur des sels purs; en outre, il a obtenu par le procédé de MM. Boussingault et Roulin une petite proportion de cette substance immédiate nommée *curarine*. L'un des échantillons (celui du Para) était recouvert de feuilles vert glauque, lisses et brillantes en dessus, pubescentes, cotonneuses et duveteuses en dessous, avec cinq nervures très saillantes, quatre convergentes partant de la nervure médiane; le caractère de ces feuilles se rapporte assez bien à celui des feuilles des strychnos, et vient confirmer les données de l'analyse. On sait, du reste, qu'en 1858 M. Milleroux a annoncé que le *urari* de la Guyane anglaise (Indiens Accaways) était constitué exclusivement par le suc concentré de quelques *strychnos*, et n'admet aucunement qu'il y entre des venins animaux, comme on l'a dit de quelques poisons préparés par d'autres peuplades. Il serait désirable que M. Vincent, mieux placé que personne pour se procurer un bon nombre de ces *curare*, continuât ses recherches à ce sujet, et pût ainsi nous donner une quantité suffisante de faits pour qu'on puisse formuler des généralités sur les poisons américains. (F.-A. Vincent, ***Recherches sur les poisons de l'Amérique méridionale***, broch. in-8°, 1861.)

LÉON SOUBEIRAN.

---

La cause de la chromocrinie vient de recevoir un échec assez sérieux à la *Société médicale des hôpitaux*. Comme nous l'avions annoncé, une commission avait été nommée pour examiner une jeune dame adressée de Brest par M. Leroy de Méricourt comme offrant un bel exemple de la maladie nouvelle. Les observations de la commission, consignées dans un rapport dont nous donnons plus loin (p. 452) l'analyse, et auxquelles nous avons nous-même pris part, ont abouti à un résultat négatif, avec des circonstances qui autorisent, pour ce cas particulier du moins, de fâcheuses suppositions.

Nous publierons également (dans le prochain numéro) le récit d'expériences qui nous sont personnelles, et dont le but est de contribuer à dévoiler les procédés de simulation qui peuvent être employés en matière de chromocrinie.

Il ne serait pas d'une bonne philosophie de faire payer à tous les faits du même ordre les torts d'un seul. Aussi sommes-nous loin d'une telle pensée; mais dans l'état présent de la question, nous croyons que M. Leroy de Méricourt fera sagement de soumettre à un contrôle supplémentaire les cas qu'il peut avoir sous les yeux; et, si ce contrôle est favorable à sa thèse, de vouloir bien provoquer un autre examen public. Nous n'avons pas besoin de dire que son *honorabilité* si connue le protége d'avance contre toutes les éventualités de l'épreuve.

— La discussion de la morve a continué à l'Académie de médecine. M. J. Guérin a occupé la tribune. MM. Renault et Delafond doivent y monter mardi prochain. Bonne séance en perspective.

A. D.

---

poussés à brûler ou à tuer. J'aurais donc voulu un chapitre spécial pour ces fous lucides que l'éclat des flammes transporte de joie, qui incendient comme par instinct et sans être mus par aucune passion, par aucun motif. J'aurais voulu un autre chapitre encore pour ces insensés qui tuent, sans haine et sans vengeance, tantôt des personnes indifférentes, tantôt les êtres qui leur sont les plus chers; j'aurais voulu un chapitre pour ce mari qui s'éveille en sursaut au milieu de la nuit, et massacre une femme qu'il adore; pour cette jeune fille qui se précipite brusquement sur sa meilleure amie, et la frappe de son petit couteau, de sa goyette et de son sabot jusqu'à ce qu'elle soit morte; pour ce père qui immole son fils sur un bûcher pour obéir à une voix céleste qui lui ordonne d'imiter le sacrifice d'Abraham; pour cette mère qui égorge le plus chéri de ses enfants, dans l'espoir d'en faire un ange; pour ce Jobard (de Lyon) qui alla poignarder, en plein théâtre, dans une loge, une jeune femme qu'il ne connaissait même point; pour ce jeune homme de Pau qui, au milieu d'un repas, brûla froidement la cervelle à son père, qu'il aimait tendrement, et dont il était tendrement aimé; et pour ce malheureux qui, passant auprès d'un terrassier endormi sur le sol, saisit sa pioche, brise la tête du pauvre ouvrier, qu'il voyait pour la première fois, la couvre de terre, va s'asseoir un peu plus loin, et, contemplant sa victime, s'écrie d'un air plaisant : « Ah! je suis curieux de voir quelle mine il fera en s'éveillant! »

Et pourtant il y a des personnes ici-bas, et des personnes de mérite, ne vous déplaise, qui ne croient pas à la folie! Voici ce que je lis dans un des derniers feuilletons de l'INDÉPENDANCE BELGE (8 juin 1861) : « Ils (les fous) n'existent pas. Quand on m'aura montré des sages, je trouverai des fous; jusque-là je crois aux gens d'imagination, aux excentriques. Je ne crois pas aux fous. » — Vous n'avez donc jamais eu, ô spirituel Pharès, la curiosité d'aller visiter Charenton, Bicêtre ou la Salpêtrière? De grâce, allez-y; et si, au retour, vous persévérez dans vos dispositions optimistes, je jure de m'y convertir. Quand vous aurez vu des hommes et des femmes qui restent immobiles et muets comme des Termes, ou qui s'agitent et vocifèrent jour et nuit comme des

II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### A PROPOS D'UN CAS DE CANITIE SURVENUE TRÈS RAPIDEMENT.

Un correspondant du LONDON MEDICAL TIMES ayant annoncé qu'il désirait réunir des faits bien constatés de décoloration rapide des cheveux, M. le docteur P. Parry, chirurgien-major à Aldershatt, publia le cas suivant, dont il avait noté par écrit les principales circonstances peu de temps après en avoir été témoin : « Le vendredi 19 février 1859, la colonne du général Franks, qui opérait dans la partie méridionale du royaume d'Oude, eut un engagement, près du village de Chamba, avec un corps de rebelles ; plusieurs prisonniers furent faits aux ennemis : l'un d'eux, un cipaye de l'armée du Bengale, âgé de cinquante-quatre ans environ, fut conduit devant les autorités pour y subir un interrogatoire. J'eus alors occasion d'observer directement sur cet homme, au moment même où ils se produisirent, les faits dont je vais donner la relation. Le prisonnier parut avoir, pour la première fois, conscience du danger qu'il courait à l'instant où, dépouillé de son uniforme et complétement nu, il se vit entouré de soldats ; il se mit aussitôt à trembler violemment, la terreur et le désespoir se peignirent sur ses traits, et, bien qu'il répondît aux questions qu'on lui adressait, il paraissait véritablement stupéfié par la peur. Or, sous nos yeux mêmes, et dans l'espace d'une demi-heure à peine, ses cheveux, que nous avions vus d'un noir brillant, grisonnèrent uniformément sur toutes les parties de la tête. Un sergent qui avait fait le prisonnier s'écria tout à coup : « Il tourne au gris » (*he is turning gray*), et appela ainsi le premier notre attention sur ce singulier phénomène, dont nous pûmes ensuite, ainsi que plusieurs autres personnes, suivre l'accomplissement dans toutes ses phases. La décoloration des cheveux s'opéra d'une manière graduelle ; mais elle devint complète et générale dans le court espace de temps qui a été indiqué. »

La science possède, sans doute, un bon nombre de faits qu'on pourrait mettre en parallèle avec celui que nous venons d'emprunter à un journal de médecine publié à Dublin (*Dublin Medical Press*, numéro du 8 mai 1861, p. 332). Quelques recherches faites à la hâte ont, en effet, bientôt mis sous nos yeux plusieurs de ces cas, dont l'authenticité nous semble difficilement contestable. Nous croyons utile de consigner ici les principaux d'entre eux, non-seulement parce qu'ils nous paraissent, en général, assez peu connus, mais encore et surtout parce que des observateurs distingués (1) ont cru, dans ces derniers temps, devoir envelopper d'une même proscription tous les exemples de canitie presque subite ou rapide, et les reléguer parmi les récits apocryphes et fabuleux.

(1) Voyez entre autres Reissner, *Beitræge zur Kenntniss der Haare*, etc., Breslau, 1854, s. 126, — et Bærensprung, *Die Hautkrankheiten*, Erlangen, 1859, p. 114.

Voici d'abord un intéressant passage que nous extrayons du TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU de Lorry (*De morb. cutan.* Paris, 1777, p. 602) : « Pleni sunt auctorum libri exemplorum canitiei » præ timore intra breve spatium accersitæ. Famosa est historia » illa ab Hadriano Junio recensita nobilis Hispani Didaci, qui, cum » ob furtivos amores illicitos, fractaque claustri regii jura, capitali » supplicio plectendus esset, ita canitiem undequaque contraxit, » ut Fernandus rex, misericordia motus, ipsi caput remiserit. Simile » habet exemplum Julius Scaliger ; et in nostra historia viro nobili » *de Saint-Vallier* cujus in gratiam Diana Pictavis ejus filia regios » concubitus passa est, eadem improvisa canities adventasse legitur. » *At nil memorandum magis quam quod aulicis narrabat æternæ* » *memoriæ rex noster Henricus IV, se scilicet mœrore et metu confectum, in barbam simul atque capillos manu incubuisse per* » *24 horas, lanienæ illius Bartholomæanæ tempore, eoque exacto,* » *hanc et barbæ et capillorum partem fuisse in canitiem conversam,* » *quam ostentabat.* » La circonstance si remarquable notée dans le récit précédent, d'une canitie partielle survenue rapidement, et limitée aux parties du système pileux soumises, pendant un certain temps, à la pression de la main, reparaît dans le fait qui suit : « *Il signore d'Andelot*, » dit Guerrazi (Isabella Orsini, 3e ediz., Firenze, 1845, p. 128, 129), « *tenendo la faccia appogiata alla* » *mano quando gli portarono la notizia del supplicio del suo fratello* » *ordinato dal duca di Alva come complice dei conti di Egmont e di* » *Ornes, tutta quella parte della barba e del sopraciglio compressa* » *dalla mano mutò colore, e parve vi fosse caduta sopra farina.* »

Dans ce même ouvrage, Guerrazi signale encore deux personnages célèbres à divers titres : Guarini (de Vérone), l'un des restaurateurs des lettres classiques en Italie, et Ludovic Sforza, dit le More, comme ayant été presque subitement frappés de canitie : le premier, au moment où on lui annonça la perte en mer de manuscrits grecs qu'il avait, à grand'peine, rassemblés à Constantinople ; le second, dans la nuit même qui suivit le jour où il tomba au pouvoir de Louis XII, son mortel ennemi (1).

— Les faits qui précèdent peuvent avoir été primitivement recueillis par des écrivains étrangers à l'étude des sciences naturelles, et qui, dans leurs récits, ont peut-être cédé à l'attrait du merveilleux ; il y a là un motif plus ou moins légitime de suspicion qui toutefois ne saurait plus être invoqué à l'égard des exemples suivants : Schenk, Hannemann et Pechlin, cités par Voigtel (*Handbuch der*

(1) On a souvent dit et répété que Marie-Antoinette avait blanchi complétemen dans la nuit qui suivit sa condamnation. Cette circonstance n'est signalée ni dans les *Révolutions de Paris* de Prudhomme ni dans l'*Histoire de Marie-Antoinette* de Montjoye (Paris, 1814). Elle n'est pas mentionnée non plus dans l'*Histoire de la captivité de Louis XVI* (Paris, 1817). MM. Edmond et Jules de Goncourt (*Histoire de Marie-Antoinette*, Paris, 1858) disent bien que la reine avait les cheveux tout blancs le jour où elle monta sur l'échafaud (p. 419) ; mais ils disent également (p. 345) qu'elle avait déjà *grisonné* à l'époque de la mort du roi.

---

possédés ; qui tiennent incessamment des discours insensés ou des propos incohérents ; qui marchent à moitié nus, ou qui s'affublent des oripeaux les plus extravagants ; qui vous crachent au visage ou vous sautent au cou sans vous connaître ; qui mangent leurs excréments ou qui refusent obstinément toute nourriture, sous prétexte qu'elle est empoisonnée ; qui emplissent leurs poches ou leurs tiroirs de cailloux et de sable, se figurant que ce sont des perles, des diamants et des lingots ; qui ont des ministres et des ambassadeurs, ou qui commandent aux éléments, et se proclament rois, empereurs ou fils de Dieu ; qui voient autour d'eux des essaims de belles courtisanes ou des légions d'effroyables fantômes ; qui entendent la voix des anges ou la menace des démons ; qui se croient damnés, et hurlent comme s'ils étaient dévorés déjà par les flammes de l'enfer ; quand vous aurez vu et entendu ces malheureux, vous me direz s'ils pensent, jugent, parlent, écrivent et raisonnent comme le commun des hommes ; s'ils éprouvent les mêmes impressions et les mêmes sentiments ; s'ils voient et s'ils entendent de la même manière ; s'ils ont les mêmes dehors et les mêmes habitudes ; vous me direz, en conscience, si vous aimeriez à vivre avec de tels compagnons. Quand vous connaîtrez les fous, je présume qu'il vous sera moins difficile de rencontrer des sages ; vous n'aurez pour cela qu'à vous placer devant votre miroir. Avec l'auteur de la brochure UNE LACUNE DANS LA LÉGISLATION, vous demandez, ou peu s'en faut, qu'on ferme les asiles d'aliénés. Sur ce point vous n'êtes guère d'accord avec l'Administration, qui s'apprête, au contraire, à en faire construire trois ou quatre nouveaux dans le département de la Seine. Je vous connais d'assez longue main, et je vous lis assez assidûment, ô Pharès, pour savoir jusqu'où vous portez, vous et vos confrères, l'esprit de libéralisme et de philanthropie. Mais avez-vous bien réfléchi, cette fois, aux conséquences de votre doctrine ? Il n'y a point de fous, dites-vous. Hé bien ! prenez-y garde ! car, à ce compte, il n'y aura plus devant les tribunaux que des coupables et des criminels. Le domaine du crime va s'agrandir de tout le terrain que vous ôterez à la folie. Si vous supprimez les maisons de santé, il faut que vous augmentiez les prisons. Or, je vous le demande, ne vaut-il pas mieux, pour

*path. anat.*, Halle, 1804. Bd. I, p. 90), ont rapporté chacun un cas de canitie rapide ou presque subite survenue à la suite d'une terreur profonde. On trouve encore dans le même ouvrage de Voigtel un fait emprunté aux MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LONDRES pour 1792 (t. III) : « Une jeune fille brune, âgée de treize ans, s'aperçut un matin, en se levant, qu'une mèche de ses cheveux avait totalement blanchi pendant la nuit. Au bout de quelques jours d'autres mèches blanchirent de même, puis d'autres encore. En même temps la peau des diverses parties du corps, qui jusque-là avait été brune, se décolora peu à peu et prit une teinte rosée. » L'absence d'une émotion violente parmi les circonstances étiologiques et la coïncidence, évidemment fort remarquable, d'une décoloration notable du tégument externe avec la canitie, distinguent notablement ce dernier exemple à la fois de ceux qui précèdent et de ceux qui vont suivre. Bichat (*Anatomie générale*, t. IV, p. 815) dit avoir connu une personne qui, à la suite d'une nouvelle funeste, blanchit presque entièrement dans l'espace d'une nuit. M. Rayer enfin, dans son TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU (t. III, p. 733), rapporte un cas recueilli par M. Cassan, et relatif à une nommée Perat, femme Leclère, qui, citée devant la chambre des pairs pour déposer dans le procès de Louvel, en éprouva une révolution si grande que, dans l'espace d'une nuit, ses cheveux blanchirent complétement. Les cas de canitie plus ou moins complète développée dans l'espace de cinq ou six jours sont vraisemblablement moins rares que les précédents; Bichat en a cité quatre ou cinq, et le docteur Richter, dans sa pratique, en a observé plusieurs qu'il a communiqués récemment à M. J. Moleschott. (*Physiolog. Skizzenbuch.*, Giessen, 1861, p. 232.)

Nous ne voyons guère sur quel principe on pourrait s'appuyer pour rejeter, ainsi qu'on l'a tenté, loin du domaine scientifique les faits que nous venons de rassembler. Plusieurs d'entre eux, en effet, ont été directement constatés par des observateurs dignes de foi; les autres proviennent, à la vérité, de sources moins pures; mais, en général, ils ont avec les premiers une conformité parfaite, et cette considération leur prête incontestablement un caractère de véridicité qu'ils n'offriraient sans doute point, du moins au même degré, présentés isolément. Voudra-t-on, après cela, arguer contre ces faits de leur singularité même? Mais, suivant la juste remarque de M. Moleschott (*loc. cit.*, p. 233), qu'ont-ils de plus étrange que ces exemples bien avérés de perturbations cérébrales plus ou moins profondes, passagères ou durables, développées tout à coup sous l'influence d'un saisissement, d'une émotion violente? Viendra-t-on enfin faire ressortir qu'il est difficile ou peut-être même impossible d'expliquer les cas de canitie rapide au point de vue de la physiologie actuelle? Un tel argument serait de peu de poids, car la constatation empirique des faits biologiques, bien qu'elle ne soit qu'un premier pas dans la connaissance scientifique, n'en fournit pas moins, bien évidemment, des notions fondamentales et qui peuvent subsister par elles-mêmes. Où en serait-on, par exemple en pathologie, s'il fallait méconnaître les faits dont la raison physiologique nous échappe encore! D'ailleurs, d'après les travaux les plus récents (1), les poils paraissent doués d'une vitalité bien plus grande qu'on ne l'avait d'abord pensé, et il serait alors moins difficile de concevoir qu'ils puissent participer quelquefois aux brusques et violentes perturbations de l'organisme.

L'incrédulité qu'ont plusieurs fois rencontrée les exemples de canitie rapide nous suggère une remarque par laquelle nous terminerons : c'est que la véritable rigueur scientifique n'a rien de commun avec ce penchant qui porte certains esprits à accueillir avec défaveur les observations qui se présentent avec un caractère insolite. En pareille matière, le scepticisme arbitraire n'est pas moins passible d'une critique sévère que ne l'est la crédulité naïve. Tous deux, en effet, sont également contraires au progrès; car si l'une encombre la science de faits et d'opinions sans valeur, l'autre tend à l'appauvrir en repoussant des matériaux qui, à un moment donné, peuvent trouver une application utile.

J.-M. CHARCOT.

---

## III.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### NOTE SUR LES VARICES PROFONDES DE LA JAMBE ENVISAGÉES AU POINT DE VUE CLINIQUE; SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE CETTE LÉSION, par le docteur AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite. — Voir le numéro 27 (2).)

Je viens de passer en revue les symptômes qui peuvent faire supposer l'existence des varices profondes; leur constatation ne

(1) Voy. Kölliker, *Histologie humaine*, sect. III, liv. II, *passim*; — J. Moleschott, *loc. cit.*; — A. Spiess, *Das Verhalten der Centraltheile des Haares im physiol. und pathol. Zustande*, in *Zeitsch. für Ration. Medicin*, 3 Rei, V Bd., p. 1, 1859.

(2) ERRATA. — Par suite d'un malentendu, les épreuves de la fin du premier article n'ont point été corrigées, d'où un grand nombre de fautes de mots et de style. Je rectifie seulement les premières, en réclamant l'indulgence du lecteur pour les secondes :

Page 430, 2e colonne, ligne 24, au lieu de *pour*, lisez *par*. — Ligne 26, au lieu de *ligament*, lisez *tégument*. — Ligne 30, au lieu de *sur*, lisez *vers*.

Page 431, 1re colonne, ligne 1, au lieu de *paraît*, lisez *paraissait*. — Ligne 3, au lieu de *suppose*, lisez *supposais*. — Ligne 5, au lieu de *anti*, lisez *anté*. — Ligne 18, au lieu de *son*, lisez *un*. — Ligne 30, au lieu de *lois*, lisez *livres*.

Page 431, 2e colonne, ligne 3, au lieu de *intérieur*, lisez *extérieur*. — Ligne 17, au lieu de *amener*, lisez *accuser*. — Ligne 32, au lieu de *variations*, lisez *varices*. — Ligne 40, au lieu de *divisés*, lisez *déviés*. — Ligne 41, au lieu de *interstice*, lisez *intervalle*. — Ligne 42, au lieu de *les nerfs des artères*, lisez *les nerfs, les artères*. — Ligne 45, au lieu de *intrusion*, lisez *intrication*.

Page 432, 1re colonne, ligne 19, au lieu de *mammaire*, lisez *incessante*.

---

l'honneur de notre petite planète, qu'il y ait parmi les hommes un peu plus de fous et un peu moins de criminels? Et ne trouvez-vous pas que, à tout prendre, il est moins malhonnête d'être séquestré dans un asile que d'être envoyé au bagne ou sur l'échafaud?

Ne vous contentez pas, pour votre édification, de parcourir nos asiles; lisez aussi le livre de M. Trélat, dont il est ici question, et vous verrez que non-seulement les fous existent, mais qu'il y en a beaucoup plus encore qu'on ne saurait se l'imaginer. Vous y apprendrez, et peut-être à votre grand profit, à vous défier de maintes gens d'humeur bizarre, d'esprit baroque, de caractère fantasque, de mœurs excentriques; vous y lirez l'histoire d'un mari « qui transformait le toit conjugal en lieu de débauche, qui séduisait et corrompait, sous les yeux de sa compagne irréprochable, tout ce qui vivait autour d'elle, qui n'entrait dans le lit de sa femme que souillé des embrassements de ses servantes, qui conseillait à la mère de ses enfants d'avoir un amant, qui, au milieu de la nuit, arrivait devant elle un fusil à la main, la menaçant de la tuer et de tuer sa fille..., et qui passait simplement dans le pays pour *un grand original!* »

M. Trélat n'est pas excessif, et se garde bien de confondre la folie avec le vice ou avec la passion. « Nous n'avons point parlé, dit-il, des prodigues, des libertins, des orgueilleux, des méchants se laissant entraîner par des passions qu'ils pourraient dominer, mais de *malades*, dont les uns ont des *hallucinations* ou des *illusions*, et d'autres des *accès* plus ou moins marqués. » Ainsi tombe d'avance le reproche banal qu'on manque rarement d'adresser aux médecins aliénistes, et qu'on fera certainement à M. Trélat, de voir des fous partout et quand même. Qu'on lise attentivement les faits rapportés dans ce livre, et on verra qu'il y est bien question de vrais aliénés, c'est-à-dire de malheureux dignes de compassion, chez lesquels l'entendement est lésé, le jugement faussé, le sens moral oblitéré, la conscience muette, et le libre arbitre enchaîné, qui, privés, pour la plupart, de la notion du bien et du mal, ne mesurent ni l'étendue, ni la portée de leurs actes, mais sont irrésistiblement et fatalement poussés, en vertu même de leur organisation défectueuse.

saurait dispenser d'une exploration nouvelle par le toucher ; elle fournit, en effet, des notions qui s'ajoutent aux premières, et augmentent beaucoup les présomptions.

Si l'on examine les malades debout, après une marche assez prolongée, et surtout le soir après une journée de fatigue, on constate d'abord de l'empâtement profond avec ou sans œdème superficiel dans la région du mollet et dans le tiers inférieur de la jambe. Cet empâtement est plus ou moins dur : tantôt il rappelle l'induration inflammatoire chronique ; tantôt, au contraire, il est rénitent. Si la peau et les couches sous-cutanées sont œdématiées, on explore mal la région profonde ; mais si le contraire a lieu, le mollet, plus volumineux que de coutume, offre une consistance ferme et élastique intermédiaire à celle que les muscles présentent dans les états opposés de relâchement et de contraction.

La pression exercée dans ces conditions est ordinairement indolente ou peu douloureuse ; quelquefois, mais rarement, il en est autrement, comme j'en rapporterai un exemple ; en même temps, d'ordinaire, la jambe est fortement congestionnée ; si alors on fait coucher le malade et qu'on élève le membre, le toucher, pratiqué sous forme de frictions douces allant du talon au jarret, non-seulement cesse bientôt d'être douloureux, mais amène bientôt du soulagement. Cette espèce de massage méthodique fonctionnant dans le sens du courant veineux, contribue, avec l'attitude, à vider les vaisseaux, et fait rapidement cesser les phénomènes inhérents à leur distension. Théoriquement, ce résultat s'explique sans peine, et rend compte du soulagement qu'apportent aux malades les frictions diffuses auxquelles ils ont coutume de recourir instinctivement.

Les caractères révélés par le toucher augmentent de valeur quand on a soin de répéter la même exploration dans des conditions tout à fait opposées, c'est-à-dire le matin, au lit, après un repos de dix à douze heures, le membre ayant été préalablement tenu dans l'élévation sur un coussin : aussi ne saurais-je trop recommander cet examen complémentaire. Les parties offrent alors de grands changements : l'œdème sous-cutané et l'induration profonde ont, en général, disparu complétement ; le membre est devenu tout à fait indolent ; la veille il était plus volumineux que celui du côté opposé (supposé sain) ; maintenant il est égal ou même plus petit, dans tous les cas beaucoup plus mou ; la peau est redevenue lâche et mobile ; lorsqu'on saisit entre les doigts la masse du mollet, auparavant dure et résistante, on la trouve souvent flasque et d'une consistance spongieuse. Dans quelques cas où la maladie était très développée, aussi bien dans la profondeur qu'à la superficie, la palpation du mollet relâché m'a donné une sensation presque semblable à celle du varicocèle. On y constatait, en effet, des indurations, des nodosités au milieu d'un tissu mollasse. Les indurations sont d'ailleurs souvent produites par des phlébolithes, des caillots sanguins, vestiges de phlébites circonscrites ou de coagulations spontanées. La dissection montre très fréquemment ces lésions, qui sont communes, du reste, à toutes les dilatations variqueuses (1) (hémorrhoïdes, varicocèle, tumeurs érectiles veineuses, varices ovariques et génitales profondes).

J'ai déjà dit que j'attachais beaucoup d'importance aux changements que l'attitude amenait dans l'état anatomique du membre variqueux. Quelques minutes suffisent quelquefois pour les constater. Les manœuvres d'amphithéâtre et l'examen clinique montrent conjointement que les vaisseaux variqueux profonds et superficiels sont parfois susceptibles de se remplir et de se vider avec une extrême rapidité, suivant que le membre est vertical ou horizontal. L'explication en est facile à donner. Le réseau veineux du membre inférieur est dilaté, et le plus souvent atteint d'insuffisance valvulaire ; il en résulte que le sang s'y meut et s'y déplace avec autant de facilité que dans un système de tubes flexueux inertes et béants.

Les signes que je viens d'étudier sont de beaucoup les plus importants ; il me reste cependant à en signaler quelques autres plus rares, et par conséquent moins caractéristiques.

Les téguments de la partie inférieure de la jambe offrent souvent des taches brunes comme pigmentaires, ordinairement diffuses, et pouvant même occuper, sous forme de zone irrégulière, la région jambière immédiatement au-dessus des malléoles. Lorsque cette altération de couleur n'est pas l'indice d'une affection cutanée ancienne ou d'une ulcération cicatrisée, elle peut être considérée comme un signe précieux de l'affection variqueuse. J'ai, en effet, constaté à l'amphithéâtre qu'au niveau de ces taches les veinules les plus ténues du derme, les veines intradermiques, en d'autres termes, étaient fortement dilatées, et formaient des réseaux vasculaires dont les branches, pressées les unes contre les autres, atteignaient souvent jusqu'à un millimètre de diamètre. Sans doute leurs valvules sont insuffisantes, puisque l'injection la plus grossière y pénètre et les remplit. En suivant, au-dessous de l'aponévrose d'enveloppe, les troncs qui alimentent ces plexus quasi-microscopiques, j'ai presque toujours pu parvenir jusqu'à des vaisseaux plus développés ayant de 2 à 3 millimètres, et s'abouchant avec des varices profondes : aussi ces taches, origine fré-

(1) La phlébite des veines variqueuses intramusculaires n'est pas rare en l'absence de toute lésion semblable dans les varices superficielles, et réciproquement. J'ai montré récemment à la Société anatomique un bel exemple de phlébite des veines occupant le centre du soléaire. On y voyait des caillots solides et adhérents à la paroi qui obstruaient complétement la lumière des vaisseaux. Ceux-ci avaient en certains points le volume du petit doigt d'un adulte. On aurait certainement pu les reconnaître par la palpation à travers la peau. Après avoir mis le mollet dans le relâchement, les fibres musculaires qui entouraient le foyer de phlébite étaient assez profondément altérées ; elles étaient jaunâtres, friables, empâtées de graisse et de dépôts plastiques. Dans la même séance, M. Houël a mentionné un cas qu'il a observé sur le vivant, et dans lequel, malgré l'absence de varices sous-cutanées, il n'a pas hésité à diagnostiquer des varices profondes enflammées.

L'histoire de la phlébite intramusculaire est encore à écrire comme forme morbide distincte. L'étude des varices profondes l'éclairera beaucoup, ainsi que l'interprétation de certains épanchements sanguins survenant subitement ou sous l'influence d'un simple effort, en un mot sans traumatisme proprement dit. Cette dernière lésion, sur laquelle un chirurgien très distingué prépare, à ma connaissance, un travail, est commune au membre inférieur. Je soupçonne que parfois elle doit reconnaître pour cause des ruptures survenant dans les varices profondes.

---

D'ailleurs, que ceux qui poussent le culte de la liberté individuelle jusqu'à demander la destruction des asiles et des maisons de santé se rassurent. Le livre de M. Trélat n'est ni une conspiration, ni une menace contre l'indépendance de personne. L'auteur ne réclame point la séquestration pour les fous dont il parle. Il veut seulement que chacun puisse les connaître et les distinguer, afin de ne pas les admettre dans l'intimité du foyer, et d'éviter soigneusement leur alliance. Il pense contribuer ainsi à diminuer le nombre des unions malheureuses et des grandes calamités domestiques. « Quel malheur plus grand, en effet, que d'ouvrir le sanctuaire de la famille à un être dépourvu de raison, désordonné, insociable, agresseur, violent, injurieux, destructeur, malfaisant, cruel même ; à un insensé qui devient le fléau de la maison, dérange notre existence, flétrit nos joies les plus saintes, abreuve nos jours d'amertume, fait de l'association un combat, rend impossibles la paix, la tendresse du ménage, la bonne éducation de la famille et la sage administration de son bien ; imprime à notre nom une sorte de tache ineffaçable, communique à notre sang la souillure de sa maladie, perpétue la folie dans sa lignée, et nous frappe dans notre droit d'avoir des héritiers dignes de nous, et dans nos espérances, et dans notre devoir de donner à l'État des citoyens dignes de lui ! » S'allier avec un fou est un malheur plus affreux que de s'allier avec un forçat en rupture de ban. Un malfaiteur peut devenir un honnête homme ; un fou devient rarement raisonnable pour le reste de ses jours. Et au point de vue des descendants, le mariage, dans le premier cas, n'est-il pas infiniment plus calamiteux que dans le second ? Le vice et le crime ne sont pas aussi sûrement héréditaires que la folie. Un scélérat n'engendre pas forcément un scélérat ; mais il y a tout à craindre qu'un fou n'engendre un fou. « Ce malheur, dit M. Trélat, est plus grand que la mort ; car il tue ce qu'il y a de bon, laisse vivre tout ce qui nuit, tout ce qui afflige, et il se transmet chez les enfants, qui, au lieu de faire la joie et l'orgueil de la famille, peuvent faire son chagrin, son désespoir et sa honte imméritée. »

Voilà pourtant à quoi vous vous exposez, vous qui abaissez le mariage au niveau d'une question d'argent, d'une vile spéculation,

quente d'ulcères variqueux, sont-elles, à mes yeux, un indice presque certain de la phlébectasie sous-cutanée ou sous-aponévrotique.

Autre signe, les varices profondes s'accompagnent assez souvent d'éruptions diverses à la surface des téguments : tantôt ce sont de petits furoncles ou de l'ecthyma, ou de l'eczéma, tantôt les boutons ressemblent à ceux du prurigo; ils sont alors occasionnés par les démangeaisons très vives dont les malades sont parfois tourmentés lorsqu'ils ont marché ou sont restés longtemps debout. J'insiste beaucoup sur ce dernier phénomène, car la démangeaison cutanée précède souvent et de longtemps aux jambes l'apparition des varices sous-cutanées, comme à l'anus l'apparition des hémorrhoïdes; il est donc bon d'en tenir compte; elle siége surtout à la partie inférieure du membre.

Les variqueux accusent encore parfois un symptôme qui n'a pas, que je sache, été noté par les auteurs, et qui, sans être très rare dans le cas de phlébectasie intense, est cependant loin d'être constant. Je l'ai observé une fois de la manière la plus évidente, dans un cas où il n'existait que des varices profondes. Je veux parler de l'augmentation considérable de la sécrétion sudoripare limitée à la jambe affectée. J'ai noté ce singulier signe pour la première fois dans les circonstances suivantes : J'avais reçu à la consultation de l'hôpital Beaujon un malade d'une cinquantaine d'années atteint de varices, et qui, en souffrant beaucoup, désirait vivement en être soulagé; elles étaient énormes à la jambe gauche, rudimentaires à la jambe droite. Le retrouvant dans la salle le lendemain matin, avant de procéder à l'examen des parties je m'arrêtai quelques minutes à son lit, pour indiquer aux élèves ce que nous allions observer, et ce que je comptais faire. Le discours préparatoire terminé, je découvris brusquement le malade d'un seul coup et de la tête aux pieds (nous étions au printemps, la température de la salle était assez basse); puis j'examinai les deux membres juxtaposés. A peine quelques secondes s'étaient écoulées, que je vis la jambe gauche se couvrir subitement d'une sorte de rosée qui en peu d'instants augmenta à ce point que les gouttelettes finirent par se réunir et par faire de petits courants. Je retirai toute mouillée la main que j'avais appliquée sur la partie moyenne de la jambe. La sueur s'arrêtait au genou, et le membre du côté opposé n'offrait rien de semblable. La sécrétion s'exagérait donc précisément dans la région occupée par les varices très développées.

Je répétai deux ou trois fois la même expérience sur le même sujet et avec le même résultat; puis chez deux autres malades j'ai fait la même constatation, qui a fait défaut en revanche sur plusieurs autres. En interrogeant un certain nombre de personnes, j'ai appris d'elles que les membres variqueux étaient fréquemment le siége d'une humidité permanente et d'une desquamation épidermique abondante. Le suintement traverse bientôt les bas lacés ou élastiques, et dans certains cas les altère très vite.

Enfin j'ai retrouvé la même sueur circonscrite dans un cas où les varices superficielles étaient à peine indiquées, tandis que, suivant moi, les veines profondes étaient déjà amplement dilatées.

Ceci me conduirait à parler des différences de température qui existent entre deux jambes inégalement atteintes de phlébectasie ou entre un membre affecté et un membre sain. N'ayant obtenu à l'aide de la main seule que des résultats peu concluants et parfois même contradictoires, j'avais songé à instituer des expériences convenables à l'aide d'instruments de précision, mais je n'ai pu encore mettre ce projet à exécution. Je crois toutefois que cette recherche ne serait dépourvue ni d'intérêt, ni d'utilité pour la physiologie pathologique. Il faudrait tenir compte, bien entendu, et des saisons, et de la température ambiante, et de l'état de turgescence ou de vacuité des veines variqueuses.

On me pardonnera ces digressions, qui m'éloignent quelque peu du sujet principal de cette note. Je ne les eusse point faites si l'histoire des varices, en général, était complétement exposée; mais je crois pouvoir affirmer qu'il n'en est pas ainsi, et que cette affection si commune est loin d'être convenablement décrite. La connaissance des varices profondes, à elle seule, est de nature à modifier profondément les notions classiques, et nécessite absolument leur révision.

La symptomatologie que je viens d'exposer permettra, dans l'immense majorité des cas, d'arriver au diagnostic de la phlébectasie profonde. Cependant il sera toujours nécessaire de faire un examen très attentif et direct du membre affecté, car il est d'autres états pathologiques qui peuvent donner lieu à des troubles assez analogues, et qui réclament un tout autre traitement. Comme les maladies auxquelles je fais allusion possèdent d'autres signes pathognomoniques, je n'insisterai pas beaucoup sur le diagnostic différentiel, et me contenterai d'une énumération brièvement commentée : c'est d'ailleurs d'après l'expérience *que je parlerai*.

J'ai observé, il n'y a pas longtemps, un facteur de la poste qui était atteint d'un anévrysme poplité. Il se plaignait de douleurs dans le mollet, avec engourdissement, pesanteur et faiblesse du membre. De plus, les veines sous-cutanées étaient serpentines; cette grave affection avait été prise, pendant plusieurs mois, pour une simple dilatation variqueuse, et il faut reconnaître qu'à un examen superficiel on pouvait s'y tromper. Mais dès que j'eus porté la main dans le jarret, la nature réelle du mal fut bientôt reconnue. J'ai cru devoir, toutefois, consigner cette erreur, car souvent les varices se diagnostiquent à distance et par la simple inspection. De coutume cela suffit; mais on fera mieux encore d'explorer tout le membre par le toucher.

Lorsque les douleurs de la sciatique sont confinées à la jambe, et qu'elles sont peu violentes, elles s'accompagnent parfois d'engourdissement, de faiblesse du membre, et s'il existait en même temps quelques traces de varices, on pourrait attribuer à ces dernières les troubles fonctionnels. L'examen des antécédents, l'absence de gonflement, et surtout le défaut de soulagement subit par la position élevée et le repos, lèveraient les doutes, car les douleurs

---

et qui ne suivez, en le contractant, d'autre règle que votre cupidité et d'autre mobile que la vaniteuse prétention d'acquérir un titre ou d'augmenter votre fortune. *Auri sacra fames !*

Écoutez les sages conseils d'un esprit judicieux, d'une conscience droite, d'un cœur honnête ! Voici ce que vous dit un savant, qui est à la fois médecin et philosophe, et qui « aimant la famille de toute l'affection qu'il ôte involontairement au malade, a écrit, non point en haine des aliénés, mais moins dans leur intérêt que dans celui de leurs alliés : » — « Pour que le mariage soit saint, pour qu'il soit paisible, pour qu'il soit prospère, ne mêlez pas la maladie avec la santé. Cherchez avant tout, non une maison riche ou titrée, mais une race pure, une bonne santé physique et une bonne santé morale. Éloignez-vous des familles d'aliénés, des familles d'épileptiques, des familles d'imbéciles, et surtout de celles où se trouvent les malades décrits dans ce livre. »

M. Trélat voudrait bien ne devoir le triomphe de ces idées qu'au progrès des mœurs et de la raison; mais, dans la crainte, malheureusement trop bien fondée, que la persuasion ne suffise pas pour assurer le succès de la cause qu'il plaide, il fait timidement appel à l'intervention du législateur. Il demande que la loi interdise formellement et sûrement le mariage aux incapables, aux aliénés. Nous irons plus loin, et, comme corollaire de la prescription précédente, nous voudrions que la folie, quand elle préexiste au mariage, fût déclarée rédhibitoire, et constituât un cas de nullité. Oui, une loi qui mettrait des entraves au mariage des aliénés réaliserait un grand bienfait social; ce serait assurément le meilleur moyen, sinon d'éteindre, au moins de diminuer le terrible fléau de la folie, et d'en empêcher la propagation. Cette question me paraît très digne de toute la sollicitude des moralistes et des législateurs. M. Trélat, en la soulevant avec le double levier de son profond savoir et de sa vaste expérience, a fait un grand pas vers la solution. Espérons que l'auteur ne s'arrêtera pas en si beau chemin, et qu'oubliant bientôt les tristes réflexions et les sentiments mélancoliques qu'il a exhalés dans une préface pleine d'humeur et de découragement, il ne laissera pas à d'autres le soin de labourer le champ qu'il a défriché, ni de récolter le grain qu'il a semé !

névralgiques, aussi bien que les arthralgies rhumatismales ou syphilitiques, les douleurs ostéocopes, etc., persistent fréquemment pendant la nuit, si même elles ne sont pas exaspérées par la chaleur du lit.

J'ai vu un cas plus embarrassant, dans lequel j'ai fini par attribuer les phénomènes morbides à une sorte de paralysie incomplète des muscles péroniers et jambiers, qui, ne maintenant plus la fixité des articulations tarsiennes, permettaient des tiraillements dans les ligaments de ces articulations, et des douleurs analogues à celles de l'entorse légère.

C'est un caractère commun à plusieurs lésions des articulations et des parties molles du pied de provoquer des souffrances qui s'irradient à toute l'étendue de la jambe. Les cors, affection aussi locale que possible, en offrent l'exemple. Un peu d'attention suffira pour poser le diagnostic.

Il y a d'ailleurs une exploration thérapeutique bien facile à faire, et qui indique bientôt à quelle affection on a affaire. Je veux parler de la compression dans les cas de varices. Tantôt il suffit de presser largement avec les deux mains sur la masse du mollet pour amener du soulagement; tantôt il faut faire coucher les malades, exercer de bas en haut des frictions douces et méthodiques sur la jambe élevée, et fléchie au quart dans l'articulation du genou; enfin on applique un simple bandage roulé en commençant par la région métatarsienne. Il est rare que, séance tenante, par ces diverses manœuvres, on ne calme pas notablement les douleurs si elles sont réellement dures et la distension des veines profondes. Si l'expérience réussit, on prescrit l'usage d'un appareil contentif plus régulier et d'une action plus soutenue, tel que le bas lacé et le bas élastique.

Il est pourtant une circonstance qui pourrait induire en erreur, c'est celle dans laquelle la compression augmente les douleurs au lieu de les diminuer. Cela s'observe lorsqu'il existe une phlébite variqueuse profonde à l'état d'acuité. J'ai vu récemment un cas de ce genre des plus tranchés; mais la position élevée du membre suffisait déjà à calmer les douleurs. D'ailleurs le diagnostic n'était pas *douteux*, car il y avait en même temps des varices superficielles, des taches brunes diffuses au-dessus de la malléole interne, et même un petit ulcère variqueux Quand on palpait le mollet relâché, on y percevait très aisément des chapelets d'induration et des cordons noueux assez douloureux à la pression. Si pareil cas se présente, il faut employer les moyens antiphlogistiques locaux et le repos absolu jusqu'à la cessation complète de la douleur au toucher, alors la compression reprend son efficacité et son innocuité.

Partant de cette hypothèse, faite à l'amphithéâtre, que le point de départ des varices se trouve presque toujours dans les veines *intra-musculaires* du mollet, et que le sang ne pouvant s'écouler librement par les veines poplitées, reflue des vaisseaux des muscles dans le réseau sous-cutané, j'ai pensé qu'en comprimant localement et dans un point circonscrit les veines dilatées, on forcerait peut-être la circulation à quitter le labyrinthe variqueux pour s'engager dans les veines tibiales antérieures et postérieures et péronières, route normale pour le retour du sang veineux de la jambe et du pied.

En conséquence, j'ai conseillé à un malade qui m'avait été adressé par un confrère de province l'usage d'un bracelet élastique large de 8 centimètres, et qui était appliqué circulairement sur la partie la plus saillante du mollet. Chez ce sujet, les varices superficielles étaient peu développées; on ne voyait sous la peau qu'un petit nombre de rameaux serpentins allant de la région tibiale antérieure à la face postérieure, jusqu'à la ligne médiane occupée par la veine saphène externe. En revanche, les symptômes des varices profondes étaient très marqués et fort incommodes. Cet appareil si simple amena un très grand soulagement, et le patient, que j'ai revu plusieurs fois, s'est déclaré fort satisfait. Je ne puis dire si cette amélioration est maintenue, n'ayant suivi ce cas que pendant deux mois environ.

J'essayai le même moyen chez un second malade qui m'avait été adressé par M. Rayer : c'était un homme de cinquante ans environ, fort soigneux de sa personne et de sa santé, et qui s'observait très scrupuleusement; grand marcheur, grand chasseur, il était singulièrement gêné dans ses exercices par des varices très évidentes. Je lui conseillai la compression circonscrite, ce qu'il accepta d'autant plus volontiers qu'il se plaignait beaucoup du bas élastique, dont il avait essayé, et cela en raison de la chaleur que cet appareil lui causait en été. Je l'engageai à me tenir au courant du résultat qu'amènerait l'emploi du bracelet. Il partit quelques jours après pour la province, et je n'en ai point entendu parler. Je soupçonne qu'il aura tiré quelque profit de mon conseil, car il me semblait très disposé à faire tous les essais nécessaires. Nous nous étions d'ailleurs quittés en très bons termes, car il avait été surpris de la manière dont je lui avais décrit les malaises multiples qu'il ressentait. Ceci n'avait pourtant rien de remarquable, puisqu'en ce moment j'étudiais très minutieusement la symptomatologie de la phlébectasie.

Chez un troisième sujet, la compression circonscrite a eu de mauvais résultats : elle provoquait l'engorgement œdémateux de la région malléolaire, et la réplétion de varices assez fortes qui occupaient le dos du pied et les côtés du tendon d'Achille. Je dus en suspendre l'application. Peut-être aurait-il fallu comprimer plus bas que le mollet pour atteindre plus sûrement les varices profondes qui alimentaient les dilatations superficielles.

Sauf ces essais très incomplets, et qui constituaient, à mes yeux, plutôt une expérimentation qu'une thérapeutique, j'ai toujours eu recours au classique appareil compressif, c'est-à-dire au bas lacé ou élastique. J'emploie également les deux, suivant les cas, et voici en deux mots ce que j'ai l'habitude de faire, soit dans la pratique privée, soit au Bureau central, où, pendant plusieurs mois, depuis cinq ans, je distribue des appareils compressifs aux variqueux. Lorsque les varices sous-cutanées sont volumineuses, que

---

belle santé de M. Trélat et ses cheveux encore noirs, non-seulement lui promettent de voir la moisson, mais aussi lui assurent d'assez longues années pour mener à bonne fin son *Essai de clinique morale*, dont le présent volume n'est qu'un fragment et un chapitre détaché. *Hoc erat in votis!*

— C'est en vain qu'on chercherait la *folie lucide*, sur laquelle vient d'écrire si excellemment M. Trélat, dans la classification des maladies mentales proposée par M. le docteur Lisle. Ce savant et distingué médecin a adressé récemment une série de lettres à M. le Rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, pour montrer qu'il n'existe point de véritable classification de la folie, et que les essais tentés jusqu'à ce jour ne sont que de pâles reproductions de Pinel et d'Esquirol. Il se plaint, avec raison, que les manigraphes se soient toujours placés au même point de vue exclusif, « celui de ce qu'on pourrait appeler l'histoire naturelle de la folie, » et qu'ils se soient préoccupés outre mesure des nuances et des phénomènes superficiels, pour négliger l'essence même et le fond de la maladie. Il pense qu'une classification ne peut avoir un fondement solide, un but utile et une portée sérieusement pratique, qu'à la condition de permettre de suivre la filiation des symptômes, de remonter jusqu'à la cause réelle de tous les désordres observés, et, autant que possible, jusqu'au siége de la lésion, de poser enfin les indications, souvent très diverses, d'un traitement rationnel.

Jusqu'à présent M. Lisle ne doit pas craindre de trouver des contradicteurs. Mais, dès les premiers mots de sa classification, il va voir se dresser devant lui le bataillon carré des aliénistes organiciens, qui ne veulent, à aucun prix, admettre la *folie simple*, *psychique* ou *dynamique*, c'est-à-dire la souffrance de l'âme, la lésion du principe insaisissable, inconnu, qui préside aux phénomènes de l'entendement. Quant à la *folie compliquée* (folie sympathique ou viscérale, folie somatique ou encéphalique), je ne sache pas qu'il existe aujourd'hui un manigraphe assez entêté de vitalisme pour ne pas y adhérer pleinement et sans réserves. Il faudrait avoir perdu tout sens médical pour méconnaître la relation qui

la peau est mince, mais saine, que les sujets se livrent à de rudes travaux, je prescris le bas lacé ordinaire. S'il existe des vénosités nombreuses, que le membre soit turgescent ou œdémateux, que la peau soit disposée à s'excorier facilement, qu'elle présente des ulcères ou des cicatrices tendres, je délivre le bas élastique. D'ordinaire je conseille de placer l'appareil compressif par-dessus un bas de coton assez fin et j'ordonne avec insistance des lotions froides répétées au moins une fois dans les vingt-quatre heures, soit avec l'eau simple, soit mieux encore avec une décoction astringente d'écorce de chêne, de roses de Provins, de feuilles de noyer, etc.

Je terminerai cette note par la relation succincte de quelques cas de varices profondes que j'ai eu l'occasion de traiter avec succès, après les avoir diagnostiquées à l'aide des signes que j'ai énumérés plus haut.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIQUE. — M. *Alex. Mayer*, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un appareil destiné à porter directement dans les voies aériennes les substances médicamenteuses, appareil désigné sous le nom d'*inhalateur*, en présente aujourd'hui un nouveau modèle auquel il a fait subir diverses modifications qui doivent en rendre l'emploi plus sûr en même temps que plus commode pour les malades. (*Comm.:* MM. Andral, J. Cloquet.)

— M. *Hosford* adresse de Stratford-Grove, comté d'Essex (Angleterre), la formule d'un médicament qu'il dit avoir réussi contre le choléra-morbus toutes les fois qu'il était donné à temps. (*Renvoi à la commission du legs Bréant.*)

— M. *Milne Edwards* présente une série d'ouvrages sur l'histoire naturelle des vers intestinaux, par M. *Molin*, professeur à l'université de Padoue.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Meurthe et de Seine-et-Oise. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une observation d'hydrorachis traité avec succès par la ponction et les injections iodées, par M. *P. Sézerie*, médecin à Saint-Barthélemy (Lot-et-Garonne). (*Comm.:* MM. Blache et Bouvier.) — *b.* Une note de M. le docteur *Labalbary*, de Gourdon (Lot), sur l'efficacité des injections utérines dans le cas d'hémorrhagie puerpérale et d'inertie de la matrice. (*Comm.:* M. Jacquemier.) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Moulin*, en réponse à la réclamation que M. Leroy (d'Étiolles) fils a faite au nom de son père, relativement à l'instrument nommé *utéroscope*. — *d.* Une note sur un procédé simplifié pour obtenir l'albumine bicolore du sang veineux, par M. *Billiard*, de Corbigny (Nièvre). (M. Lecanu, *rapporteur.*)

Sur la demande de M. *le Président*, M. *Jobert* (de Lamballe) donne de bonnes nouvelles de M. *Isidore Bourdon*, blessé par un éclat de vitre dans la dernière séance.

*Lectures.*

M. *Briquet* lit un rapport officiel sur un travail du sieur *Roux*, relatif au traitement des maladies chroniques par l'électricité. L'auteur n'est pas médecin ; sa note témoigne de l'ignorance la plus profonde. Il y a donc lieu de répondre à M. le ministre, qui a envoyé le travail de M. Roux, que ni l'auteur ni le travail ne sont dignes ni de l'attention de l'Académie ni de l'intérêt de l'autorité. (*Adopté.*)

M. *Chatin* donne lecture d'un rapport sur une note de M. *Lepage*, pharmacien à Gisors, concernant les plantes médicinales qui croissent dans le vieux château de Gisors et dans ses environs.

M. Chatin donne l'énumération de ces plantes, et trace les caractères botaniques et les propriétés usuelles des principales d'entre elles.

Ce mémoire est d'un grand intérêt. Il est le fruit de longues et persévérantes études. M. le rapporteur propose de remercier M. Lepage pour son intéressante communication.

Cette conclusion est adoptée après une observation de M. *Boulay*, relative à la longueur du rapport.

*Discussion sur la morve.*

M. *J. Guérin* rappelle qu'au début de la discussion il a posé deux questions à MM. les vétérinaires, auxquelles il n'a pas encore été répondu d'une manière complète et satisfaisante.

La question de la morve est encore dans un état voisin du chaos, malgré bien des tentatives généreuses. Sur ce point, la science n'est pas encore à un niveau convenable. La principale preuve de la confusion qui règne sur ce sujet se trouve dans les dénominations si diverses qui servent à désigner les différentes manifestations de la maladie. M. Guérin voudrait savoir s'il ne serait pas possible de simplifier la nosologie sur ce point.

En second lieu, M. Guérin se demande s'il n'y a pas à côté de la véritable morve des cas qui ressemblent à la morve, mais qui n'ont pas la gravité de la morve même, et qui peuvent donner facilement le change à l'observateur sur le pronostic.

M. Guérin s'étend ensuite sur la distinction qu'on doit établir entre la compétence clinique ou professorale, que M. Bouley

---

existe quelquefois entre le désordre intellectuel et une lésion viscérale ; il faudrait n'avoir jamais ouvert un cadavre pour nier que l'idiotie, la démence, la paralysie générale, le *delirium tremens*, la folie ébrieuse, et beaucoup d'autres formes d'aliénation mentale se rattachent directement à une altération congénitale ou acquise de la substance encéphalique.

A. LINAS.

---

ERRATA. — Dans notre dernière *Revue professionnelle*, au sujet du mémoire de M. Claparède *sur la circoncision* (n° 27, p. 431), un contresens est résulté d'une faute typographique ; au lieu de : « retranchez-le (le prépuce), et vous êtes *astreint* d'abord au phimosis, etc. », il faut lire : « Retranchez-le, et vous *échappez* d'abord au phimosis, etc. »

Au *Premier Paris* (même n°, p. 423, ligne 28), on a imprimé *Stœber* au lieu de *Strohl*.

— Par décret du 26 juin 1861, M. Duval (Auguste-Eugène), second chirurgien en chef de la marine, a été promu au grade de 1er chirurgien en chef.

— Par arrêtés des 2 et 4 juillet, M. Schimper, docteur ès sciences, est chargé du cours de géologie et de minéralogie, en remplacement de M. Daubrée, appelé à d'autres fonctions.

M. Brullé, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon, est nommé doyen, en remplacement de M. de Christol, décédé.

M. Lespès, chargé, à titre de suppléant, de la chaire de minéralogie et de géologie, est chargé de ladite chaire, en remplacement de M. de Christol, décédé.

— La distribution des prix de l'école d'accouchement de Paris a eu lieu vendredi dernier, sous la présidence de M. le docteur Cullerier et en présence de MM. les docteurs Danyau, Béraud, chirurgiens professeurs ; de M. le docteur Delpech, médecin de la Maternité, et de plusieurs hauts fonctionnaires de l'administration.

Le 1er prix, médaille d'or, théorie et pratique des accouchements, a été remporté par mademoiselle Pescheux ; 2e prix, mademoiselle Poul... ; 3e prix, mademoiselle Courtois ; 4e prix, madame Le Beurrier.

Les prix de clinique ont été partagés entre mesdemoiselles Rose, ...vèze, Aubert et Balségur.

Prix de saignée, mademoiselle Pescheux ; Prix de vaccine, madame ...veland ; prix de botanique, mademoiselle Courtois.

possède à merveille ; et la compétence scientifique, qui appartient à tous les membres de l'Académie, et que M. Guérin croit posséder aussi bien que personne.

Cela dit, l'orateur rappelle que, pendant deux ans, il a eu l'occasion d'observer des cas de morve, des cas amoindris, et dans lesquels tout le monde n'aurait pas consenti à reconnaître les caractères de l'affection morveuse. Parmi les animaux affectés, qui en général ne présentaient que le glandage et le jetage, presque tous ont guéri. M. Bouley a contesté ces guérisons, ou plutôt il a émis des doutes sur le diagnostic. J'ai dit ce que j'avais vu, ajoute M. Guérin. J'ai vu des chevaux promptement guéris sans aucun traitement. Autour de ces chevaux n'ayant que des phénomènes légers de la morve, il y en avait d'autres présentant les signes les plus évidents, les plus incontestables de la morve. J'ai donc pu logiquement en conclure que les uns comme les autres avaient la morve, quoiqu'à un moindre degré. M. Bouley ne veut pas admettre cette conclusion. Pour lui, tous les chevaux qui ne meurent pas fatalement n'ont pas la morve, et il admet si bien la mortalité inévitable de la morve, qu'il condamne impitoyablement tous les chevaux morveux à être abattus. Mais s'il fait tuer tous les chevaux morveux, comment peut-il savoir si quelques-uns ne pourraient pas guérir?

On a soutenu que deux formes de la maladie guérissaient souvent : c'est ce qu'on pourrait nommer la pseudo-morve, et le pseudo-farcin. Eh bien, pour M. Bouley, ces affections n'ont rien de commun avec la véritable affection farcino-morveuse.

Pour moi, le caractère positif, essentiel de la morve, c'est la contagiosité, la transmissibilité. La non-contagion de la gourme des chevaux, ou pseudo-morve, est l'unique raison qui m'empêche de regarder cette lésion comme un dérivé pathologique de la morve. Pour être convaincu, je voudrais qu'on me fournît des expériences bien concluantes, bien péremptoires de transmissibilité.

Quant au traitement, je n'ai aucune prétention à donner des conseils ; mais je veux revenir sur un mode de propagation de la morve que je crois avoir indiqué le premier, et dont il faut tenir compte, à mon avis, pour l'institution d'une thérapeutique rationnelle et efficace. Il est hors de doute pour moi que l'air qui, dans l'inspiration, traverse les fosses nasales profondément altérées s'y imprègne de principes miasmatiques qui vont, en pénétrant dans les poumons, porter d'une manière continue l'infection morveuse dans l'économie. Il y a là une source intarissable de la maladie, un foyer qui constamment reproduit les germes du mal et les introduit à flots dans l'organisme.

Je crois donc qu'il est de la plus haute importance de chercher à détruire ce foyer d'infection. Dans ce but, j'ai proposé des injections avec une solution de tannin.

En résumé, le diagnostic que j'ai porté dans les cas que j'ai observés a reposé sur deux circonstances : 1° l'observation de phénomènes analogues à ceux de la morve ; 2° le voisinage d'animaux très évidemment atteints de la morve.

Enfin les faits que j'ai vus me portent à croire qu'il existe certaines manifestations de la morve curables spontanément, et, *à fortiori*, curables par un ensemble de moyens appropriés.

J'arrive maintenant à la question de principes.

M. Tardieu, selon moi, a étudié la morve de trop près ; il l'a envisagée d'un point de vue trop restreint et pas suffisamment élevé. Aussi M. Tardieu me semble-t-il avoir commis une méprise en adoptant pour base de sa nosologie les manifestations de la morve, au lieu de prendre la cause même de l'affection, et en regardant le jetage comme le signe essentiel, pathognomonique de la morve.

En consultant mes collègues et les auteurs qui ont écrit sur la morve, j'ai constaté que tous sont d'accord pour faire dériver la morve d'un seul et même principe virulent. Comment se fait-il donc qu'on trouve encore dans les livres la morve aiguë, la morve chronique et le farcin, décrits séparément et comme des affections distinctes? Pourquoi M. Tardieu nous a-t-il présenté aussi ces lésions comme indépendantes les unes des autres? La distinction de la morve et du farcin aigu, basée sur le siége du jetage, me paraît ne reposer sur aucune base sérieuse.

Qu'importe, en effet, que le jetage provienne du nez ou des poumons? Cela est-il suffisant pour justifier une division nosologique? Les symptômes n'ont aucune espèce de fixité, la cause seule est durable et permanente. Aussi faut-il la prendre définitivement pour point de départ de la nosologie de la morve.

Ce qu'il faudrait faire pour parvenir à ce but, ce serait de rechercher les circonstances qui font qu'un même virus donne lieu à des manifestations différentes, qu'une même cause produit des effets variés.

La nomenclature de la morve a donc besoin d'être modifiée, et modifiée radicalement d'après les principes que je viens d'exposer. Je proposerais, à cet effet, l'adoption d'une morve aiguë, d'une morve chronique, d'une morve muqueuse, d'une morve cutanée, d'une morve généralisée, enfin d'une cachexie morveuse.

M. *Renault* demande la parole pour la prochaine séance.

M. *Tardieu*. Il demeure établi aujourd'hui que les idées émises par M. Guérin ne lui appartiennent pas en propre, mais sont dans le domaine de la science.

Quant au reproche qu'il m'a adressé, je ne puis l'accepter. J'ai admis une cause unique pour l'affection farcino-morveuse. Seulement, ce virus donnant lieu à des expressions phénoménales variées, il est bien nécessaire de faire des descriptions différentes, correspondant à ces variétés de symptômes.

*Présentation.*

M. *Bouley* met sous les yeux de l'Académie un fragment pulmonaire, provenant d'un cheval âgé de cinq ans, qui offrait à l'extérieur les phénomènes de la morve bénigne, ne présentant qu'une ulcération très légère sur le bord des fosses nasales, et qui avait des abcès dans les sinus nasaux, des tubercules et des collections purulentes dans les poumons.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DES 3 ET 10 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA VACCINATION. — LIGATURE D'UNE ARTÈRE OSSIFIÉE. — AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE. — ANCIENNE FRACTURE DE L'OLECRANE NON CONSOLIDÉE.

M. *Verneuil* a communiqué au nom d'un médecin de province, M. Haller, l'observation d'une vaccination qui a été suivie, chez un enfant de deux ans, fort et bien constitué, d'accidents qui ont mis les jours de cet enfant en danger. Un érysipèle phlegmoneux, avec abcès successifs, a occupé les régions axillaire et sous-pectorale pendant six semaines. Sept abcès se sont ouverts dans l'aisselle, sous la clavicule ou sous le muscle grand pectoral, et les symptômes généraux ont été assez graves pour que l'auteur de l'observation les ait rapprochés de ceux d'une méningite.

On n'a pas vu dans ce fait, à la Société de chirurgie, autre chose qu'une complication, comme celles qui peuvent survenir à la suite de toutes les opérations, si insignifiantes qu'elles soient. La qualité du vaccin n'a pas été incriminée.

M. *Robert* voudrait qu'on diminuât les chances des accidents inflammatoires consécutifs aux piqûres, en mettant entre celles-ci beaucoup plus d'intervalle qu'on n'en met généralement. Ses collègues, MM. *Guersant*, *Danyau*, *Giraldès*, expriment la même opinion. Toutefois M. Giraldès croit qu'il faut attribuer plus d'importance à l'état général des enfants vaccinés, qu'au rapprochement plus ou moins grand des piqûres. Car les érysipèles phlegmoneux, à la suite des vaccinations, même les mieux faites, ne sont pas rares à l'hospice des Enfants assistés, dont la population présente tant d'aptitudes morbides.

M. *Chassaignac* ne pense pas qu'en général on puisse inoculer,

en vaccinant, autre chose que le virus vaccin; mais il croit devoir rappeler que si l'on emprunte le vaccin à un sujet syphilitique, et qu'en même temps que du vaccin on emprunte du sang sur la lancette, on peut donner la syphilis au sujet qu'on vaccine avec cette lancette. Quant à la nécessité d'éloigner les piqûres, M. Chassaignac l'admet si bien qu'il conseille de n'en faire qu'une seule à chaque membre.

— M. *Broca* a présenté une artère ossifiée qu'il avait liée dans les conditions suivantes : Un homme de soixante-neuf ans reçoit un coup de pied de cheval à la partie inférieure de la jambe. Il en résulte une plaie contuse et une fracture communiquant avec la plaie, et au bout de quelques jours la gangrène envahit la jambe. M. Broca fait l'amputation au lieu d'élection Il s'aperçoit que les artères saignent très peu et qu'elles ne s'affaissent pas sous le pouce quand il veut les saisir. Sans s'arrêter un seul instant à l'idée de boucher la lumière du vaisseau avec un fragment de sonde ou avec un peu de cire, procédé aussi antiphysiologique que possible, il se décide à essayer d'abord d'affaisser les parois artérielles sous la pression d'une ligature assez forte pour briser la tunique ossifiée.

Dans le cas d'insuccès de cette ligature, il aurait, avec des pinces à mors plats, mâché les bouts des artères, dans une longueur d'à peu près 2 centimètres. Les vaisseaux auraient été ainsi obstrués par de petits fragments ossiformes, très favorables à la formation du caillot hémostatique. Une ligature large et plate, fortement serrée, suffit pour arrêter tout écoulement de sang. Dès le lendemain de l'opération, la gangrène s'était emparée du moignon, et, neuf jours après l'amputation, le malade succombait. M. Broca a pu s'assurer de l'état dans lequel étaient ses deux artères ligaturées. Il ne fut pas peu surpris de voir qu'elles ne contenaient pas de traces de caillot. Il n'a pas pu avoir les renseignements que lui a demandés M. Verneuil, et qu'il aurait désirés lui-même sur l'état du sang dans le cœur. Il est très possible que la fluidité anormale du sang ait empêché la production des caillots. Le malade de M. Broca se trouvait, ainsi que l'a dit M. Chassaignac, dans les conditions où cette diffluence du sang s'observe fréquemment, puisqu'il avait subi une grande violence extérieure, suivie de gangrène.

— M. *Verneuil* a présenté à ses collègues une jeune fille chez laquelle il a fait, il y a quatre ans, une désarticulation tibio-tarsienne. L'opération que M. Verneuil se proposait de faire d'abord était une amputation sous-astragalienne; mais, s'étant aperçu que l'astragale était malade, il l'enleva. Il lui restait donc des lambeaux très grands, même pour ceux qui tiennent à les proportionner aux surfaces à recouvrir. Mais M. Verneuil se garda bien d'en diminuer la longueur, et le résultat a été parfait.

La malade marche presque sans claudication; elle prend son point d'appui sur l'extrémité des malléoles, et surtout sur la malléole externe. Elle fait presque deux lieues sans grande fatigue.

M. *Désormeaux* croit qu'il est utile, dans les désarticulations tibio-tarsiennes, de ne pas scier les deux malléoles. Il est porté à attribuer les accidents (abcès successifs du moignon) qu'il a observés à la suite de sa dernière opération, à ce qu'il avait enlevé les malléoles.

— M. *Verneuil* a donné ensuite des nouvelles d'un malade qu'il a guéri par la ligature de l'artère fémorale d'un anévrysme de la poplitée. Pendant longtemps, cette guérison lui avait inspiré quelques doutes, à cause de la persistance des battements dans le creux poplité. Mais aujourd'hui que ces battements ont disparu, la guérison lui paraît, ainsi qu'à M. Richet qui a examiné le malade, entièrement assurée.

— M. *Laborie* a présenté une pièce anatomique très belle, mais peu chirurgicale, consistant dans une énorme hypertrophie du cœur gauche, et dans un rétrécissement par altération osseuse des valvules aortiques. Avec cette pièce, M. Laborie en a apporté une autre non moins intéressante et beaucoup plus chirurgicale. Elle consiste dans une articulation du coude très anciennement malade, bien que le sujet sur lequel elle a été recueillie se servît très bien de son bras, et se livrât à d'assez rudes travaux de jardinage.

Malheureusement tous les renseignements étiologiques manquent dans ce cas; on en est réduit à interpréter les altérations anatomiques. On est frappé d'abord de l'inégal développement qu'ont pris, dans l'extrémité inférieure de l'humérus, les parties qui regardent le cubitus et celles qui regardent le radius. Le radius, dont la tête est trois fois plus grosse qu'à l'état normal, sans qu'elle ait changé de forme, s'articule avec une surface convexe et assez régulièrement arrondie qui occupe presque les trois quarts de l'extrémité inférieure de l'humérus. La trochlée est réduite à de très petites dimensions, et sa surface offre une éburnation des plus complètes. La même éburnation se voit sur toute la surface articulaire du crochet cubital. L'olécrâne est divisé dans sa partie moyenne par une fracture transversale non consolidée. Les deux fragments glissent l'un sur l'autre. Il existe aussi sur cette pièce une autre fracture non consolidée de l'épitrochlée.

L'existence de cette dernière fracture a été mise en doute par M. Broca, qui verrait plutôt dans ce qu'on prend pour un fragment osseux détaché de l'épitrochlée une production osseuse accidentelle, comme il s'en développe autour des articulations affectées d'arthrite sèche. Cette articulation lui semble, en effet, présenter tous les caractères des arthrites sèches : hypertrophies osseuses, éburnations, végétations osseuses périphériques, etc. La fracture de l'olécrâne pourrait bien n'être qu'une fracture consécutive à l'arthrite sèche elle-même.

D^r P. CHATILLON.

---

**Société médicale des hôpitaux.**

SÉANCE DU 10 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. NATALIS GUILLOT.

DE LA CHROMHIDROSE

Toute cette séance a été consacrée à la question de la chromhidrose. M. *Béhier* a lu un rapport au nom de la commission nommée dans la précédente séance.

M. *Béhier* rappelle d'abord l'état de la question et les circonstances qui ont amené la Société des hôpitaux à nommer une commission pour examiner la malade envoyée de Brest par M. Leroy de Méricourt comme un type de l'affection nommée *chromhidrose*. La commission n'avait pas à rechercher des interprétations théoriques, elle n'avait pas à se préoccuper de « l'intérêt que pouvait avoir ou ne pas avoir telle ou telle personne à ce que ses paupières fussent habituellement colorées en noir, non plus qu'à interpréter la moralité de ces personnes. » Les annales de la science n'offrent que trop d'exemples de maladies simulées, et de pareils arguments n'ont aucune valeur scientifique. La tâche de la commission se bornait « à rechercher seulement la réalité ou la fausseté d'un fait, à démontrer si la coloration noire qui était soumise à son examen était bien réellement le résultat d'une sécrétion anormale se manifestant sur les paupières inférieures, ou si au contraire, loin d'être spontanée, elle n'aurait pas besoin, pour se produire, de quelque secours étranger qui la rendrait purement artificielle. »

M. Béhier raconte alors comment la commission s'est réunie pour la première fois le 29 juin 1861, à trois heures et demie, chez M. Roger, secrétaire général de la Société, qui avait déjà, le 28 juin, reçu une première visite de madame X..., la malade envoyée par M. Leroy de Méricourt, et de son mari :

« Lorsqu'elle a paru à notre réunion du 29 juin, M. Roger a trouvé que cette coloration était beaucoup plus considérable que lors de la première visite de madame C... Cette dame et son mari ont raconté, pour expliquer cette différence, que le matin même du 29 juin une lettre reçue par la malade l'ayant très vivement impressionnée, la coloration noire avait pris une intensité beaucoup plus considérable. On nous affirma qu'aucun lavage, aucun frottement n'avaient été opérés sur les yeux depuis le départ de Brest. La réunion se composait de MM. Guérard, Legroux, Roger, Gubler, Robin, Dechambre, membre associé de notre Compagnie.

et Béhier. M. Vulpian s'était excusé de ne pouvoir assister à cette séance. »

Vient ensuite le récit fait par madame C... de l'origine de sa maladie. Cette jeune femme, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament très nerveux, mais d'une bonne santé, sauf quelques accidents névropathiques, a vu apparaître au début d'une seconde grossesse la coloration des paupières, qui persista jusqu'à douze ou quinze jours après l'accouchement, et reparut par la suite dans une troisième et une quatrième grossesses, et à la suite de quelques accidents névralgiques. La coloration ne paraît pas en relation avec la menstruation, assez irrégulière d'ailleurs ; mais les émotions morales semblent avoir une influence marquée. Le phénomène s'accompagne toujours de faiblesse de la vue, d'une susceptibilité générale plus grande et même d'une tendance à la syncope. A la suite, les paupières sont pendant quelque temps le siége d'une desquamation assez marquée.

« Au moment de notre examen, le 29 juin 1861, à deux heures et demie, les deux paupières inférieures étaient le siége d'une coloration noire très intense, d'apparence légèrement granuleuse sur quelques points, et dont la surface est terne, non luisante, ne donnant pas l'idée d'une couche liquide ou huileuse. Dans les rides légères que l'on remarque sur les paupières, la coloration est plus pâle. Elle est plus foncée, au contraire, en se rapprochant des cils inférieurs ; elle le paraît aussi dans le sillon qui sépare inférieurement la paupière de la joue. Toutefois, sur ce point, la coloration ne cesse pas brusquement, mais bien par une dégradation de teinte assez ménagée, quoique peu étendue. Cette nuance intermédiaire s'étale peut-être un peu plus vers la partie interne de la paupière inférieure, où l'on trouve des veines sous-cutanées véritables assez marquées et d'une couleur bleue assez foncée. Sur ce même point, comme sur les cils de la paupière supérieure, et vers l'angle interne des yeux, on rencontre de petits grumeaux de matière colorante un peu plus volumineux, et qui paraissent résulter d'une réunion de grains plus petits, groupés et agglutinés les uns avec les autres, spontanément ou par le fait des mouvements de clignement des paupières, mouvements très fréquemment répétés et très énergiques. En examinant ces surfaces avec une loupe d'un grossissement de 4 à 5 diamètres, on constate qu'elles sont recouvertes d'une couche noire dont les grains ne sont pas enchâssés comme s'ils sortaient d'orifices glanduleux, mais bien placés et comme déposés à sa surface, plus nombreux sur les stries saillantes de la peau que dans les sillons épidermiques, dans le fond desquels les grains sont plus volumineux. La surface ainsi colorée est terne, et le duvet qui recouvre la peau n'est pas coloré par la matière noire, qui s'accumule, au contraire, à la base des cils de la paupière supérieure et de la paupière inférieure, et ces derniers, vus à la loupe, sont, en outre, parfois réunis deux à deux et comme accolés. En frottant légèrement la surface avec un linge fin, une partie de la matière noire reste adhérente au linge sans que la nuance de la paupière soit grandement modifiée. On a ensuite cherché à enlever la totalité de la matière colorante de la peau pour l'examiner, et voir en même temps si elle se reproduirait et comment elle se reproduirait. L'eau ne suffisant pas, on eut recours à la glycérine et à un léger grattage avec une curette d'or. La matière recueillie fut soumise à un examen ultérieur; le reste fut enlevé avec un linge fin, mais il resta, par suite d'un lavage incomplet, une faible coloration anormale marquée surtout vers l'angle externe de l'œil. La peau ainsi nettoyée présentait à la loupe, et surtout dans le voisinage des cils, des grains noirs très fins remplissant les plis épidermiques. »

La matière noire examinée au microscope a présenté une apparence amorphe, granuleuse, fragmentée, opaque, et une teinte noire sans reflets bleus appréciables, sans aucune trace d'organisation. On y voit mêlés des fragments de tissus de coton, de fil, de laine, des grains de fécule, des grains de pollen, et de petits fragments de carbonate de chaux et de silice, en un mot tout ce que présente habituellement la poussière (1) répandue dans l'atmosphère. Madame X... et son mari ont affirmé, à plusieurs reprises, que jamais il n'a fallu moins d'une heure, et souvent quatre et plus, pour voir la coloration se reproduire.

A partir de l'instant où la paupière avait été nettoyée, madame X... a été l'objet d'une surveillance attentive de la part des membres de la commission. M. le rapporteur raconte les incidents divers de cette surveillance. Au bout d'une heure un quart rien n'avait paru. Elle eut alors besoin de se moucher, et l'on observa avec soin ses mains et le mouchoir, pour voir s'il n'y aurait pas quelque tentative de faite pour appliquer quelque substance colorante nouvelle. Le rapport reconnaît qu'aucune tentative de ce genre ne fut faite. Quelques mouvements nerveux accusés par la malade, des clignements énergiquement répétés furent suivis d'une sueur abondante aux mains et à la face. Une sécrétion d'apparence huileuse, mais nullement colorée, se montra autour des paupières, et en même temps la nuance de la paupière inférieure gauche *parut plus foncée* aux deux seuls commissaires encore présents. Bientôt cette agitation cessa, et madame X... partit. En ce moment (six heures vingt minutes du soir), la paupière, lavée avec la glycérine, teignit encore en noir le linge qui servit à l'essuyer une dernière fois. Rendez-vous fut pris pour une nouvelle séance le surlendemain, et prière fut faite à madame X... d'enlever elle-même à l'avance la coloration, peu de temps avant de venir, pour abréger d'autant la période d'attente.

Le jour convenu (1er juillet), madame X... revint à trois heures et demie. Elle raconta que, dès le 29 juin au soir, la coloration s'était reproduite et avait subsisté jusqu'au 1er juillet au matin, moment où madame X... l'avait enlevée incomplétement, comme on en était convenu. La commission constata une coloration médiocre, plus prononcée à droite qu'à gauche vue à la loupe ; la matière présentait les mêmes caractères qu'au premier examen. Elle est accumulée surtout au bord libre des paupières à la base des cils et à l'angle externe de l'œil. M. Gubler nettoya la moitié interne de la paupière inférieure droite ; mais il resta encore une nuance grisâtre. On ne voyait à la loupe aucun conduit glandulaire rempli de matière colorante. Vers cinq heures et demie, la malade accusa un léger malaise ; la face rougit et se contracta ; les paupières se couvrirent d'une sécrétion sébacée, d'apparence huileuse, qui parut donner à la coloration une nuance plus noirâtre ; mais bientôt tout rentra dans l'ordre ; la rougeur se dissipa, l'apparence huileuse disparut, et il fut évident que la coloration n'avait pas le moins du monde augmenté. La commission se sépara après trois

(1) M. Gubler s'est livré à un examen microscopique et chimique de cette substance, dont il a consigné les résultats dans une note jointe au rapport de M. Béhier. Les éléments de la couche colorée sont, dit-il, de dimensions très variables, les uns réduits aux proportions de ce qu'on nomme granulations moléculaires, les autres atteignant quelquefois les dimensions d'une des cellules épidermiques de la région cutanée qu'ils accompagnent. Les granules colorants sont noirs et opaques ; les plus grands ont la forme de tables peu épaisses, d'un contour irrégulier, anguleux ; il est impossible d'y découvrir aucune configuration rappelant les tissus pigmentaires. Les réactifs, tels que l'ammoniaque, l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique, l'acide acétique, n'agissent que sur les éléments épidermiques, sans attaquer la matière noire dont ils foncent plutôt la nuance. Leur action permet de constater la présence de quelques fragments de silice et de carbonate calcaire. L'iode colore les matières épidermiques et décèle la présence de quelques granules d'amidon ; enfin l'éther dissout les matières sébacées et rend la matière noire plus apparente. Son pouvoir absorbant pour la lumière place cette substance parmi les matières colorantes les plus carbonées. Sa coloration, d'un noir franc, sans nuance bleue, s'éloigne des couleurs bleues dites végétales qui sont azotées, de l'hématocyanine, de la cyanurine et de ce que M. Gubler appelle l'indigose urinaire, aussi bien que du bleu de Prusse, auquel ses réactions chimiques ne permettaient pas de songer. Elle la rapproche, au contraire, des pigments noirs de l'économie, qui résistent à l'action destructive des acides les plus énergiques, mais non à celle de l'eau régale : encore, parmi ceux-ci, n'y a-t-il que la matière noire du poumon qui résiste à l'acide chlorhydrique bouillant ; aussi s'accorde-t-on à considérer cette dernière comme du charbon presque pur. C'est aussi ce que paraît être la substance reconnue chez madame X..., et, parmi toutes les substances charbonneuses, le noir de fumée est celle qui la rappelle le mieux. « C'est la même opacité, la même couleur d'un noir franc ou légèrement brunâtre, la même configuration irrégulière des parcelles. » En résumé, 1° la couleur noire des paupières de madame X... diffère considérablement des matières bleues végétales ou animales, et même de la plupart des pigments noirs de l'économie humaine ; 2° elle se rapproche de la matière noire des poumons, elle offre au microscope des caractères *presque identiques avec le noir de fumée.*

M. Vulpian a confirmé ces résultats par une nouvelle remarque : les pigments noirs de l'économie sont, il est vrai, inattaquables par les acides forts ; mais il en est un cependant qui les détruit promptement, c'est l'eau régale bouillante ; la matière noire du poumon, le carbone pur, résistent seuls à ce réactif. Or, la matière recueillie chez madame X... a résisté également ; on ne peut donc contester que ce ne soit du carbone pur.

heures d'observation, mais M. et madame X... restèrent jusqu'à dix heures et demie du soir dans la maison de M. Roger, qui constata que rien ne se reproduisit de toute la soirée.

Le lendemain, 2 juillet, à une heure, nouvelle séance. Madame X... raconte que la coloration n'a pas reparu depuis la veille, bien qu'elle n'eût pas nettoyé ses yeux exprès. On n'observe plus qu'une nuance très légère au niveau du bord des paupières. Jusqu'à cinq heures, les choses sont restées sans aucun changement ; M. et madame X... ont alors renoncé à l'expérience, obligés, disaient-ils, de retourner le lendemain dans leur pays. La commission se trouvait d'ailleurs suffisamment éclairée.

Ainsi, à la première séance, la peau nettoyée avait paru un instant reprendre une teinte un peu noirâtre. A la seconde, cette apparence s'était reproduite, mais un examen attentif avait montré qu'elle n'avait rien de réel. A la troisième, il n'y avait pas eu la moindre reproduction. Le phénomène diminuait à mesure que l'examen se prolongeait. Quelle était la valeur de ce retour apparent, momentané, observé à la première séance? Était-ce une véritable reproduction ou une simple illusion? M. Vulpian fit observer que la sécrétion sébacée qu'on avait notée à la seconde séance donnait une explication plausible du fait, la matière noire n'ayant pas été complétement enlevée, et que l'intervention d'un corps gras avait pu raviver la teinte, comme on voit un corps gras aviver la teinte des cheveux, ou un vernis raviver les nuances d'un tableau embu. Cette explication semblait satisfaisante, puisque la reproduction n'avait plus été soutenable à la seconde séance. M. Béhier a voulu toutefois se rendre un compte exact de la valeur de l'explication, en entreprenant quelques expériences avec les matières colorantes artificielles employées pour peindre le visage, notamment dans quelques professions. Les cosmétiques généralement employés à cet usage, qui lui avaient été communiqués par une fabrique de parfumerie importante, sont les suivants : 1° une pâte débitée en boîte, avec addition d'une petite brosse et d'une petite estompe, et connue sous le nom de *fard indien* ou de *Hemmé de Sennaar;* 2° une préparation débitée sous forme de crayons contenus dans un étui d'ivoire, et connue sous le nom de *crayons mystérieux;* 3° une substance pulvérulente débitée sous le nom de *Koheuil* ou de *Pyrommée*. M. Béhier a expérimenté sur lui-même et sur une autre personne l'effet de ces substances, et a pu reproduire à s'y méprendre les apparences de la coloration qu'on avait observée chez madame X.... Depuis la teinte première jusqu'aux nuances de plus en plus dégradées par les lavages, les linges ont présenté une teinte analogue de tous points à celle qu'on avait obtenue devant la commission. L'examen microscopique, les réactifs chimiques ont donné des résultats entièrement semblables à ceux que M. Gubler avait obtenus dans ses expériences. M. Béhier a de plus noté l'extrême persistance de ces colorations à la surface de la peau, à la suite de lavages répétés, et la faculté de teindre encore les linges d'une manière appréciable pendant très longtemps. Les clignements des paupières ont eu aussi pour effet d'accumuler la matière vers les angles externes des yeux et dans les plis de l'épiderme. De plus, la sueur provoquée par un exercice actif a paru aviver la nuance noire de la peau; tout porte donc à admettre l'explication que M. Vulpian a donnée de cette apparence. Sous l'action des réactifs les plus puissants, même de l'eau régale, la substance noire n'éprouve aucune altération ; il y a similitude complète entre le résidu de ces cosmétiques et la matière recueillie chez madame X.... Enfin, M. Béhier a obtenu de l'obligeance des parfumeurs la formule des préparations artificielles employées, et peut, sans trahir le secret de leur fabrication, annoncer que leur base commune est le *noir de fumée*. Or, M. Gubler était arrivé à reconnaître que la substance recueillie chez madame X... était aussi du *noir de fumée*.

Chacun peut tirer les conclusions de ces prémisses et se faire une idée de la réalité des faits observés chez cette dame. Mais il reste un point en question, signalé dernièrement dans une note présentée par M. Robin à l'Académie de médecine (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 24). Cet habile observateur, examinant une matière recueillie chez une personne atteinte de chromhidrose ou chromocrinie, y a reconnu la présence d'une substance analogue à l'indigo des urines. M. Béhier signale un autre cosmétique destiné à simuler des veines légères sur la peau des personnes qui se peignent le visage. On le nomme *réseau d'azur;* c'est un mélange d'indigo et de talc. D'un cosmétique à l'autre il n'y a pas loin, et l'analogie des habitudes explique comment M. Robin a pu retrouver chez une autre personne les traces d'une substance semblable à l'indigo.

« Ainsi, dit en terminant M. Béhier, le résultat de notre enquête a été négatif. Si maintenant tous les exemples de chromhidrose répondent à celui qui nous avait été envoyé comme type, on peut dire, à ce qu'il semble, que la réalité de l'existence de cette maladie n'est certainement pas encore bien établie. »

M. *Roger* lit une lettre qu'il a reçue de M. Leroy de Méricourt. Ce médecin, informé déjà de l'insuccès de l'expérience, mais n'en connaissant pas encore les détails, regrette d'avance la fâcheuse coïncidence qui va prêter de nouvelles armes aux sceptiques. Il aurait préféré que l'examen eût eu lieu dans la ville où il réside, à cause de l'intermittence du phénomène, déjà constatée chez madame X..., et il rappelle les cas où la coloration s'est complétement suspendue par suite du changement d'air et du voyage. Malheureusement la position sociale de ses autres clientes ne permet pas de leur offrir de faire le voyage. Tous les désirs exprimés à la fin de la lettre de M. Leroy de Méricourt, ajoute M. Roger, ont été prévenus; M. Robin a été adjoint à la commission, et les passages de ses lettres antérieures, relatives à l'influence du voyage sur la production de la chromhidrose, ont été lues à la Société. En effet, il est arrivé quatre fois déjà que des personnes, présentant à Brest cette coloration singulière, ne l'ont plus présentée à Paris, notamment une malade adressée à M. Lasségue.

M. *Dechambre* lit à la Société une note qui sera reproduite dans le prochain numéro. Il résulte de ses expériences qu'il est possible d'accumuler sous les cils de la paupière supérieure une *réserve* de matière colorante, qu'un clignement énergique peut ensuite déposer sur la paupière inférieure. Ainsi, un sujet de mauvaise foi aurait pu, sans porter les mains à ses yeux, reproduire aux yeux d'observateurs peu attentifs la coloration qu'on aurait effacée une première fois.

M. *Béhier* regrette de n'avoir pas fait ressortir ce fait dans son rapport; mais il avait été aperçu par MM. Legroux, Gubler et par lui-même.

M. *Hardy*, reconnaissant que dans le fait précédent il y a eu simulation évidente, fait toutefois des réserves au sujet de la chromhidrose en général, au sujet d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Leroy de Méricourt, et des observations publiées par divers observateurs dont l'honorabilité et la bonne foi ne sauraient être mises en doute. Il demande un amendement à la phrase qui termine le rapport de M. Béhier, et dont il trouve les termes trop absolus.

M. *Béhier* défend les conclusions de son rapport, qui ne sauraient être atténuées davantage. La bonne foi des médecins qui ont observé la chromhidrose n'est mise en doute par personne, mais leur perspicacité a pu être en défaut. M. Leroy de Méricourt a eu bien du malheur d'adresser à la Société, comme un type véritable de cette maladie, un cas de supercherie si manifeste. Les arguments tirés de la moralité des malades, de l'intérêt qu'ils ont ou n'ont pas à simuler la maladie, de la contrariété qu'ils affectent d'en ressentir, n'ont aucune valeur scientifique.

M. *Guérard* rappelle les faits relatifs à la *jeune fille électrique*, qui ont occupé le monde savant il y a quinze ans, et les illusions singulières que se sont faites à cet égard les hommes les plus éminents.

La Société passe au vote sur le rapport de M. Hardy, et propose de substituer dans la dernière phrase le mot conditionnel *répondaient* au mot *réponde*, et la suppression des mots : *comme un type parfait*. Cet amendement est repoussé, et les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité.

Dr E. ISAMBERT.

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**De l'hydrocéphale ventriculaire chronique acquise et idiopathique,** par M. le docteur Brunet, médecin en chef de l'asile de Niort.

On n'ignore point avec quelles réserves les pathologistes de nos jours ont parlé de l'hydrocéphale idiopathique, tant on a de répugnance maintenant à admettre des hydropisies essentielles. Un seul fait, rapporté dans le *Traité des maladies des enfants*, par MM. Rilliet et Barthez, a paru jusqu'à présent, au gré de MM. Hardy et Béhier, pouvoir offrir quelques doutes, sans être encore, pourtant, de nature à les convaincre.

L'observation que nous devons à M. Brunet est-elle plus concluante? C'est ce que nous allons voir, après l'avoir exposée dans ses détails les plus importants.

Obs. — Fille âgée de onze ans, entrée à l'asile de Niort le 10 juillet 1859, morte le 8 février 1860. Père et mère bien portants; frère un peu scrofuleux. — A l'âge de quatre mois, convulsions générales très fréquentes; la tête grossit d'une manière rapide et démesurée. Les convulsions reparaissent jusqu'à l'âge de sept ans, à d'assez longs intervalles. A cette époque, l'enfant pouvait marcher un peu et prononcer quelques mots. Nouvelle série de convulsions très violentes, pendant plus de six mois : la tête augmente considérablement de volume; la malade ne peut plus se tenir debout; pieds rétractés en dedans, mains fléchies sur les poignets, taille très petite; tête très volumineuse, irrégulièrement développée, plus proéminente à gauche qu'à droite; front large, très saillant; yeux enfoncés dans les orbites; pupilles égales, un peu dilatées, contractiles à la lumière; strabisme convergent. Sensibilité à peine émoussée; mouvements assez étendus dans le lit. Intelligence très oblitérée; articulation des mots difficile. Appétit mauvais et irrégulier. Attaques convulsives, épileptiformes, se répétant presque toutes les semaines; aucune trace d'œdème. Epuisement progressif. Mort.

*Autopsie.* — La tête pèse 2,150 grammes; le corps, 13 kilogr. 1/2; le crâne présente 61 centimètres de circonférence et 19 centimètres 1/2 dans son diamètre antéro-postérieur. Ses os sont très minces, friables et gorgés de sang. Colonne vertébrale flexueuse; carie de la clavicule gauche.

Nulle lésion de l'arachnoïde et de la pie-mère; effacement presque complet des circonvolutions et des anfractuosités cérébrales. Ponction des ventricules donnant issue à 1100 grammes d'un liquide transparent, incolore. La substance du cerveau, réduite à 2 et 6 millimètres d'épaisseur, pèse 635 grammes; le cervelet avec l'isthme de l'encéphale, 104 grammes. Toutes les parties des ventricules latéraux sont très distendues; membrane ventriculaire lisse, polie, sans injection notable; corps striés et couches optiques pâles et de consistance normale. Aucune compression sur le trajet des veines de Galien. — Ventricule moyen très dilaté; trous de Monro, aqueduc de Sylvius et ventricule du cervelet, notablement élargis. — Cervelet, mésocéphale et moelle, à l'état sain. — Aucune lésion morbide de la masse encéphalique, ni vice de conformation, ni tumeur capable d'expliquer l'hydrocéphale d'une manière mécanique. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1861).

— M. Brunet, s'appuyant sur une définition, très contestable d'ailleurs, du Dictionnaire de Nysten (onzième édition), n'hésite pas à regarder ce cas comme une hydrocéphale ventriculaire *idiopathique*. Nous, qui connaissons assez particulièrement M. Brunet pour savoir jusqu'à quel point il pousse, d'ordinaire, la rigueur de l'observation clinique, nous sommes surpris, il faut l'avouer, de ne rien trouver dans la relation du fait précédent, qui établisse que les urines de la malade aient été soumises, pendant la vie, à l'analyse chimique, ni rien qui prouve qu'après la mort on ait eu recours au double contrôle de l'examen microscopique et des réactifs, pour juger de l'état de la membrane ventriculaire et de la nature du liquide hydrocéphalique. Nous croyons que ce surcroît de démonstration n'eût pas été superflu pour établir d'une manière péremptoire, dans le cas actuel, l'essentialité de la lésion cérébrale.

**Sur la diphthérite dans ses rapports avec l'angine scarlatineuse maligne,** par M. le docteur C.-R. Francis, médecin du *Bengal Medical Service.*

L'auteur, en donnant un compte rendu succinct d'une épidémie d'angines dites malignes qu'il a observée en 1857 à Warley, l'un des dépôts de l'ancienne Compagnie des Indes, a surtout pour but d'établir, sinon l'identité de l'angine diphthéritique et de l'angine scarlatineuse maligne, au moins une parenté étroite entre ces deux formes morbides. Quoique les conclusions que l'auteur croit devoir tirer des faits qu'il a rencontrés soient manifestement erronées, et ne puissent manquer de paraître telles à tout médecin quelque peu familier avec la diphthérite, nous résumons volontiers ici les traits principaux de l'épidémie, qui présentent un grand intérêt au point de vue de l'histoire de la scarlatine.

Le dépôt de Warley est situé dans un district froid et humide; les angines y sont assez fréquentes, et elles se multiplièrent, sous forme d'une véritable épidémie, au mois de novembre 1859. Plusieurs cas de ce genre furent admis à l'hôpital, et, dans les circonstances ordinaires, ils n'auraient donné lieu à aucune considération particulière. Or, à cette époque, la scarlatine régnait épidémiquement dans le même district, et cette circonstance amena M. Francis à penser que les angines en question pouvaient bien n'être autre chose que des scarlatines sans éruption. Il fut confirmé dans cette opinion par l'examen microscopique des urines, qui contenaient, dans un certain nombre de cas, une assez forte proportion de corpuscules sanguins vers la fin de l'affection. Chez quelques malades, il remarqua, en outre, un certain degré de sécheresse et une légère desquamation de l'épiderme des extrémités. Chez tous la langue présentait la coloration framboisée propre à la scarlatine. Dans tous ces cas la terminaison fut favorable.

Les deux faits sur lesquels M. Francis insiste surtout sont les suivants :

Dans la même salle se trouvait un malade chez lequel l'existence de la scarlatine n'était pas douteuse, puisque l'éruption se fit irrégulièrement, et qu'elle revêtit une teinte livide. Ce malade était, en outre, affecté d'une « angine maligne ». L'amygdale gauche était recouverte d'une couche d'une exsudation grisâtre qu'il fut facile d'enlever à l'aide d'une pince; la surface ainsi dénudée avait d'abord une coloration pourpre foncé, puis elle *s'ulcéra*, et devint enfin le siége « d'*eschares purulentes* ».

Chez un autre malade, couché dans une salle voisine, l'angine n'était accompagnée d'aucune éruption, et ne fut pas suivie de desquamation. « L'exsudation recouvrait l'une des amygdales, *qui était gorgée de pus*... Les narines étaient le siége d'un écoulement âcre, et les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés... » Les urines contenaient des globules sanguins.

Il est évident, d'après les détails de ces faits, qu'il ne s'agissait nullement d'angines diphthéritiques, mais d'angines scarlatineuses tout à fait étrangères à la diphthérite. Les conclusions que l'auteur tire de ces deux faits (la diphthérite n'est, après tout, qu'une scarlatine avortée) tombent par conséquent d'elles-mêmes. (*Indian Annals of Medical Science*, n° XIII, novembre 1860.)

**De l'action physiologique de l'aconitine,**
par M. Duckworth.

Les expériences de M. Duckworth ont été faites sur des lapins et des chats. Elles avaient surtout pour but de déterminer d'une manière précise l'action que l'aconitine exerce sur la pupille, les assertions des auteurs étant, à ce sujet, aussi contradictoires que possible.

D'après l'auteur, l'aconitine, administrée à l'intérieur, donne lieu tout d'abord à une sensation de fourmillements intenses dans la langue et dans l'arrière-gorge. Presque aussitôt survient une sécrétion extrêmement abondante de salive; l'écoulement involontaire de ce liquide semble prouver qu'en même temps l'influence de la volonté sur l'acte de la déglutition est presque entièrement abolie.

Les fonctions respiratoires sont troublées à leur tour. La respiration devient laborieuse, spasmodique, et s'accompagne de cris

plus ou moins aigus, suivant la dose employée. On observe ensuite des vomissements qu'il est permis de rapporter à un trouble dans les fonctions du nerf vague, parce qu'à l'autopsie des animaux empoisonnés par l'aconitine on ne trouve aucune lésion appréciable de l'estomac.

Plus tard encore, la sensibilité est abolie. L'animal se jette de côté et d'autre, comme un individu fou; il fait de vains efforts pour marcher, des bonds désordonnés, puis tombe sur le côté, dans un état de prostration interrompu de temps en temps par des convulsions. Enfin, comme phénomènes ultérieurs, on remarque le ralentissement et l'embarras croissant de la respiration, et enfin une paralysie générale et complète.

Relativement à l'état des pupilles, voici ce qui a été remarqué par M. Duckworth : Dans les premières phases de l'empoisonnement, elles sont plus ou moins rétrécies; elles se dilatent, au contraire, énormément deux ou trois minutes avant la mort, et restent dans cet état au moment où l'animal expire. Après la mort, elles restent tantôt dilatées, tantôt on remarque dans l'une d'elles ou dans toutes les deux des alternatives de resserrement et de dilatation, et ces variations ne s'arrêtent parfois que douze heures après la mort.

Lorsque, au lieu de donner l'aconitine à l'intérieur, on en injecte une solution dans les veines, la dilatation de la pupille survient presque immédiatement, sans être précédée d'un resserrement, ce qui paraît tenir à ce que le poison agit alors avec une plus grande rapidité; le resserrement est également très passager, et est remplacé rapidement par la dilatation lorsque l'aconitine est donnée à l'intérieur en quantité suffisante pour tuer très rapidement.

Chez l'homme, la dilatation de la pupille ne survient d'ailleurs pas seulement comme phénomène ultime et avant-coureur de la mort. M. Duckworth cite à ce propos le fait d'une jeune dame qui avait avalé une dose considérable de teinture d'aconit. Peu de temps après l'apparition des premiers symptômes d'intoxication, les pupilles étaient tellement dilatées que les iris semblaient avoir totalement disparu. Chez cette jeune personne, les fourmillements et l'engourdissement dont les extrémités étaient le siége persistèrent pendant quinze jours, et pendant plusieurs jours elle resta sujette à un engourdissement subit et passager des pieds, qui était assez intense pour rendre la marche impossible. Un autre phénomène singulier qu'on remarque chez l'homme, dans l'empoisonnement par l'aconitine, c'est l'abolition complète de la parole. Il semble aux malades que la langue soit collée à la cavité buccale, et il leur est impossible d'articuler le moindre son. (*British medical Journal*, 1861, n° 9.)

---

## VI

## VARIÉTÉS.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE DOCTEUR P. MÉNIÈRE AUX FUNÉRAILLES DE GUSTAVE-GASTON REGNIER, ÉTUDIANT EN MÉDECINE, LE 4 JUILLET 1861. — Messieurs, la famille médicale compte une victime de plus. Un enfant qui essayait la vie, qui mettait à peine le pied sur le seuil du temple, qui préludait à une initiation sérieuse de notre noble et cruelle profession, a trouvé la mort là où il venait chercher la science qui remédie aux misères de la pauvre humanité.

Armé d'une éducation complète consacrée par un récent acte probatoire, ce jeune homme, poussé par un instinct héréditaire, voulait devenir docteur à son tour, et remplir la mission dont le loyal accomplissement se reproduisait chaque jour sous ses yeux, et alors même que son nom ne figurait pas encore sur les registres officiels de la Faculté, il s'essayait aux devoirs du métier sous le patronage d'un maître près duquel nos enfants sont sûrs de trouver un bon accueil, de bons conseils et de bons exemples.

Ce pauvre enfant remplissait avec zèle les pénibles fonctions d'externe bénévole dans le service de M. le professeur Nélaton; il aidait de son mieux les titulaires; il écoutait les avis éclairés et bienveillants de MM. les internes; il commençait à comprendre l'utilité de ce travail quotidien, les soulagements qu'apporte au blessé un pansement bien fait, heureux de se sentir utile, et ardent à perfectionner les faibles connaissances acquises au prix de quelques mois d'une assiduité passionnée.

Hélas! il ne devait pas porter bien loin ce fardeau si léger à la jeunesse! Une maladie aiguë, gagnée dans les salles où règnent trop souvent des formes épidémiques si dangereuses, un érysipèle apparaît, et quelques jours suffisent pour tuer un jeune homme plein de vie et de santé. En vain le professeur Nélaton, si dévoué à tous les étudiants, accourt au chevet du cher malade; en vain le père et ses amis réunissent leurs efforts pour arrêter un mal inexorable; en vain les internes et les externes de l'hôpital des cliniques veillent jour et nuit près du lit de la victime, rien n'a pu conjurer une catastrophe prévue, et nous voici réduits à donner des larmes à un enfant qui ne demandait que des sourires.

Le sort impose à chacun de nous une portion du fardeau commun; les misères de la vie sont distribuées d'une main libérale, mais il en est parmi nous qui reçoivent plus que leur part, que cette main invisible et cruelle semble poursuivre de ses coups redoutables.

Le chef d'une famille nombreuse ne réclame pas une immunité complète; le médecin connaît trop la fragilité de ces jeunes existences, mais il a le droit de se plaindre quand des malheurs exceptionnels l'atteignent dans ce qu'il a de plus cher.

Un fils aîné s'en va en Crimée, il y trouve la mort; le second, emporté par les charmes d'une vie aventureuse, est en ce moment chirurgien à bord d'une frégate qui vogue vers les plus lointaines stations de l'océan Pacifique; un autre, le plus jeune, cédant à un attrait semblable, attend à Cherbourg, sur un vaisseau de l'État, que les vents l'emportent sur la mer orageuse. Puissent-ils tous deux nous revenir sains et saufs, et consoler leur mère du chagrin qui l'accable! Le malheureux enfant à qui nous adressons un dernier adieu semblait se trouver dans des conditions meilleures, mais la maladie est venue le saisir, et il meurt avant d'avoir entamé sa tâche.

Dans cet asile où reposent tant de médecins illustres, où nous pouvons voir d'un coup d'œil les tombes d'Antoine Dubois, d'Orfila, de Boyer, de Ferrus, on se console de tant de pertes en songeant à l'existence si remplie de ces vénérables maîtres, aux services éminents qu'ils ont rendus à la science et à l'humanité.

Mais en présence de ce jeune homme qui disparaît au moment où il débutait dans la carrière médicale, où il allait acquérir la science nécessaire à l'accomplissement des devoirs de notre profession, où il se préparait à venir en aide à son malheureux père, on se demande par quelle fatalité des infortunes si cruelles sont réservées à un homme qui compte autant d'amis que de confrères, autant d'amis que de clients, et que le sort accable quand il aurait le plus besoin d'un appui.

Ne murmurons pas trop contre ces décrets de la Providence, courbons la tête, et plaignons celui qui méritait un meilleur sort.

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

CONSEILLER MÉDICAL DE L'ÉTRANGER A NICE, CONSEILS AUX MALADES ET AUX MÉDECINS DE TOUS LES PAYS RELATIVEMENT AU CLIMAT DE NICE, par le docteur A. [illegible] In-18 de 240 pages. Paris, 2 fr. [illegible]

DE LA TUBERCULOSE, OU DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, ET DES AUTRES MALADIES DITES SCROFULEUSES ET TUBERCULEUSES, ÉTUDIÉES SPÉCIALEMENT SOUS LE DOUBLE POINT DE VUE DE LA NATURE ET DE LA PROPHYLAXIE, par le docteur *L. Perroud*. Ouvrage couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux. In-8 de XVI-292 pages. Paris, F. Savy. 5 fr.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM, par le docteur *Depaul*. In-8 de 40 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

DES LÉSIONS DU PÉNIS DÉTERMINÉES PAR LE COÏT, par le docteur *Demarquay*. *L.-E. Parmentier*. In-8. Paris, P. Asselin. 75 c.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE D'UNE TUMEUR FIBREUSE NON DÉCRITE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, DÉVELOPPEMENT ANORMAL DES ORGANES ALVÉOLO-DENTAIRES, HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DES ÉLÉMENTS FIBREUX DE CES ORGANES, HYPEROSTOSE ET SÉQUESTRATION DES ALVÉOLES, par le docteur *Amédée Forget*. In-4 de 24 pages, 1 planche. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. [illegible]

GUIDE AUX EAUX MINÉRALES DU DÉPARTEMENT DE L'ISÈRE ET AUX ALPES DAUPHINOISES, par les docteurs *Hervier* (d'Uriage) et *Saint-Lager*. In-8 de X-372 pages, [illegible] gravures dans le texte et carte. Paris, F. Savy. 5 fr.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 19 JUILLET 1861. N° 29.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Décret impérial. — Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Nouvelles expériences sur la chromhidrose. — De la cataracte diabétique. — Académie de médecine : Suite de la discussion sur la morve : MM. Renault et Bouillaud. — Inauguration de la statue de Thénard à Sens. — II. **Travaux originaux.** Expériences relatives à la chromhidrose. — Des sécrétions en général ; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Cas dans lequel le lait fut sécrété par des tumeurs de l'aisselle. — Mémoire sur la myopie. — De l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes. — Observation d'anus contre nature guéri par un procédé particulier d'autoplastie. — Pneumonie chronique double, avec dilatation des bronches et néphrite albumineuse. — V. **Bibliographie.** Monographie clinique de l'affection catarrhale. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 6 juillet 1861, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Hirtz, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie et de clinique médicales, vacante à ladite Faculté.

---

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

#### RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 8 mai au 13 juin 1861.*

77. PILLAUD, Aimé, né à Saint-Juire-Champgillon (Vendée). [*Des tubercules de l'ovaire et de la trompe.*]

78. FENESTRE, P.-B.-Hippolyte, né à Allonville-Bellefosse (Seine-Inférieure). [*Sur une épidémie d'érysipèle à forme typhoïde, observée à l'hôpital Beaujon en 1860.*]

79. VERHAEGHE, Oscar-Charles, né Wazemmes (Nord). [*De la nature et des différents traitements de la fièvre typhoïde.*]

80. DEZANNEAU, Alfred, né à Saint-Pierre-Montlimart (Maine-et-Loire). [*Aperçus de philosophie médicale et de médecine pratique.*]

81. LEHEC, E.-L.-J.-Henri, né à Montrésor (Indre-et-Loire). [*De la fièvre typhoïde. — Considérations sur cette maladie, observée en Algérie.*]

82. DELARUE, Pierre-Léon, né à Torpt (Eure). [*Considérations sur la névralgie utérine.*]

83. MARTINACHE, Narcisse, né à Hornaing (Nord). [*De l'inflammation aiguë du corps thyroïde, ou thyroïdite.*]

84. DUBOIS, Henri, né à Paris (Seine). [*De l'eczéma.*]

85. DÉVIGNE, Auguste, né à Fontaine-le-Sec (Somme). [*De l'hémorrhagie intestinale survenant dans la fièvre typhoïde.*]

86. BERGERON, Iwan, né à Tournon-sur-Rhône (Ardèche). [*De l'hémorrhagie utérine, avant, pendant et après l'accouchement.*]

87. GAFFIÉ, P., né à Valence (Tarn). [*De l'anesthésie dans les accouchements naturels simples.*]

88. ESTRADA, Mariano, né à la Havane (île de Cuba). [*De l'ictère grave essentiel.*]

89. MARA, Edmond, né à Bordeaux (Gironde). [*Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmasies à siége spécial, qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.*]

90. NAUDET, S.-V.-Onésipe, né à Auberive (Haute-Marne). [*Essai sur l'hygiène du laboureur.*]

91. SIMON, Edmond, né à Bapaume (Pas-de-Calais). [*Études sur quelques points de pathologie et d'anatomie.*]

92. LORTEL, Louis, né à Oullins (Rhône). [*Essai monographique sur le prétendu cancroïde labial.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURBON.

---

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 18 juillet 1861.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA CHROMHIDROSE. — DE LA CATARACTE DIABÉTIQUE. — *Académie de médecine :* SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MORVE : M. RENAULT ; M. BOUILLAUD. — INAUGURATION DE LA STATUE DE THÉNARD, A SENS.

Nous publions ci-après nos expériences sur la simulation de la chromhidrose. Celles qui ont été faites déjà ont consisté d'une part, à imiter soi-même la chromhidrose par des colorations artificielles de la paupière inférieure ; d'autre part, à surveiller les gestes des sujets soi-disant atteints de chromhidrose, après avoir enlevé la couche noirâtre de la paupière. Nous avons eu pour but de montrer que la supercherie pourrait encore s'exercer dans ces dernières conditions.

Nous n'avons pas oublié l'engagement que nous avions pris au mois de novembre dernier (*Gaz. hebd.*, t. VII, p. 770) de revenir sur les expériences de M. Richardson relatives à la cataracte diabétique, dès qu'elles auraient été

publiées intégralement. Mais le numéro du JOURNAL DE PHYSIOLOGIE qui en renfermait le complément (n° 12 du t. III), était à peine entre nos mains, que M. le docteur Lécorché commençait sur la même maladie, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai 1861), une longue étude qui n'a été achevée que dans le numéro de juillet. Nous avons cru devoir attendre cette fin pour rendre compte des deux travaux à la fois.

Les *cent* expériences de M. Richardson que nous avons mentionnées avaient consisté : 1° à plonger un poisson (*véron*) et deux grenouilles dans du sirop de sucre de canne ; 2° à injecter sur la peau ou dans le péritoine de grenouilles, crapauds, poissons, cochons d'Inde, chiens et lapins, des solutions de sucre de canne, de sucre de raisin, de sucre de lait, de mannite, d'extrait de réglisse, d'urine diabétique et de glycérine ; 3° à injecter de la même manière et à des animaux des mêmes espèces des solutions de chlorure de sodium, d'ammonium et de potassium ; de lactate, de carbonate et de phosphate de soude ; de phosphate, de carbonate et de sulfate de potasse ; de l'alcool étendu et du sérum du sang. Chez tous les animaux, excepté ceux qui avaient reçu la solution de phosphate de soude et du sérum du sang, le cristallin était devenu opaque dans l'espace de quelques heures ou d'un jour au plus.

La dernière partie du mémoire ne renferme que six expériences nouvelles, faites avec l'urate de soude, le chlorure de calcium, le chlorure de baryum et l'iodure de potassium. Chez les trois grenouilles qui ont reçu la solution de ce dernier sel sous la peau, le cristallin est resté transparent, tandis qu'il était devenu rapidement opaque sous l'action des autres substances.

A part l'exception que nous venons de signaler et que M. Richardson ne cherche pas à expliquer, le résultat général de ses expériences peut s'exprimer en disant que l'opacité du cristallin se produit *toutes les fois qu'on introduit par endosmose dans la circulation sanguine d'un animal, un liquide d'une densité supérieure à* 1,045, *c'est-à-dire* (ajoute l'auteur) *à la pesanteur spécifique du sang.*

Il est impossible de ne pas faire remarquer ce qui manque à ces recherches pour autoriser une pareille affirmation. D'abord la densité du sang est passablement variable d'individu à individu. Chez l'homme, elle oscille, suivant Liebig, de 1,045 à 1,075. Conséquemment à prendre le sang humain pour type, un grand nombre des expériences de M. Richardson ne rentrent pas dans les conditions de la règle qu'il prétend poser, car le plus souvent le poids spécifique des solutions qui ont amené la production de la cataracte était de 1,060 et *au-dessous*. Quant à celles qui n'ont pas troublé la transparence du cristallin, elles n'offrent pas, aux termes mêmes de la règle, cette exception dont s'étonne l'auteur, puisque la solution d'iodure de potassium, par exemple, avait un poids spécifique qui variait de 1,050 à 1,060. En second lieu, les expériences ayant pour sujet des animaux, il était indispensable, ce nous semble, de rapporter la densité des liquides employés à la densité du sang *chez les animaux*, et cela pour chaque espèce, pour chaque individu. Rien n'était plus praticable en choisissant des espèces un peu fortes, comme des chiens ou des lapins ; avec ces précautions, une vingtaine d'expériences auraient eu plus de valeur que les cent-six dont le mémoire est surchargé. Enfin on regrettera que les substances injectées n'aient été recherchées ni dans le sang où elles ont dû passer tout d'abord, ni dans les urines qui ont dû les éliminer, ni surtout dans les humeurs de l'œil où l'on suppose que leur présence a déterminé l'opacité de la lentille.

Non-seulement M. Richardson affirme que les substances injectées ont exercé une action sur le cristallin soit directement et par elles-mêmes, soit par l'accroissement de densité de l'humeur aqueuse ; mais il distingue l'action du *sucre* de celles des substances salines. *La qualité saccharine* de l'humeur aqueuse n'est, dit-il, qu'une des conditions de l'obscurcissement de la lentille par l'action du liquide ambiant ; la *qualité saline* de la même humeur en produisant également la cataracte, a pourtant des effets qui lui sont propres et il établit une différence, quant aux caractères physiques, entre la *cataracte par le sucre* (sugar cataract) et la *cataracte par les sels* (saline cataract). La première serait large, molle et d'un blanc de perle ; la seconde « à son plus haut degré d'intensité » offrirait la même coloration, mais serait ratatinée (Shrunken) et de consistance ferme.

Combien nos réserves sont motivées, un passage de l'excellent travail de M. Lécorché le montre suffisamment. Notre confrère, lui aussi, sans élever contre les expériences de M. Richardson les mêmes objections que nous, a douté de son explication et a voulu s'assurer si la cataracte était due réellement à la présence du sucre dans les humeurs de l'œil, et voici comme il expose lui-même ses expériences et leur résultat.

Pour me mettre, autant que possible, à l'abri de toute critique, et imiter les altérations qui peuvent survenir dans les sécrétions normales, lors de diabète, je pris des solutions contenant 10, 20, 30 grammes de glucose pour 1000 grammes d'eau distillée (c'est dans cette proportion qu'on rencontre le plus habituellement le sucre dans l'urine des malades), et j'injectai ces différentes solutions dans les yeux de trois lapins. Je me servis, dans ces expériences, de la seringue employée pour les injections sous-cutanées, et voici de quelle manière je procédai : je fis maintenir l'œil sur lequel j'opérais ; puis, avec la canule de la seringue, armée de son trocart, je piquai la cornée, au côté opposé, près de sa circonférence. Pour épargner l'iris et le cristallin, et éviter ainsi le reproche qu'on aurait pu m'adresser d'avoir causé une cataracte traumatique en lésant la lentille, je dirigeai cette canule très obliquement et parallèlement à l'iris. Lorsque la pointe fut à peu près arrivée vers le centre de la pupille, je retirai le trocart et laissai couler une partie du liquide contenu dans la chambre de l'œil ; je fixai alors sur la canule, restée dans l'œil la seringue chargée d'une des trois solutions, et je poussai quelques gouttes de ce liquide jusqu'à ce que la cornée, qui s'était affaissée, eût repris sa forme normale. La canule extraite, j'abandonnai l'animal à lui-même. Je procédai de la même manière avec les deux autres solutions, et, à quelques jours de là, en mars 1860, je renouvelai cette série d'expériences. Chez deux lapins qui avaient fait quelques mouvements, lors de la piqûre de la cornée, et dont le globe oculaire était mal fixé, il resta une taie qui persista longtemps ; chez les quatre autres, la plaie cornéenne se réunit par première intention, laissant une teinte lactescente qui disparut promptement. Chez aucun d'eux je ne remarquai d'opacité de la lentille, et, lorsque je les sacrifiai peu de jours après, les cristallins étaient intacts. Dernièrement, en décembre 1860, je repris ces expériences, sans plus de succès, avec des solutions qui renfermaient 100 grammes de glucose pour 1000 grammes d'eau. (*Archives générales de médecine*, *loc. cit.*, p. 727.)

Ainsi la présence, cette fois positive du sucre dans les humeurs de l'œil n'a pas amené l'opacité du cristallin ; d'où il suit que, même chez les diabétiques, s'il était parfaitement avéré que l'humeur aqueuse devînt sucrée, il y aurait lieu encore de douter que ce fût là une cause effective de cataracte. Ainsi à plus forte raison, se trouve ruinée la théorie

de Ruete, qui attribue la formation de la cataracte à la transformation acide du sucre contenu dans l'humeur aqueuse. Ajoutons, avec M. Lécorché, que cette infirmité ne se montre d'ordinaire qu'à une période avancée du diabète, quand la formation de glycose s'est ralentie ou a même cessé sous l'influence des complications inflammatoires comme nous venons nous-même d'en voir un exemple des plus remarquables. Il n'est pas probable que l'humeur aqueuse reste sucrée, si elle l'a jamais été, quand l'urine ne l'est plus du tout. S'il faut une explication à cette influence du diabète sur l'état du cristallin, nous préférons la demander avec Lohemeyer, suivi en cela par M. Lécorché, à cette détérioration générale de l'organisme qui produit les tubercules, la diarrhée et la gangrène. Pourquoi néanmoins la lentille devient-elle opaque dans les expériences de M. Richardson? C'est une question à examiner de nouveau. L'expérimentateur, comme le dit M. Lécorché, substitue l'influence de lois physiques à celle de lois physiologiques. Si l'on venait à constater que chez les animaux, le sucre ou les sels portés sous la peau ne pénètrent pas jusqu'à l'humeur aqueuse, sa théorie tomberait d'elle-même. Si au contraire l'humeur aqueuse se charge de ces substances, peut-être en dissout-elle une assez grande quantité pour réaliser des conditions physiques étrangères au diabète comme à toute autre cachexie, ce qui ne permettrait pas de conclure de la cause physique à la cause pathologique.

On voit que, peu affirmatifs sur la théorie de la cataracte diabétique, nous le sommes davantage sur son existence. Et, en effet, l'incertitude n'est plus guère permise. M. Lécorché aura beaucoup contribué à la dissiper, en montrant, à l'aide de documents nombreux et d'observations personnelles que la coïncidence de l'affection oculaire et de la glycosurie est trop fréquente (1) pour procéder d'un pur hasard, surtout quand on réfléchit que la première apparaît souvent alors à un âge où l'on observe bien rarement la cataracte ordinaire, à quarante ans, à trente ans, à vingt-trois ans même; en établissant que la cataractei dabétique ne débute, comme nous le rappelions tout à l'heure, qu'à une période déterminée de la glycosurie; qu'elle affecte une marche particulièrement rapide; qu'elle est habituellement molle ou demi-molle; qu'elle a enfin une propension remarquable à se compliquer d'amblyopie.

Nous ne disons rien ici pour cause d'incompétence, de la dernière partie du mémoire de M. Lécorché, relative à l'opération de la cataracte diabétique. Nous nous bornerons à rappeler les beaux succès que MM. Stœber, de Graefe et Desmares ont obtenus de l'extraction linéaire, soit simple, soit combinée avec l'iridectomie.

A. Dechambre.

---

Le silence approbatif qui accueillit tout d'abord la lecture du rapport de M. Bouley, dans la séance du 18 juin, témoignait suffisamment que les doctrines développées par le savant rapporteur étaient du goût de ses collègues de la section vétérinaire.

Il était donc aisé de prévoir, sans se piquer du don de prophétie, ce qui est arrivé mardi dernier à l'Académie : M. Renault est descendu dans l'arène, non point pour ferrailler contre M. Bouley, mais pour lui prêter main-forte et courir sus à M. J. Guérin.

(1) Suivant M. de Graefe, la cataracte s'observerait chez un quart des diabétiques, proportion trouvée un peu trop forte par M. Lécorché.

L'orateur n'a pas été *scintillant*; mais il a été pressant et solide. Il a pris la dissertation de M. Guérin pièce par pièce et il l'a réduite à peu près à néant. Il a manifesté la même stupéfaction que M. Bouley à propos des guérisons obtenues par M. Guérin, et les mêmes doutes sur la réalité de la morve confirmée chez ces bienheureux chevaux. La théorie de l'infection du sujet par lui-même ou de l'infection *à courant continu*, l'efficacité des injections de tannin et le fameux projet de classification, c'est-à-dire les conceptions que M. Guérin avait exposées avec une complaisance et une prédilection toutes paternelles, ont été assez rudement menées par M. Renault, qui ne leur a ménagé ni les sourires de l'ironie, ni les objections du raisonnement, ni les arguments de l'expérience.

M. Renault paraît s'accorder avec M. Bouley sur la coïncidence de la morve grave en dedans et de la morve légère ou à peine apparente en dehors. Mais l'orateur n'a fait qu'effleurer le sujet. Nous aurions aimé qu'il fût plus explicite sur une question de nature à soulever de légitimes scrupules.

M. Renault admet, comme M. Bouley, l'influence du travail excessif, de la fatigue et des efforts musculaires exagérés sur la production de la morve; mais il se sépare entièrement de son collègue dans l'interprétation théorique des phénomènes. Pour M. Bouley, la fatigue musculaire produirait une suroxydation du sang; pour M. Renault, elle entraînerait, au contraire, une insuffisance d'hématose, un défaut d'oxygénation. Mais qu'importent les théories, quand on s'entend sur les faits!

M. Bouillaud, qu'on ne s'attendait guère à voir figurer dans cette discussion, s'est élevé contre l'importance étiologique attribuée par MM. Bouley et Renault à certaines influences hygiéniques. Il a fortement insisté sur la *spécificité* de la morve, et jeté dans le débat ces obscures questions de doctrine qui éternisent les querelles académique, sans aucun profit sérieux pour la pratique.

A la fin de la séance, M. Robin a donné lecture d'une lettre de M. le maire de Sens, qui convie les membres de l'Académie à l'inauguration de la statue de Thenard. Le bureau n'a point désigné de députation pour assister à cette cérémonie; mais il faut espérer que la savante Compagnie ne manquera pas de membres de bonne volonté qui iront spontanément payer un dernier tribut d'admiration et de sympathie à la mémoire d'un des hommes qui ont le plus fait pour l'enseignement et qui ont le mieux servi et le plus honoré leur siècle et leur pays, la science et l'humanité.

A. Linas.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

Expériences relatives a la chromhidrose. — Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 juillet 1861, par le docteur A. Dechambre.

J'ai assisté à toutes les expériences de la commission et à la lecture du rapport de M. Béhier (voir le rapport et la discussion qui l'a suivi, p. 452). Je n'ai absolument rien à contredire de ce que vous venez d'entendre, ni quant à l'exposé des faits ni quant à la conclusion. Je n'ai pas davantage à y ajouter, et la présente note se place, dans ma pensée, non à la suite du rapport, mais à côté. La commission chargée d'examiner un cas de prétendue

chromhidrose a satisfait pleinement à son devoir quand elle vous a dit ce qu'elle pensait de ce cas. Je partage notamment l'avis commun relativement à l'explication des variations observées dans l'intensité de la coloration noire chez madame X... Seulement, en repassant dans mon esprit les observations dites de chromhidrose aujourd'hui publiées, il m'a paru que plusieurs d'entre elles échappaient à cette explication. En effet, si, comme l'a pensé M. Vulpian et comme je le pense aussi, l'assombrissement graduel de la teinte noire, après un essuiement incomplet de la partie, a tenu uniquement à ce qu'une plus grande quantité d'humeur sébacée avait délayé les parcelles de matière colorante restées sur la peau, il est évident qu'une telle cause ne pourrait permettre ni le retour de la teinte à son degré primitif ni sa reproduction répétée après plusieurs nettoiements. Or, des médecins honorables autant qu'instruits affirment que la coloration a reparu *sous leurs yeux*, *à plusieurs reprises*, avec une intensité remarquable.

Dans cet état de choses, et la question de la supercherie une fois posée, il y avait lieu de rechercher si et comment de tels phénomènes pouvaient être le produit de la simulation ; il y avait lieu, dis-je, de faire cette recherche, non pour infirmer, *à priori*, les observations de nos honorés confrères, mais uniquement pour mettre dorénavant le contrôle à l'abri du piége, si le piége existe.

Dans cette dernière hypothèse, les reproductions successives de la coloration, sous les yeux mêmes de l'observateur, supposent quelque part dans l'appareil oculaire une sorte de *réserve* de matière colorante (1). Cette réserve ne peut être que sur les cils de la paupière supérieure, qui, en s'abaissant et en s'appliquant sur la paupière inférieure, comme un pinceau étalé, la teindraient en demi-cercle. Et le clignement noté par les auteurs rend cette présomption particulièrement plausible. J'ai donc songé à en faire l'expérience. Hier soir, 9 juin, en présence de MM. Vulpian et Léon Le Fort, on m'a teint les cils des paupières supérieures avec l'une des substances expérimentées déjà par M. Béhier, avec le *koheuil*. Le résultat a été tel que je l'attendais. Le clignement m'a bientôt orné d'une chromhidrose, que M. Vulpian et moi déclarons être semblable extérieurement à celle de madame X... On a essuyé, nettoyé à fond la paupière, une fois, deux fois, trois fois, et toujours la coloration a reparu à un degré très prononcé, et cela très promptement, car chacune de nos expériences n'a pas duré plus d'un quart d'heure.

Tel est le fait général. Il prouve qu'un individu peut se présenter, les paupières parfaitement nettes, devant témoins, et prendre, séance tenante, de fausses apparences de chromocrinie, sans qu'il ait porté les mains à ses yeux, ni exécuté aucune manœuvre ostensible de supercherie.

Maintenant, ces conditions peuvent-elles s'accorder avec la marche capricieuse attribuée à la maladie ? Oui certainement, et c'est ici que l'explication adoptée par la commission redevient applicable. Avec la supposition d'une réserve de matière colorante sur les cils, la dilution plus ou moins grande de cette matière par un liquide gras rend compte de toutes les variations. La teinte noire de la paupière, une fois effacée, se reproduira ou ne se montrera plus, reparaîtra avec intensité ou faiblement, suivant que la substance employée sera plus ou moins grasse, suivant que le tégument palpébral sera plus ou moins enduit d'humeur sébacée. Les cils peints avec du koheuil en nature déteignent très bien une première fois sur la paupière ; plus difficilement une seconde fois, et surtout une troisième. Avec du koheuil mêlé à du suif, la reproduction du demi-cercle noir est plus aisée ; elle l'est plus encore avec du koheuil étendu d'huile. Enfin il suffit d'enduire d'un peu d'huile la paupière *inférieure* pour déterminer la formation du demi-cercle quand celui-ci tarde à se montrer.

(1) De quelques explications échangées au sein de la Société, il résulte que plusieurs membres de la commission, notamment M. Gubler, avaient également émis l'idée que les cils de la paupière supérieure pouvaient, dans le cas observé, contenir une réserve de matière colorante. L'affirmation de nos honorables collègues nous suffit, et dès lors notre seul mérite, si c'en est un, est de montrer *expérimentalement*, comme on va le voir, que la supercherie peut s'exercer sans aucune manœuvre apparente et aurait pu avoir lieu dans les expériences mêmes de la commission, malgré toutes les précautions prises pour la déjouer et indiquées dans le rapport dans lequel du reste il est fait mention, à plusieurs reprises, de l'accollement des cils, du dépôt de matière noire qu'ils contenaient, comme aussi des expériences qui vont suivre.

Une petite expérience nous a permis d'apprécier les diversités d'apparences qui pouvaient résulter du simple jeu de la lumière par le seul fait de l'humidité ou de la sécheresse de la paupière. A un moment où la coloration, plusieurs fois effacée, mais incomplétement, ne gagnait plus en intensité, malgré l'énergie du clignement (les cils avaient été enduits d'un mélange de suif et de koheuil), j'exposai l'œil à la vapeur de l'eau chaude. La paupière se couvrit d'humidité, et la coloration, plus brillante, devint aussi plus visible, quoique la couche colorante fût restée bien manifestement la même.

Je dois, en terminant, constater deux particularités : la première, c'est que la coloration de la paupière par ce procédé, offrait chez moi une égalité de distribution et de teinte assez marquée pour qu'on soit en droit de supposer qu'elle doit être parfaite sur la peau douce et unie d'une jeune femme ; la seconde particularité, c'est que, après un clignement de quelques instants, on retrouvait, dans le grand angle de l'œil, de ces amas de grains noirs sur lesquels certains observateurs ont particulièrement appelé l'attention. Cette circonstance ne manque pas d'intérêt ; devant une simple coloration de la paupière inférieure, on se demandait comment ces grains étaient venus là. Je le sais, en ce qui me concerne.

---

Des sécrétions en général ; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas, par Lucien Corvisart, Médecin Ordinaire de l'Empereur, etc. — Mémoire présenté le 26 février 1861 à l'Académie impériale de médecine.

(Suite. — Voir le numéro 25.)

Il faut donc laisser tous ces procédés et reconnaître aujourd'hui que ce qui doit toucher le physiologiste, c'est par-dessus tout l'étude de l'*activité* des ferments digestifs.

Qu'importent les qualités physiques, ces tableaux chimiques, si, quoique abondants, pesés, chiffrés, les principes fournis par la glande sont fonctionnellement impuissants !

Dans une sécrétion dynamique, ce qu'il faut savoir et connaître, c'est sa force.

Telle sécrétion est abondante qui, versée pendant la période digestive entière, produit un effet considérable, quels que soient son petit volume, le poids et la proportion de ses matériaux solides.

L'effet de la sécrétion salivaire (1), dans l'état actuel de nos connaissances, est de transformer l'amidon ; combien d'amidon a été transformé par : 1° la totalité de la sécrétion ; 2° dans un temps donné, celui de la digestion.

Si elle a eu beaucoup d'effet, la sécrétion, pour nous, sera abondante ; sinon, elle est faible et pauvre.

Si l'on veut mesurer quelle distance sépare nos connaissances actuelles de cette vraie et utile physiologie de la digestion, je fais une question :

Aurait-on quelque réponse du plus habile médecin en lui demandant s'il connaît des médicaments qui détruisent ou perfectionnent, *non pas l'excrétion*, mais la réelle formation de la pepsine ou celle des spermatozoaires ?

La négligence de l'enseignement et des études est à tel point que cette question bien simple le laisserait néanmoins plus incertain et plus muet que pour résoudre les difficiles problèmes de la pathogénie de la rage ou de la nature de l'intelligence. Heureux encore si, renouvelant l'étrange confusion faite entre la simple excrétion et l'acte complexe de la sécrétion glandulaire, on n'obtenait pas, au bout de cette demande, la longue liste des excitants de l'excrétion seule, liste dans laquelle la plupart, faute d'enseignements physiologiques, puisent à l'aveugle, pour assurer ou ramener la perfection des fluides digestifs !

Mais pour savoir les variations que la nature ou la science peut amener dans cette activité et ses effets, il faut rechercher l'état normal, en reconnaître et mesurer le type.

(1) Sous-maxillaire.

Si la sécrétion gastrique était régulièrement continue; si son abondance, pour un même temps, était invariable ; si le poids et la proportion de tous ses matériaux solides, ou même de la pepsine seule, étaient égaux pour un même temps ; si l'activité de ce dernier et principal agent était proportionnelle à son poids, rien ne serait plus facile que de déterminer cet état normal. Mais la sécrétion est intermittente, et ne dure que pendant certaines heures qui suivent le repas ; elle varie d'abondance ; tantôt elle est aqueuse, tantôt concentrée ; la proportion de pepsine chimique qui y est contenue oscille ; bien plus, un même poids de celle-ci tantôt est très actif à digérer, tantôt est inefficace ! C'est donc à l'aide d'observations très multipliées, *et seulement par les effets digestifs produits*, que la richesse sécrétoire peut être mesurée, et l'état normal établi.

Toutefois, pour le suc gastrique, la chose n'est pas impossible, parce que les variations dont il vient d'être question ne sont pas extrêmes, peuvent être ramenées à certaines lois, et que le procédé de la canule appliqué, pour l'étude de cette sécrétion, à un organe habitué au contact des corps étrangers, n'apporte pas un trouble durable à celle-ci.

J'ai déjà cherché, en 1856, à déterminer chez le chien, habitué comme l'homme à un repos biquotidien, à déterminer l'équivalent digestif du suc gastrique, ou plutôt l'équivalent digestif de la sécrétion gastrique pendant une période digestive entière (1), c'est-à-dire de douze heures. Voici ce que j'ai trouvé : tout le suc gastrique écoulé (2) par la canule pendant les douze heures qui suivent un repas de 150 grammes de tendons demi-desséchés (3), chez un animal de 25 kilogrammes, quelle que soit l'abondance ou la concentration, la richesse ou la pauvreté en matériaux solides et pepsine de la sécrétion écoulée, digère, en moyenne, 40 grammes d'albumine évaluée sèche.

Le suc de deux repas digère deux fois cette quantité ; de sorte que, en vingt-quatre heures, l'équivalent effectif de la digestion par la sécrétion gastrique peut être évalué à 80 grammes d'albumino-peptone sèche, c'est-à-dire d'albumine réellement digérée.

Et comme 1 kilogramme de chair, abstraction faite de son eau, ne pèse, en réalité, que 300 grammes, on arrive à reconnaître que, par jour et par kilogramme de son poids, la digestion gastrique fournit à la rénovation un centième du poids réel du corps !

Si la fibrine eût été consommée à la place d'albumine, la rénovation, par le fait du travail gastrique seul, eût pu atteindre un cinquantième du poids sec du corps, parce que l'estomac tire deux fois plus de peptone de la fibrine que de l'albumine.

Le temps viendra où les considérations pratiques qui découlent de ces observations expérimentales seront développées ; passons, en faisant remarquer les perspectives thérapeutiques qu'elles ouvrent.

Comme la canule ne trouble guère la sécrétion gastrique, et que la qualité du suc ne varie pas beaucoup d'une digestion à l'autre, j'ai pu ainsi déterminer que, en vingt-quatre heures, un chien sécrète environ 50 grammes de suc gastrique *semblable* ou *moyen* par kilogramme de son poids.

Mais c'est surtout sur l'équivalent normal de son action digestive que nous appelons l'attention, parce que seul il donne l'équivalent réel de l'activité de la formation sécrétoire du ferment digestif gastrique.

L'énergie avec laquelle s'opère LA FORMATION SÉCRÉTOIRE du ferment pancréatique dans les différentes circonstances quotidiennes et normales était également importante à connaître, et son type physiologique à fixer (4).

Nous avons expliqué (1) comment les troubles extrêmes de la fistule pancréatique, les mélanges de la fistule duodénale, et la sûreté, l'uniformité du procédé de l'infusion (2) avaient fait de ce dernier le procédé fondamental de nos expériences.

Les autres procédés (3), employés comme contrôle, ont confirmé ses données; mais j'ai publié cette normale, et j'entre en matière pour l'étude spéciale qui va nous occuper.

## INFLUENCE DE LA DIGESTION GASTRIQUE SUR L'ACTIVITÉ FONCTIONNELLE DU PANCRÉAS.

### I. — *Production du ferment pancréatique.*

Ayant été amené par mes expériences à considérer le pancréas comme l'organe supplémentaire de l'estomac pour la digestion des aliments azotés, il m'importait de savoir en quelles circonstances l'activité du pancréas se trouve au service de l'économie, et sous quelles influences son énergie peut être augmentée ; car on conçoit facilement les cas où l'estomac, faisant plus ou moins défaut, le déploiement de l'activité pancréatique devient de plus en plus importante pour conjurer le péril que courent la digestion et la restauration des forces.

Tel est le mobile qui m'a fait entrer, malgré les difficultés sans nombre, dans les études qui vont suivre, et qui ont trait tant aux

(1) Au début, à la fin d'une digestion, en effet, le suc gastrique a une force différente. Il faut juger par l'ensemble.

(2) La quantité de l'écoulement s'atténue extrêmement après les cinq premières heures du repas ; il y a aussi une variation irrégulière dans la concentration du suc.

(3) Je préférais les ligaments cervicaux du bœuf : ils sont alimentaires, le repas est véritable ; mais ils sont extrêmement longs à digérer. On recueille donc le suc gastrique pur, actif. D'autres aliments eussent, en se laissant vite digérer, souillé de peptones le suc gastrique, qui fût arrivé, d'ailleurs, déjà affaibli à l'expérimentateur.

(4) En empêchant autant que possible l'excrétion du ferment dans le duodénum, dont la ligature du pylore assure la vacuité, le procédé de l'infusion fait reconnaître une quantité de ferment qui, par repas de douze heures, pour des animaux de 12 kilogrammes, est capable de digérer 40 grammes d'albumine. En faisant le calcul proportionnel, le ferment pancréatique, par jour et par kilogramme de l'animal, serait donc susceptible de digérer 6 à 7 grammes d'albumine humide, et, réduisant toutes ces évaluations à l'état sec, on pourrait dire que la digestion pancréatique de l'albumine est capable de rénover 1/300e au moins du poids du corps.

J'eusse volontiers lié dans ces expériences l'abouchement des deux canaux pancréatiques dans le duodénum, afin d'assurer, sans perte aucune, le maintien dans la glande de tout le ferment élaboré par elle ; mais le pancréas est si sensible, sa fonction si altérable, que j'ai dû éviter le mieux crainte du pire.

Dans mes précédents mémoires, et surtout p. 14 de *Sur une fonction peu connue*, etc., un mot a été mis pour un autre. Au lieu de : « Je dois affirmer que très souvent je pus, avec l'infusion du pancréas de mouton, dissoudre 40 à 50 grammes d'albumine », lisez : *avec l'infusion du pancréas du bœuf.*

(1) *Parallèle entre le procédé de la fistule et celui de l'infusion*, 1860.

(2) J'ai presque toujours pris le pancréas en sacrifiant les animaux six ou sept heures après un repas.

Dans une première série d'expériences, je ne soumettais les animaux à aucune opération ; le repas pris, la sixième heure arrivée, je prenais le pancréas : l'état physiologique absolu était respecté. Dans une autre série, ayant lié le pylore pour isoler la digestion gastrique, ou l'œsophage après lavage de l'estomac pour éviter l'intervention des salives, ou les deux extrémités du duodénum avec ou sans lavage préalable pour éloigner l'intervention des sucs supérieurs, ou enfin le jéjunum ou l'iléon pour réduire ceux-ci à leur seule action locale, je saisissais le pancréas ; ou bien encore je transportais la digestion gastrique d'un animal dans le duodénum isolé, ou dans d'autres parties de l'intestin grêle d'un second animal sevré quant à lui de toute digestion gastrique, afin qu'il n'y ait plus aucune influence de la digestion gastrique naturelle chez l'animal en expérience, etc., et je prenais encore le pancréas. Il serait difficile d'exposer dans un chapitre général l'ensemble et le détail de ces recherches, cela n'est possible que dans chaque expérience individuelle. Quant à la marche générale des digestions naturelles ou artificielles, j'ai aussi indiqué les précautions minutieuses qui, pour le pancréas, sont d'une extrême importance à observer. Voyez *passim* dans : 1° *Une fonction peu connue*, etc., p. 11 à 14 ; 2° réponse à M. Brinton, *Journal de physiologie de Brown-Séquard*, 1860 ; 3° *Parallèle entre le procédé de la fistule et celui de l'infusion*, *passim* et p. 11, etc., publiés chez M. V. Masson.

(3) 1° Malgré l'extrême irrégularité qu'on observe d'ordinaire après la fistule, il est des cas nettement reconnaissables par une évolution spéciale, cas dans lesquels, par une très grande exception, la canule pancréatique ne produit pas ses désordres habituels.

Il en fut ainsi dans un cas où la totalité du suc qui s'écoula sous les yeux pendant les douze heures d'une digestion fut expérimentalement capable de digérer plus de 90 grammes d'albumine, soit 3gr,30 en douze heures ou 6gr,60 par jour et par kilogramme de l'animal (il pesait 25 kilogrammes), chiffre sans doute trop faible, parce qu'une certaine quantité de suc avait pu s'écouler librement dans le duodénum, par le deuxième conduit, mais chiffre bien voisin des 7 grammes donnés par l'infusion.

2° Dans une autre expérience sur un autre animal du même poids de 25 kilogrammes dont le canal cholédoque et le pylore étaient liés, dont la digestion gastrique s'effectua parfaitement, ainsi qu'on s'en assura finalement, j'appliquai non une fistule pancréatique, mais une fistule duodénale, et je recueillis le fluide sécrétoire mixte (suc duodénal, pancréatique) dont l'excrétion était provoquée par une petite éponge au-dessous de la canule. Dans ces circonstances, les sucs qui s'écoulèrent dans le même espace de douze heures me donnèrent une digestion de 112 grammes d'albumine, soit 4gr,50 ou 9 grammes par jour et par kilogramme de l'animal.

L'écoulement des deux canaux au lieu du principal, l'influence digestive légère dû au suc duodénal ajouté, donne la raison de l'augmentation de cette dernière expérience. En vingt-quatre heures, le chiffre d'albumine digérée est ici par kilogramme de l'animal de 9 grammes d'albumine au lieu des 6gr,60 du précédent, de telle sorte que toutes ces expériences se confirment l'une par l'autre.

oscillations de la formation du ferment pancréatique qu'aux causes qui les produisent.

En premier lieu, avant même que les usages du suc pancréatique fussent bien connus, on a dit que la sécrétion du pancréas était *plus abondante au milieu de la digestion*. Ces deux termes sont vagues, malgré leur apparente lucidité.

Toujours est-il que les animaux auxquels on pratique l'opération de la fistule, suivant le procédé de Graaf modifié, permettent parfois de constater (voyez la note 7 ci-dessus) que l'écoulement du pancréatique par l'ouverture artificielle est faible au début de la digestion, s'accroît au milieu et décroît, en effet, à la fin, pour cesser pendant le jeûne.

Mais, chez les animaux pourvus de fistules pancréatiques, nous savons que rien n'est plus rare que le spectacle de cette première oscillation naturelle. Le procédé expérimental de l'infusion, moins brillant que celui de la fistule, donne en compensation à l'observateur des résultats réguliers et constants, comme est d'ailleurs régulier de sa nature tout état véritablement physiologique.

Nul mieux que lui ne permet de démontrer avec une répétition plus complète et plus semblable l'oscillation subie par la sécrétion pancréatique, suivant les phases régulières de la digestion.

S'il ne laisse pas voir par les yeux l'*excrétion* du fluide pancréatique, il fait quelque chose de mieux : il permet de saisir sur le fait, dans la trame de la glande, l'*élaboration même* du ferment pancréatique, et d'en contempler heure par heure et balance en main le progrès et la mesure.

Par ce procédé, le tissu du pancréas laisse prendre à l'eau le ferment qu'il a formé ; la quantité d'aliments que celui-ci digère (et cette quantité est grande) donne la mesure exacte de son abondance et de sa perfection réelles; on sait que c'est lui qui a servi à établir les propositions de ce mémoire.

### II. — *Époque du maximum de formation du ferment pancréatique.*

Tandis que le maximum d'écoulement du fluide pancréatique par la fistule ne se montre, à cause du désordre trop souvent produit, que rarement au milieu de la digestion, et que cette rareté peut faire douter d'un état réellement habituel et physiologique; si, par le procédé de l'infusion, on prend à ce moment la glande, toujours elle est riche « au maximum » de ferment pancréatique.

Tout pancréas, pris au milieu de la digestion, mis en infusion, digère la quantité la plus élevée d'aliment, et accuse, par ce fait, que la formation et l'élaboration du principe digestif est bien, à cette époque, à son apogée.

Tout étant égal d'ailleurs, l'infusion du pancréas pris cinq heures avant ou après cette époque, est inerte, et ne se montre capable de dissoudre qu'une quantité insignifiante d'aliments azotés.

Telles sont, en somme, la différence et la mesure.

J'ai de plus observé, dans mon premier mémoire, que si l'on porte directement des aliments dans le duodénum fermé aux deux extrémités pour qu'ils y soient digérés par le suc pancréatique, sans avoir passé par l'estomac, ils sont plus ou moins rapidement dissous dans cet intestin, et que l'époque à laquelle ils le sont plus vite coïncide avec le moment où la digestion des autres aliments qu'on a, d'un autre côté, *préalablement* confiés à l'estomac, y est aussi très avancée.

De telle sorte que ces trois modes d'observation expérimentale se prêtent un mutuel appui ; en effet, soit qu'on examine les seuls *effets* du suc pancréatique dans le duodénum, l'*excrétion* du fluide par la canule, ou l'*élaboration* du ferment dans la trame glandulaire, le maximum de l'activité fonctionnelle se révèle toujours à l'observateur au milieu de la digestion.

Bien que je n'aie point formulé aussi nettement cette proposition dans mon premier mémoire de 1857, j'avais eu soin de recommander aux physiologistes de faire leurs expériences exactement, comme je les avais faites moi-même (1), et de ne pas oublier que la digestion duodénale est appelée à se développer, le suc pancréatique à intervenir, l'énergie du pancréas à se révéler le plus vivement au moment *où la digestion gastrique va finir* (1).

(1) « Nous engageons le lecteur à répéter, comme nous les avons faites, les expériences que nous rapportons. » (Voy. *Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés*, par L. Corvisart, p. 3, Paris, V. Masson.)

Quelques observateurs (2) négligèrent, en vérifiant mes expériences, cette condition, et déclarèrent que le suc pancréatique n'avait nullement les propriétés digestives que je lui avais reconnues.

Ils avaient, en effet, oublié de prendre le pancréas au moment où il est le plus actif, c'est-à-dire au milieu de la digestion, et justement l'avaient pris pendant le jeûne (3). En 1858, je me proposais un travail sur ce sujet, lorsque je lus que M. le professeur Meissner avait déjà réfuté mes contradicteurs, recommandé de prendre le pancréas lorsque la digestion est dans son plein, et confirmé largement l'influence digestive nouvelle que j'avais reconnue à cet organe (4).

Savoir toutefois que c'est à l'époque de la pleine digestion que le pancréas est le plus actif, n'est point une connaissance vraiment précise. Les uns pouvaient entendre par cette époque, soit simplement celle où la digestion est plus rapide, soit celle où elle est plus abondante, ou bien celle où les aliments sont déjà complétement digérés, époque plus reculée encore de deux à quatre heures ; d'autres, enfin, par digestion pouvaient comprendre la digestion gastro-intestinale tout entière, tandis que les derniers pouvaient entendre la digestion gastrique seule, ce qui comporte une variation nouvelle de trois ou quatre heures.

C'était une grande confusion. A ceux qui recherchaient l'action nouvellement mise en lumière, il importait de désigner une époque plus précise, afin de prévenir de nouveaux égarements.

Dans ma réponse à MM. K. et H., je formulai cette loi, qui résultait de mes expériences : « Si l'on donne un repas mixte et » abondant (4) à un chien jeune et bien portant, *si l'on sacrifie* » l'animal à la *cinquième ou sixième heure de ce repas*, et qu'on en» lève aussitôt le pancréas, l'infusion de *la glande fournira le maxi*» mum de l'activité digestive. »

Cette loi pouvait suffire à empêcher toute erreur du genre de celle de mes contradicteurs, et conduire à coup sûr à reconnaître au pancréas l'énergique activité dont il jouit.

Mais j'avais résolu de pousser plus avant, dans le but médical que j'ai signalé, l'étude des variations que l'activité fonctionnelle du pancréas peut subir sous ces causes.

Dans l'attente d'un mémoire analogue sur ces variations, annoncé par M. Meissner dans une lettre qu'il me fit l'honneur de m'écrire (1859), j'attendis pour publier mes observations.

Ce travail ne paraissant point, je me décide à faire connaître les résultats auxquels je suis parvenu, heureux s'ils concordent, comme les précédents, avec ceux de mon savant confrère.

Je m'occupai d'abord du jeûne.

### III. — *Heure du minimum de formation du ferment pancréatique.*

Dans cette recherche, je remarquai, après un certain nombre d'expériences que j'avais eu tort d'englober bien des états différents de l'organisme sous une expression malheureusement unique, *l'état de jeûne*, et que c'était à cause de cette confusion que j'avais eu peine à m'expliquer certaines exceptions qui parfois venaient singulièrement m'embarrasser.

On sait que j'ai toujours vu l'activité maxima du pancréas coïn-

(1) Voulant d'abord faire connaître le fait principal de la digestion du pancréas sur les aliments azotés, je n'avais point pour but de démontrer ce dernier point, que je prévoyais devoir développer plus tard.

Je disais toutefois : « Comme, dans l'état physiologique, la digestion duodénale se fait pendant que la digestion gastrique s'achève, il est bon de mettre quelques aliments dans l'estomac en même temps qu'on fait une expérience dans le duodénum. » C'était la cinquième des recommandations expérimentales que je faisais. (*Sur une fonction peu connue du pancréas*, p. 10.)

(2) MM. Kefcutein et Halwachs. (Voy. ma réponse au *Smidt's Jahrbücher*, 1859, vol. CII, p. 244; *The Lancet*, juin ; *Union médicale*, 1859, t. III, p. 149.)

(3) *Zeitschrift f. rat. Med.* de Henle et Pfeuffer, 1859, Dritte Reihe, Bd. VIII.

(4) Pour des animaux de 12 à 13 kilogrammes, ce repas ordinaire se compose ordinairement de 175 grammes de viande bouillie, 25 grammes de pain, 50 grammes de bouillon, en tout 250 grammes, et 500 grammes pour des animaux de 25 kilogrammes.

cider avec l'époque à laquelle la digestion générale est dans son plein, c'est-à-dire quand la digestion gastrique est voisine de sa terminaison, entre la cinquième et septième heure du repas.

Mais j'observai un second fait également positif, c'est que chez les animaux à pylore libre, après un repas fixe, donné à une heure fixe (nous nous expliquerons tout à l'heure sur ces trois points d'une grande importance), il arrivait que si, au lieu de venir de la cinquième à la septième heure, on venait à la neuvième, onzième, treizième heure (1), le pancréas était, d'une manière constante, sensiblement inerte, épuisé (2).

S'il ne l'était pas, cela était constamment lié à une circonstance, à savoir qu'il y avait encore des aliments dans l'estomac, ce qui arrivait soit parce que ceux-ci avaient été donnés ou trop copieusement ou à une heure trop rapprochée du précédent repas, ou bien quand le pylore, fermé par une ligature, mettait un obstacle à leur sortie.

Cette exception et sa cause reconnue dictèrent désormais ma conduite.

D'une part je voyais ce qui empêchait le pancréas de devenir inerte de la neuvième à la treizième heure, c'est-à-dire la *prolongation du séjour des aliments digérés dans l'estomac*; de l'autre j'avais acquis l'assurance de pouvoir amener le pancréas à l'inertie en l'épuisant par un repas déterminé. Dès lors je résolus de ne plus partir que « d'un point fixe », cette inertie. Ainsi fut mis en pratique ce que j'appelle *le repas préparatoire* qui amenait l'estomac à l'état du *jeûne simple*.

Ce repas déterminé fut composé pour des animaux de 12 à 14 kilogrammes, de 100 grammes, ou mieux encore de 30 grammes seulement de bœuf bouilli, découpé en quatre ou cinq morceaux (3), constamment donné avant chaque repas expérimental.

Ce jeûne, qui est à vrai dire plutôt le jeûne de l'estomac que celui de l'économie, jeûne simple, est celui pendant lequel le pancréas (4) devient (neuvième à treizième heure du repas) et reste au minimum de richesse et ferment.

Mais bientôt, si le jeûne se continue plus longtemps, paraît un nouvel état, celui du *jeûne prolongé*; le pancréas, pendant ce dernier, n'acquiert plus cette grande activité, cette formation abondante de ferment qui caractérise la digestion et fait qu'à la sixième heure du repas l'infusion du pancréas peut digérer jusqu'à 50 et 60 grammes d'albumine, mais ce n'est pas non plus l'inertie qui existe aux dixième, douzième heures du repas, et caractérise le jeûne simple.

Durant ce *jeûne prolongé*, peu à peu le pancréas refait un peu de ferment, et si l'on vient plus tard que la douzième ou quatorzième heure, c'est-à-dire à la dix-huitième, vingtième, trentième ou plus tard, quoique l'estomac soit toujours vide, on trouve des pancréas devenus capables de digérer 8, 10 ou 15 grammes d'albumine.

Ceux qui me font l'honneur de lire mes travaux se rappelleront peut-être que j'ai signalé, il y a quatre ans, un effet semblable, qui se passe pour l'estomac (3). En effet, j'ai vu que cet organe devient pauvre en principe actif (pepsine), lorsque les animaux, au lieu de prendre leurs repas réguliers, sont soumis au jeûne prolongé.

Se nourrissant alors, au lieu d'aliments étrangers, par un mécanisme encore inconnu, de leur propre substance, pour soutenir, autant que possible, la nutrition, le jeu ou l'aptitude fonctionnelle des principaux organes, il se forme chaque jour, dans ces circonstances, une minime quantité de pepsine, laquelle s'accumule surtout si les animaux ne boivent point, de telle sorte que, à l'époque de la mort par abstinence, l'estomac se trouve plus riche en pepsine qu'au début ou au milieu du jeûne fatal.

(1) Ces chiffres sont plus rigoureux que ceux donnés dans un précédent mémoire, où je donnais la neuvième heure précise.

(2) On peut en général y ajouter 10 grammes de pain et 20 grammes de bouillon clair. Pour des animaux de 30 kilogrammes, je donne un tiers en plus de ce repas. On varie proportionnellement pour les poids intermédiaires. Il ne faut jamais donner de boisson ni après le repas préparatoire, ni après l'expérimental, ni entre les deux.

(3) On trouve toujours alors, soit un chyme tout à fait liquide, soit au contraire les aliments reconnaissables, maintenus encore dans le ventricule.

(4) Voy. Longet, *Traité de physiologie*, t. I, p. 187, 1857.

Ce phénomène montre à la fois la résistance qu'une telle ressource peut présenter à la mort par abstinence lorsque les aliments viennent à être rendus, puisqu'une certaine quantité de ceux-ci peut être ainsi digérée par la réserve de ferment, et les indigestions graves et mortelles qui peuvent alors arriver si la quantité d'aliments ingérés dépasse les débiles forces maintenues dans les organes digestifs; il montre aussi que la nutrition sait encore extraire du sang non renouvelé par la digestion quelques matériaux (1) susceptibles de favoriser la formation d'une faible mais réelle quantité de ferment pancréatique; enfin, que si d'un côté une bonne digestion, un bon repas disposent largement le pancréas à augmenter l'énergie de son utile fonction, l'abstinence prolongée ne laisse point cet organe dans une telle inactivité que, au moment de la rupture de l'abstinence, cet organe soit absolument désarmé.

*(La suite à un prochain numéro.)*

---

## III.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — *Sur les eaux thermales de Bou-Chater, dans la régence de Tunis*, par M. *Guyon*. — De tous les voyageurs qui ont écrit sur la régence de Tunis, le consul Pellissier est le seul qui fasse mention des eaux thermales de Bou-Chater, encore n'est-ce qu'à l'occasion d'un temple fouillé au commencement de ce siècle par un comte Borgia.

C'est au printemps de 1850 que M. Guyon fit la découverte de cette source, laquelle pourrait bien être, d'après lui, celle dont parle César dans ses *Commentaires*, située au voisinage d'Utique.

Les eaux en sont claires, limpides, sans aucun mauvais goût. Sa température varie entre 36 et 40 degrés.

Il résulte d'une analyse faite au laboratoire de l'administration des mines, à Alger, que ces eaux contiendraient par litre 0gr,1684 d'arséniates de potasse et de soude, sur un total de 0gr,9689 de sels, ce qui ferait plus d'un sixième de leur poids. Les eaux de Bou-Chater seraient donc, jusqu'à ce jour, de toutes les eaux thermales et autres contenant de l'arsenic, celles qui en contiendraient le plus, et cette circonstance remet en mémoire ce qui advint à l'armée de Curion, lieutenant de César, entre Utique et les bords du Bagrada, à l'est de cette ville. « Tous ceux qui burent de ces eaux, dit Appien, eurent la vue trouble, de l'assoupissement, des vomissements continuels, avec des convulsions dans tout le corps. »

Toutefois, M. Guyon fait remarquer que les habitants de Bou-Chater usent de ces eaux en boisson, et que lui-même et ses compagnons de voyage en ont usé ainsi à chacune de leurs visites à la source.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : Le rapport de M. le docteur *Bordes-Pagès* sur le service médical des eaux minérales d'Aulus (Ariége) pendant l'année 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

(1) A presque toute époque, le sang contient des substances qui ressemblent beaucoup aux peptones et qui sont comprises sous le nom générique peu précis de *matières extractives*; mais, en l'absence de la nourriture, par quel mécanisme les substances albuminoïdes du corps les forme-t-il?

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Leyral* (de Voutezac), mentionnant trois cas de morve chez le cheval, dont deux guéris. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Herbert-Barker* (de Bedford), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger. — *c.* Une observation d'accouchement difficile, heureusement terminé à l'aide du forceps à tractions soutenues de M. le docteur Chassagny, envoyée par M. le docteur *Berne*, chirurgien en chef de la Charité à Lyon. (*Comm.:* M. Dubois.) — *d.* Un mémoire sur la composition et les propriétés thérapeutiques des eaux et des extraits de foies de morues, par MM. *Despinoy* et *Garreau*. (*Comm.:* MM. Devergie, Bouillaud et Poggiale.) — *e.* Le modèle et la description d'une nouvelle canule à trachéotomie, par M. *Charrière*.

*Lectures.*

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre par laquelle M. le maire de Sens invite les membres de l'Académie à assister à la cérémonie d'inauguration de la statue de Thénard, ancien membre associé, qui aura lieu samedi prochain, 20 courant.

*Discussion sur la morve.*

M. *Renauld* discute d'abord une des questions qui semblent avoir le plus embarrassé M. Guérin, à savoir celle qui consiste à concilier l'unicité de la morve et de ses différentes manifestations avec les appellations diverses qu'on donne à ces mêmes manifestations.

La morve est une, dit l'orateur, une dans son essence, dans son principe; mais ses manifestations sont multiples et variées. Morve ou farcin, morve aiguë et morve chronique, farcin aigu et farcin chronique, ne sont que des expressions phénoménales diverses de la même maladie. Mille expériences ont mis ce fait capital hors de doute. Cette identité, cette unité du principe morveux était admise par les hippiâtres grecs, et elle a été solidement établie par les travaux de Gilbert, de Dupuis, et par les recherches plus récentes des professeurs actuels de l'École d'Alfort.

Donc, pour les observateurs comme pour les praticiens, la morve est une, dit M. Renauld.

Mais M. Guérin objecte : Pourquoi donc conserver les dénominations différentes sous lesquelles vous désignez aujourd'hui la morve? Je ne sais à qui s'adresse ce reproche, car pour nous la morve est une affection unique, mais pouvant présenter des manifestations diverses, auxquelles nous donnons des dénominations différentes. C'est là une chose qui n'a pas besoin d'être justifiée.

L'orateur esquisse successivement les symptômes et la marche de la morve aiguë et de la morve chronique, et conclut que la distinction est nécessaire.

En est-il de même pour le farcin? Ce serait une erreur grossière que de regarder le farcin comme une affection différente de la morve. Mais personne parmi les vétérinaires n'a jamais songé à soutenir une pareille doctrine. Le farcin est de même essence, de même nature que la morve; la seule différence est dans le siége des lésions et dans la gravité des phénomènes. La morve a son siége sur les muqueuses; le farcin, sur la peau; le farcin est, en outre, l'expression la moins grave de la morve.

La maladie est-elle générale ou locale? Si M. Renauld pose cette question, c'est qu'elle a été soulevée implicitement par M. Guérin. Il y a une diathèse morveuse, dit l'orateur, une diathèse dont M. Guérin n'a rien dit. Si je ne me trompe, M. Guérin n'admet pour la morve qu'une cause déterminante unique, à savoir, le virus ou l'infection. Mais je ne comprends pas ici la pensée de M. Guérin. Ce qu'il nomme une cause est à mes yeux un effet. Le principe même de la morve n'est pas un germe préexistant chez le cheval; il ne se développe pas d'une manière fatale; il est le résultat d'un ensemble de causes que M. Bouley a énumérées, et en tête desquelles il a signalé avec raison l'épuisement provenant d'un travail exorbitant, d'efforts immodérés. Dans les circonstances surtout où les animaux doivent à la fois *tirer* et *courir*, ils se trouvent, on peut le dire, dans des conditions physiologiques monstrueuses. Il y a là un antagonisme de fonctions qui s'oppose essentiellement à la régularité de la respiration et de la circulation, et partant à une hématose convenable. Telle est, à mon avis, la cause principale de la fréquence de la morve chez les chevaux de poste et de roulage.

Une autre cause, non moins active peut-être, c'est l'arrêt de la transpiration, sur lequel Barthélemy a justement insisté.

L'insuffisance de l'aération est encore une cause fréquente de morve pour les chevaux, ainsi que l'a si bien démontré, dans un remarquable rapport, feu M. Bouley jeune, père de notre collègue actuel. La morve a diminué de plus de moitié, depuis cette époque, parmi les chevaux de l'armée, par le seul fait de l'agrandissement et de la ventilation des écuries. Les quatre régiments de cavalerie qui perdent actuellement le moins de chevaux par la morve, sont ceux dont les écuries restent portes ouvertes nuit et jour.

La morve est fréquente à la suite des longues suppurations, des catarrhes chroniques et de toutes les affections capables d'amener un affaiblissement graduel de l'économie.

J'ai vu la morve se développer au bout de trois semaines chez un cheval auquel j'avais injecté du pus pris sur une plaie simple.

Une des causes les plus actives et les moins contestables, c'est la contagion, que personne ne songe à nier aujourd'hui.

La morve n'éclate pas toujours d'une manière immédiate. L'influence des causes précédentes peut ne se faire sentir qu'à la longue. Le cheval contracte quelquefois l'aptitude à la morve, la diathèse morveuse; et les phénomènes n'éclatent qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois.

La manifestation extérieure, qui vient caractériser la morve et le farcin, est une véritable crise. C'est si bien une crise qu'elle est précédée de quelques jours d'incubation et de certains prodromes, comme la plupart des éruptions, et que les lésions ne se développent que sur des tissus tégumentaires, la muqueuse ou la peau.

La morve s'annonce-t-elle au dehors par des signes qui en trahissent le début, ou plutôt l'incubation? Oui et non. Oui, en tenant compte du caractère étiologique : amaigrissement progressif, inaptitude au travail, etc. En dehors de cela, quand apparaissent ces symptômes, le glandage, le jetage et le chancrage, sont-ils en rapport avec la gravité de la maladie? Nullement. Le degré de la lésion ne saurait servir de critérium pour le pronostic. Il n'y a donc pas de relation certaine entre les signes de la morve et de la gravité de la maladie.

Le critérium de la morve et du farcin, c'est la *pustule* morveuse, la pustule nasale.

Tout ce que je viens de dire n'est pas nouveau dans la science. Les anciens livres d'hippiâtrie signalent ces remarquables particularités.

Si j'insiste là-dessus, c'est à l'occasion des chevaux guéris par M. Guérin. Je crois qu'il a porté un peu de hardiesse dans son diagnostic. Cependant il faut avouer qu'il peut invoquer en faveur de son opinion la cohabitation de ces chevaux avec des chevaux bien manifestement morveux. Mais ce qui me surprend, aussi bien que M. Bouley, c'est le nombre prodigieux de guérisons obtenues par M. Guérin. Si encore je voyais un traitement quelconque pour expliquer ce phénomène! Mais qu'a fait M. Guérin? Tout bonnement des injections nasales avec une solution de tannin! Mais, avant lui, on a injecté toute espèce de solutions astringentes et détersives, qui n'ont pas empêché les chevaux de mourir. Quant au fait de la contagion, je serai assez disposé à la rejeter dans le cas de M. Guérin, surtout si les chevaux réellement morveux n'avaient que la morve chronique. Je crois plus volontiers que les chevaux guéris sont devenus malades, non pas par contagion, mais sous l'influence des causes qui avaient provoqué la morve chez leurs compagnons.

J'arrive à la théorie de M. Guérin sur le mode d'infection et de propagation de la morve, théorie suivant laquelle l'air qui traverse les fosses nasales fait pénétrer les miasmes de la morve jusque dans la profondeur des poumons, et de là dans toute l'économie.

J'ai fait des expériences avec M. Raynal pour élucider cette question : j'ai établi un courant respiratoire continu entre des chevaux sains et des chevaux morveux, à l'aide d'un appareil de caoutchouc. Sept expériences ont amené des résultats négatifs. Aucun des chevaux sains n'a été contaminé par l'air provenant de chevaux atteints de morve aiguë.

Abordant le traitement de la morve, M. Renauld établit qu'en vétérinaire tout traitement qui ne guérit pas complétement et vite est illusoire. Existe-t-il une méthode thérapeutique de ce genre

pour la morve? Pas que je sache jusqu'à présent. Il est vrai que M. Guérin n'avait pas encore préconisé les injections au tannin. Toutes les tentatives faites jusqu'à ce jour n'ont pas été heureuses; est-il donc extraordinaire que les vétérinaires, jusqu'à nouvel ordre, fassent abattre impitoyablement les chevaux morveux ou soupçonnés tels? Ils ont cent fois raison.

Quand un cheval aura contracté une morve bien manifeste, on ne devra même pas tenter de le traiter. S'il y a doute, incertitude, on essayera de le traiter, bien qu'il n'existe encore aucun remède auquel on puisse ajouter quelque sérieux crédit. Les mercuriaux, les médicaments les plus actifs, les injections répétées dans les cavités nasales avec des sels de plomb, de l'acide chlorhydrique, ont constamment échoué.

Le seul cas dans lequel un traitement puisse être essayé avec quelque chance de succès c'est quand la morve revêt ses caractères les plus bénins, les symptômes du *farcin;* quand l'affection ne présente plus de phénomènes généraux, qu'elle tend à se localiser et à s'éliminer, pour ainsi dire, par des lésions nettement localisées. Dans ces circonstances, la cautérisation des points malades peut produire de bons résultats; mais il faut procéder sans retard et avec énergie. Il résulte, en effet, d'inoculations que j'ai pratiquées que le principe virulent de la morve est déjà absorbé, et qu'il a infecté l'économie au bout d'un quart d'heure.

M. Guérin a proposé un projet de classification nouvelle de la morve et du farcin. Entre autres divisions, il admet une *cachexie morveuse*, c'est-à-dire une manifestation de la morve, sans symptômes ni généraux, ni locaux; mais alors à quoi M. Guérin reconnaîtra-t-il que la cachexie est réellement morveuse?

M. Guérin veut aussi qu'on distingue une morve muqueuse et une morve cutanée; mais les lésions de la morve se manifestent souvent dans des appareils où il n'y a ni peau, ni muqueuse, et aussi dans la profondeur des parenchymes; dans quelle variété de sa classification M. Guérin placera-t-il ces lésions? Je crois donc que la classification est essentiellement défectueuse, et ne mérite pas d'être adoptée.

M. *Bouillaud* établit d'abord que la morve est essentiellement contagieuse, virulente, et qu'à la manière de toutes les maladies contagieuses elle est spécifique, c'est-à-dire qu'elle offre des manifestations toujours identiques. Il y a ici unité de la maladie, quel que soit le nom qu'on donne à ses manifestations. Il y a dans la morve une éruption qui ne manque presque jamais, et qui est caractéristique; elle a la forme des pustules d'ecthyma.

Quant à l'étiologie, M. Bouillaud n'admet pas que les causes ordinaires puissent provoquer la véritable morve, comme l'ont soutenu les orateurs vétérinaires, MM. Bouley et Renauld. Il ne peut accepter que des causes vulgaires soient capables de donner naissance à une maladie *spécifique*. Jusqu'à plus ample informé, M. Bouillaud regarde les causes signalées par MM. Bouley et Renauld comme des causes purement accessoires, incapables de donner naissance à une maladie infectieuse.

Ici se présente la question des morves locales. L'orateur les rejette d'une manière absolue. Sans doute, il y a des lésions locales, mais ce ne sont que des manifestations d'une maladie générale. L'infection est la condition *sine qua non;* mieux encore, c'est la maladie elle-même. Il en est sur ce point de la morve comme de la variole.

L'heure avancée force M. Bouillaud à remettre la suite de son argumentation à mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 24 JUIN 1864.

GUIDE DU DIABÉTIQUE, PAR M. FAUCONNEAU-DUFRESNE, ANALYSE ET COMPTE RENDU LUS A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PAR M. BOYS DE LOURY.

Messieurs, un des membres les plus laborieux de notre Société, M. Fauconneau-Dufresne, dont vous connaissez les nombreux travaux sur les maladies du foie, la plupart exposés devant la Société, vous a fait hommage d'un dernier ouvrage, jalon d'une monographie complète qu'il prépare actuellement; cet ouvrage, qui se rattache à l'objet de prédilection de ses études, il l'a intitulé *Guide du diabétique*.

L'auteur a compris qu'il était temps de réunir les travaux si remarquables de M. Cl. Bernard et des praticiens qui s'occupent de glycogénie depuis une vingtaine d'années. Les expériences si concluantes de M. Cl. Bernard sur la formation du sucre dans le foie, son passage dans l'économie, cette coïncidence du diabète avec les lésions du quatrième ventricule, tous ces travaux de cet illustre professeur, épars dans des mémoires, et dans des recueils périodiques, ne se trouvent pas sous la main de tous les médecins, et présentent des questions encore assez neuves, assez pleines d'intérêt, pour que les praticiens éprouvent souvent le désir de les consulter.

Abordant de suite la nature du diabète, M. Fauconneau-Dufresne indique par qui le sucre a été découvert dans l'urine, par qui il a été constaté que les matières féculentes se convertissent normalement en sucre dans l'intestin; réfutant les théories de MM. Bouchardat et Mialhe, il expose la découverte de la glycogénie hépatique, ainsi que les progrès croissants de cette découverte; il suit les recherches sur les diverses alimentations relativement à leur effet sur le foie, l'influence du système nerveux sur la sécrétion sucrée du foie; il établit enfin que le diabète a pour siége les granulations du foie, et que cet excès de sécrétion sucrée est produit par l'influence nerveuse.

Passons rapidement sur les causes, quoique la méthode numérique, basée sur un grand nombre de faits, puisse rendre déjà compte de l'influence de l'âge, du sexe, du climat et des commotions nerveuses, et arrivons à un chapitre pour lequel l'auteur a marqué une juste prédilection, en exposant avec une grande méthode les symptômes du diabète. Il examine d'abord ceux qui sont présentés par les fonctions d'assimilation, ainsi la soif ou polydipsie, l'état de la bouche, la faim, l'état des digestions et de la défécation. En ce qui concerne la soif, il note les énormes quantités de liquide ingérées par les diabétiques. L'un d'eux ingurgitait de 30 à 40 litres en vingt-quatre heures; et, relativement à la voracité, on a peine à comprendre que le malade observé par Thenard et Dupuytren ait pu introduire dans son estomac une masse d'aliments égale au tiers du poids de son corps.

Dans les fonctions de sécrétion, M. Fauconneau-Dufresne passe en revue les sécrétions des voies digestives, des voies urinaires et de la peau; les caractères physiques, microscopiques et chimiques de l'urine sont exposés avec détail. L'urine décolorée devient plus pesante, sa saveur devient sucrée ou douceâtre; une couche grisâtre, qui se dépose au fond du vase, est le ferment diabétique dans lequel on découvre de très petits globules; l'urée et l'acide urique diminuent en proportion de l'abondance de l'urine. Chez certains malades, on a trouvé jusqu'à 140 grammes de sucre par litre; ainsi un diabétique qui rendait 25 kilogrammes d'urine par jour, rendait en même temps 3 kilogrammes et demi de sucre.

En même temps que la maladie fait des progrès, les forces musculaires diminuent et se perdent; la voix, la vue s'affaiblissent; l'ouïe, l'odorat, le goût, ainsi que les fonctions intellectuelles, sont également frappés; des troubles variables dans les fonctions du système nerveux se présentent fréquemment. J'ai vu, il y a quelques années, un malade chez lequel il se produisait des hallucinations: employé dans un ministère et préoccupé d'un congé qui lui était accordé, il voyait ses chefs qui, dans leurs visites, l'encourageaient et lui disaient de ne pas s'inquiéter. Le trouvant un matin très ému, il me dit que le ministre lui-même, en grand costume, sortait de chez lui, après lui avoir donné les meilleures paroles. Ne délirant sur aucun autre point, rendant parfaitement compte de sa position, ce diabétique était convaincu que ces hallucinations étaient des réalités.

Il m'a été également donné de voir un fait qui n'est relaté par aucun des auteurs qui ont écrit sur le diabète; fait isolé, mais qui sera sans doute vu de nouveau par les observateurs. Ce n'est qu'après la publication des 17 ou 18 faits de notre honorable con-

frère Duchenne (de Boulogne) que j'ai pu rattacher à la paralysie progressive du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres le diabétique que j'avais observé il y a six à sept ans. Le premier symptôme qu'il présenta fut une difficulté qu'il éprouvait de temps en temps dans la déglutition du bol alimentaire; bientôt il ne put avaler qu'en partie ses aliments, qu'il rendait dans son assiette; puis l'orbiculaire des lèvres se prit; l'articulation des mots était devenue presque impossible avant la mort de ce malade.

D'après l'auteur, le diagnostic est facile à établir. Dès qu'une personne est prise d'une soif exagérée, d'un excès d'appétit et d'abondantes émissions d'urine, il faut essayer le liquide par les moyens appropriés. Les symptômes indiqués viennent ensuite déceler les progrès de la maladie; puis vient le diagnostic différentiel entre la polyurie simple, l'hippurie et la pyorémie ou diabète chyleux.

Relatons deux faits singuliers et dont je dois faire personnellement mon profit : la simulation du diabète, à laquelle on aurait pu se laisser prendre avant qu'on fût aussi bien fixé sur la nature de la glycose ou sucre du diabète qu'on l'est aujourd'hui; l'analyse prouva surabondamment que du sucre ordinaire avait été mêlé à l'urine par les soi-disant malades.

Ici se place la différence entre la nature du sucre diabétique et celle du sucre ordinaire, puis les moyens de reconnaître le sucre du diabète par les alcalis caustiques, la potasse, la chaux, la réduction d'un sel de cuivre par la glycose sous l'influence de la potasse, enfin la description complète des nombreux procédés chimiques proposés pour découvrir la présence du sucre dans l'urine.

A la suite de ces moyens chimiques, l'auteur fait connaître les moyens physiques destinés à doser le sucre : l'aréomètre, puis les moyens optiques, après avoir indiqué le polarimètre de Biot, l'albuminomètre de Béquerel; il décrit le diabétomètre de Robiquet, auquel il donne la préférence, après avoir apprécié la valeur de tous ces procédés.

La seconde partie de l'ouvrage à laquelle nous arrivons est relative au traitement. Après avoir insisté avec beaucoup de soin sur les moyens hygiéniques, M. Fauconneau-Dufresne aborde les méthodes thérapeutiques, et les examinant les unes après les autres, voyant leurs résultats, dans lesquels des succès ont été obtenus par chacun d'eux, il se détermine à admettre une thérapeutique mixte. Les traitements en usage aujourd'hui, dit l'auteur, sont fondés sur une théorie contestable ou fausse; il est bien certain que dans le diabète, mais non dans l'état de santé, l'usage des féculents augmente la sécrétion du sucre urinaire.

M. Bouchardat est parti de cette donnée pour remplacer les aliments amylacés par d'autres aliments du même ordre physiologique. Les féculents et les sucres appartenant au groupe qu'on est convenu d'appeler *aliments de la respiration*, il a cru devoir choisir dans ce même groupe d'autres aliments que le diabétique peut utiliser par suite de conditions pathologiques spéciales; les boissons alcooliques et les corps gras furent choisis par cette raison.

Or, relativement aux alcooliques, les expériences sur lesquelles M. Bouchardat s'appuie sont plus que contestables, et quant aux corps gras, la théorie est essentiellement fausse : car s'ils ne font pas de mal dans le diabète, c'est qu'on sait aujourd'hui, d'après les expériences si probantes de M. Bernard, que, émulsionnés par le suc pancréatique, ils sont absorbés par les vaisseaux chylifères, et que, ne passant pas par le foie, ils ne peuvent y augmenter la quantité du sucre.

Quant au traitement alcalin, on se souvient, dit l'auteur, que, M. Mialhe ayant prétendu que le sang des diabétiques manquait d'alcalinité, il fallait traiter la maladie par les alcalins. C'est sur ces données que notre regrettable confrère Petit appela les diabétiques à Vichy. Or encore, le sang dans le diabète est absolument doué du même degré d'alcalinité que le sang ordinaire. Ne faut-il pas en conclure que si les alcalins et l'eau de Vichy produisent de bons effets, c'est par une autre raison que cette théorie chimique contre laquelle s'élève M. Fauconneau-Dufresne, ne voulant voir dans la thérapeutique du diabète que des indications? Nous arrivons ainsi à la partie pratique de son ouvrage, que je vais essayer d'analyser.

Au début des premiers symptômes, le médecin verra si le milieu où vit le malade est pour quelque chose dans le développement de la maladie, sans oublier de faire taire toute espèce d'excitation nerveuse. Si des éruptions chroniques avaient été, dans leur disparition, suivies de diabète, on devra chercher à les rétablir ou à les remplacer. Chez un homme pléthorique et vigoureux, la saignée peut suffire pour faire cesser la sécrétion exagérée du sucre. A un tempérament lymphatique, les toniques conviendront dès le principe. Si le tempérament est bilieux, un purgatif peut avoir une grande utilité, en faisant prédominer la sécrétion biliaire sur la sécrétion du sucre.

Quant aux premiers symptômes, soif et exagération d'appétit, ce ne sera pas par l'eau de Vichy ou les viandes salées qu'on y remédiera, bientôt le système nerveux en recevrait une atteinte funeste, ainsi que les voies digestives, mais en donnant des boissons légères, amères ou alcalines. L'état saburral sera combattu par un éméto-cathartique, les rapports acides par des doses légères de lait de chaux; enfin un régime tonique est nécessaire si le malade est débilité.

M. Fauconneau-Dufresne s'élève contre l'idée généralement admise d'un régime très animalisé, qui, selon lui, devient dangereux, en raison de l'excitation et du trouble qu'il produit dans les organes digestifs. Quant aux féculents, l'expérience prouvant qu'ils augmentent la sécrétion urinaire chez les diabétiques, il est d'avis de les en priver autant que possible; le pain de gluten, dont l'utilité ne lui est pas prouvée, qui dégoûte les malades sans remplacer le pain, est suppléé par des croûtes de pain grillées. Leur légère carburation développerait un carbonate alcalin qui compenserait ce qu'elles contiennent de farine. Les malades doivent s'abstenir de sucre, quoique le traitement par le sucre ait été essayé, et, d'après quelques praticiens, avec un certain succès. Malgré l'efficacité des eaux de Vichy, généralement admise contre le diabète, M. Fauconneau-Dufresne croit que, le plus souvent, le sucre disparaît momentanément des urines, qu'il y a rémission dans les symptômes généraux, mais que le sucre ne tarde pas à reparaître. Pourtant il les conseille au début, mais il veut que, loin de continuer le même traitement, on cherche par d'autres moyens à impressionner autrement l'économie, car, dit l'auteur, qu'y a-t-il dans cette affection? 1° une excitation nerveuse retentissant sur le foie, qu'il faut enlever; 2° sécrétion anormale du sucre du foie, qu'il faut empêcher. Ce sera par des perturbateurs, des modificateurs nouveaux qu'on atteindra ce but; il trouve alors plus rationnel de faire prendre des bains de mer, d'engager le malade à se livrer à l'hydrothérapie, d'aller aux eaux sulfureuses, purgatives ou ferrugineuses, car, malgré la différence de leur nature, ces eaux ont procuré des succès.

Je ne suivrai pas l'auteur dans le traitement des complications malheureusement si fréquentes dans le diabète, la phthisie, les congestions pulmonaires ou cérébrales, la gangrène, je dois à regret limiter cette analyse.

Il faut l'avouer, si la physiologie du diabète a été si savamment élucidée par M. Cl. Bernard, il paraît toutefois rester beaucoup à faire pour la thérapeutique. Après avoir lu avec attention les chapitres qui s'occupent du traitement, parce qu'il m'a semblé que ce qui est pratique devait intéresser davantage la société, je crains d'être encore incertain sur la voie qu'il me faudrait prendre pour traiter nos malades. Tout en attaquant M. Mialhe dans le traitement par l'eau de Vichy, M. Fauconneau-Dufresne la prescrit dans la première période, et si plus tard il ne donne plus l'eau de Vichy il ne craint pas de lui substituer quelquefois un autre alcali, l'eau de chaux.

Je m'expliquerais aussi difficilement la variété des eaux auxquelles l'auteur peut envoyer ses malades, si des observations particulières ne confirmaient des guérisons par ces moyens divers ou opposés. Ces faits, qu'un simple manuel ne pouvait renfermer, nous les verrons, je l'espère, dans un ouvrage plus complet que nous promet l'auteur.

Dans cette incertitude sur la marche à suivre dans le traitement du diabète, M. Fauconneau-Dufresne, dans son GUIDE DU DIABÉTIQUE, nous représente des malades se réunissant à Vichy, entu-

mérant leurs maux, les analysant, comparant, dans leur désespoir, les méthodes diverses auxquelles ils ont été inutilement soumis. Que notre confrère les choisisse aussi instruits qu'il voudra, analysant et dosant leur sucre comme un chimiste habile, ainsi que quelques malades, dit-il, ont pu le faire, puis qu'ils se réunissent en congrès, ainsi que le propose un fougueux diabétique; où iront-ils ces malades sans guide et sans boussole? Ils remonteront plus loin que les Asclépiades, aux siècles presque fabuleux où les malades cherchaient inscrits sur le marbre des temples la description et la cure de leurs souffrances.

Malgré son titre, Guide du diabétique, ce n'est pas aux malades que s'adressera cet ouvrage, mais il servira très bien aux praticiens pour les diriger dans la marche, dans le diagnostic du diabète; il les aidera dans la recherche et le dosage du sucre, et leur indiquera les différentes méthodes auxquelles ils pourront se confier pour les moyens de traitement.

Si le malade, en effet, comprend les étymologies de glycogénie, hippurie, polyurie, et de bien d'autres termes médicaux, si vous lui accordez de plus les connaissances chimiques nécessaires pour se débrouiller dans les neuf ou dix procédés d'analyse des urines décrits par l'auteur, comment se reconnaîtra-t-il dans les détours physiologiques sans avoir recours à son médecin, véritable guide qui seul pourra suivre à livre ouvert toutes ces déductions de la science, si bien présentées par M. Fauconneau-Dufresne, dont l'habileté a été achetée par plusieurs années d'études et de recherches sur cette terrible affection?

Vous vous réunirez donc à moi, messieurs, pour adresser de nouveaux remercîments à notre honoré confrère, qui s'est déjà créé une si belle place dans le monde savant par ses travaux sur le foie, par tant d'observations et de mémoires lus à notre Société. Il excusera, je l'espère, quelques mots de critique que mon amitié n'a pu lui céler, en faveur de l'intérêt soutenu avec lequel vous avez bien voulu écouter cette analyse.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 19 JUILLET 1861.

Communications diverses.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

TORTICOLIS SPASMODIQUE. — FISTULES VÉSICO-VAGINALES TRAITÉES PAR LE PROCÉDÉ AMÉRICAIN. — CARIE DU CANAL CAROTIDIEN, HÉMORRHAGIES ET MORT. — CARIE SYPHILITIQUE DU CALCANÉUM.

M. *Legouest* avait présenté il y a quelque temps un malade atteint d'un torticolis intermittent. Le muscle qui se contractait spasmodiquement était le sterno-cléido-mastoïdien. Ses contractions étaient parfois si énergiques et la tête si fortement déviée que le malade ne pouvait marcher qu'avec beaucoup de difficulté. Après avoir essayé en vain contre cette affection la gymnastique et les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, M. Legouest résolut d'électriser le muscle malade, non par un courant intermittent, mais par un courant continu, à l'exemple de Remack. Une pile de Daniel de grand diamètre, à un seul élément, servit à cette électrisation. Les plaques métalliques des deux pôles étaient fixées, l'une au niveau des insertions sterno-claviculaires, l'autre au niveau des insertions mastoïdiennes du muscle malade, et on laissait passer le courant pendant toute la nuit. Au bout de trois nuits, le malade n'avait encore ressenti aucun effet, ni local ni général; il accusait seulement quelques picotements au-dessous des plaques. Après la quatrième nuit, il annonça un peu d'amélioration. Le traitement fut continué, et, comme l'amélioration était de plus en plus sensible, l'électrisation fut faite pendant vingt nuits, au bout desquelles le malade se trouva parfaitement guéri.

M. *Bouvier* exprime des doutes sur l'efficacité attribuée dans ce cas à l'électrisation, et croit que le malade a guéri *pendant* qu'on l'électrisait. L'action physiologique d'un seul élément de la pile de Daniel est presque nulle, et, si l'on songe aux échecs éprouvés par l'électricité produite par des appareils dont l'action n'est pas douteuse, ce succès ne peut pas facilement être mis sur le compte de la pile de Daniel. On sait combien les névroses sont capricieuses, et l'on a vu de ces torticolis spasmodiques guérir tout à coup d'eux-mêmes, après avoir résisté à tous les traitements imaginables. M. Bouvier rappelle deux faits de cette espèce. L'un d'eux est relatif à une contracture des muscles de la cuisse, qui disparut comme par enchantement chez une jeune fille à la seule nouvelle du retour d'une personne qui lui était chère.

M. *Broca* associe ses doutes à ceux de M. Bouvier. Il faut au moins trois ou quatre éléments de la pile de Daniel pour produire une action physiologique notable. Un seul représente, en fait d'électrisation, une véritable dose homœopathique.

— M. *Verneuil* communique à la Société de chirurgie les résultats de trois nouvelles opérations de fistules vésico-vaginales qu'il a pratiquées par le procédé américain.

La première de ces opérations a été faite pour un cas des plus compliqués. Il y avait deux fistules, et de plus l'urèthre était complétement détruit dans une certaine étendue. L'opération, qui ne dura pas moins de deux heures, nécessita l'avivement de presque toute la paroi vésicale du vagin. Quelques jours après l'opération, le canal de l'urèthre était reconstitué, et il ne restait plus qu'une fistule assez petite, que très probablement il eût été facile de fermer plus tard; mais la malade fut prise d'un érysipèle qui, après avoir commencé à la région inguinale, occupa successivement presque tout le corps, et elle succomba. Ce fait, que malheureusement nous ne pouvons que mentionner, sans entrer dans les détails qui le rendent des plus intéressants, sera publié par M. Verneuil dans les *Archives*, en même temps que deux autres dans lesquels l'opération a été suivie d'un plein succès.

Dans un cas plus ancien que les précédents, et que M. Verneuil a aussi rappelé, il ne restait plus après l'opération qu'un pertuis presque imperceptible. La malade ne voulut pas attendre, pour quitter l'hôpital, que sa guérison fût complète. Elle sortit; mais quelques mois après elle rentra avec une fistule presque aussi large que celle qui existait avant l'opération. Elle avait eu et avait encore alors une vaginite qui avait détruit la cicatrice.

L'opération fut refaite et fut suivie de succès. La fistule resta fermée pendant six mois; mais une grossesse survint, et avec cette grossesse une nouvelle vaginite qui eut le même résultat que la première Aujourd'hui la malade perd encore par la plaie la moitié de ses urines. Quels vont être les effets de l'accouchement chez cette malade? C'est là une question dont M. Verneuil espère pouvoir donner la solution à ses collègues, car il ne perdra pas de vue la malade.

M. *Chassaignac* demande si cette espèce de dissolution de la cicatrice par le fait d'une vaginite ou d'une grossesse commençante, a été notée dans d'autres observations que dans celle de M. Verneuil.

M. *Follin* répond qu'il a observé pour sa part un cas analogue, et M. Verneuil se propose d'examiner à ce point de vue les faits connus et rassemblés presque tous dans la thèse de M. d'Andrade, un de ses élèves.

— M. *Legouest* a présenté une pièce anatomique sur laquelle se voit une carie très limitée occupant les parois du canal carotidien. Cette lésion a acquis, par son siége, une gravité toute spéciale, car le malade est mort d'hémorrhagies. La ligature de la carotide primitive n'arrêta cette hémorrhagie que pour quelques jours, au bout desquels le sang coula de nouveau jusqu'à ce que le malade eut succombé.

M. *Beyran* a fait examiner à ses collègues un malade atteint d'une carie du calcanéum, d'origine probablement syphilitique, et paraissant actuellement en voie de guérison par le fait d'un traitement ioduré. Si ce malade, qui n'offre vraiment rien de curieux, a été présenté par M. Beyran, c'est que plusieurs médecins ont, à ce qu'il paraît, conseillé l'amputation : opération si bien indiquée

dans ce cas, que nous avons entendu un des membres de la Société demander quelle jambe on voulait amputer.

Dr P. CHATILLON.

---

IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Cas dans lequel le lait fut sécrété par des tumeurs de l'aisselle.**

Le docteur Harris, professeur de physiologie au collége médical de Savannah, rapporte ce fait intéressant dans les termes suivants : « Il s'agit d'une négresse âgée de trente-huit ans, qui a toujours joui d'une bonne santé et est mère de huit enfants. Peu de temps après avoir commencé de nourrir son troisième enfant, elle remarqua la présence de tumeurs du volume approximatif d'un œuf de pigeon dans chaque aisselle; après le sevrage, les tumeurs ne disparurent point. Quand elle commença à nourrir le quatrième enfant, ces tumeurs augmentèrent en volume, et s'accompagnèrent de distension et de dureté. Après la naissance du cinquième enfant, une ponction fut pratiquée et donna issue à environ une pinte de liquide qui avait toute l'apparence du lait. Après la naissance de deux autres enfants, ces tumeurs augmentèrent de rechef, ne furent pas ponctionnées et subsistèrent après le sevrage.

Enfin, pendant l'allaitement du huitième enfant, cette femme fut visitée par le docteur Harris, qui ponctionna la tumeur de l'aisselle droite, donnant issue à environ une pinte du même liquide laiteux; on sentit à la base de la tumeur un tissu résistant et lobulé; après l'évacuation, elle ressemblait à une mamelle flaccide qui aurait cessé de sécréter; la ponction du côté gauche fournit une once du même liquide; mais la fluctuation persistant, on en conclut que la tumeur était multiloculaire. Trois mois après, le liquide ne s'était plus accumulé dans ces tumeurs, bien que la mère fût en train de nourrir.

L'examen chimique et microscopique du liquide démontra que c'était bien du lait, sa vraie composition étant intermédiaire entre le lait normal et le colostrum, avec augmentation de la quantité de sels. (*American Journal of Dental Science*, vol. X, p. 569.)

— Une observation très intéressante de *désunion de fracture par la goutte* a été présentée à l'Académie de New-York par le docteur O'Reilly; la fracture siégeait au niveau de la malléole interne, et l'accès goutteux s'était montré à l'articulation tibio-tarsienne. Une inflammation très intense fut suivie d'ulcération et permit de sentir par l'ouverture fistulaire les fragments osseux très mobiles; après l'accès, la plaie se cicatrisa et la fracture ne tarda pas à se consolider. (*American Medical Times*, 1861, n° 11.)

**Mémoire sur la myopie,** communication à l'Académie de médecine de Belgique, par M. le docteur VAN ROOSBROECK.

La myopie, dans la grande majorité des cas, n'est pas un état physiologique de l'œil, mais la conséquence d'un allongement de l'axe de cet organe produit par un staphylome postérieur.

Ces lésions sont presque toujours précédées d'une scléro-choroïdite chronique, dont le premier effet est le ramollissement et l'amincissement de la choroïde et de la sclérotique, qui plus tard finissent par se projeter au dehors sous forme de tumeurs, en raison de l'activité trop prolongée imprimée à l'appareil d'accommodation. La rétine ne participe que rarement à cette inflammation.

La choroïde, ainsi que la rétine, lorsqu'elle participe à l'altération, s'amincit, s'atrophie, disparaît même. Le plus souvent, le staphylome postérieur, après avoir acquis un certain développement, reste stationnaire pendant un grand nombre d'années, et même pendant toute la vie. Dans un certain nombre de cas, cependant, la scléro-choroïdite, après avoir produit un staphylome autour de la papille du nerf optique, continue sa marche progressive en agrandissant successivement le staphylome, en s'étendant à la rétine, et amenant ainsi une cécité incurable par dégénérescence ou par décollement de la rétine.

La myopie suit la même marche que le staphylome postérieur. Elle survient presque toujours avant l'âge de quinze ans, rarement plus tard, et jamais après l'âge de vingt ans. Elle peut s'arrêter dans sa marche dès son origine, augmenter progressivement pendant plusieurs années, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou trente ans, pour devenir ensuite stationnaire ou continuer à s'aggraver sans interruption jusqu'à un âge avancé.

L'opinion généralement accréditée que les yeux des myopes sont particulièrement forts, et se conservent mieux et plus longtemps que les autres, est erronée, et dépend de l'idée qu'on s'était formée de la myopie et de la presbytie, et de la circonstance qu'à un certain âge les myopes n'ont plus besoin de lunettes pour voir de près, et diminuent le numéro de leurs verres pour voir de loin. Cet effet provient de ce qu'un certain degré de presbytie est venu s'ajouter à la myopie, qui n'a pas cessé d'exister pour cela, et qu'il contre-balance partiellement. Cela ne se voit d'ailleurs pas chez les sujets dont la myopie, peu prononcée, est devenue stationnaire avant l'âge de vingt-cinq ans.

Toute myopie restant progressive au delà du terme ordinaire de son aggravation, doit être considérée comme grave pour l'avenir, car il est rare alors que les sujets arrivent à l'âge de soixante et même de cinquante ans en conservant l'usage de leurs yeux. La myopie, chez eux, devient tellement forte qu'elle équivaut à l'abolition de la vision par décollement ou dégénérescence de la rétine.

Lorsque la scléro-choroïdite est reconnue *à temps* et convenablement soignée, elle offre un pronostic *favorable*, *et la guérison* en est presque certaine. Toutefois, *le staphylome postérieur*, une fois qu'il est reconnaissable à *l'ophthalmoscope*, *ne suit jamais* une marche rétrograde, et, d'autre part, la scléro-choroïdite peut aller jusqu'à l'amaurose.

La scléro-choroïdite n'est pas une maladie congénitale, mais les enfants héritent de leurs parents la disposition à contracter cette affection. Ses causes occasionnelles les plus importantes sont l'usage exagéré des organes de la vue sous l'influence d'une lumière insuffisante ou peu homogène; la grande activité imprimée à l'appareil d'accommodation, et les circonstances défavorables dans lesquelles on est souvent obligé de se livrer à ces travaux immodérés des yeux. La principale cause qui fait empirer la scléro-choroïdite est la continuation du travail exagéré de l'organe malade, l'état trop prolongé de l'accommodation pour des objets peu éloignés, et l'emploi exagéré des verres concaves trop forts.

Lorsque le staphylome postérieur est produit, lorsque la myopie est devenue un fait accompli, il est très possible d'en espérer la guérison. Le médecin doit chercher à prévenir la myopie en s'appliquant à reconnaître la scléro-choroïdite à son début, à la combattre par un traitement convenable, à en enrayer la marche, à la guérir avant qu'elle n'ait produit des altérations incurables, et lorsque ces altérations existent, à en arrêter les progrès ultérieurs.

Ainsi, lorsqu'un jeune homme commence à se plaindre des symptômes qui dénotent une congestion des membranes internes de l'œil, au lieu de l'adresser à un opticien, pour qu'il se procure des lunettes, il faut lui faire donner des soins médicaux. Les yeux seront condamnés à un repos immédiat et absolu, et tout effort d'accommodation sera rigoureusement interdit. Il faudra que le malade s'abstienne rigoureusement de lire et d'écrire, non-seulement à la lumière artificielle, mais aussi à la lumière du jour, qu'il laisse ses yeux s'exercer à champ libre. On combattra, en outre, la congestion, etc., par les dérivatifs, des lotions froides sur le front et les yeux, des instillations de sulfate d'atropine, la sangsue artificielle appliquée aux tempes, etc. Ce traitement ne s'applique pas seulement au premier degré de la scléro-choroïdite, mais encore à tous les cas où la myopie augmente progressivement, et où le malade n'a pas dépassé l'âge que l'on

peut considérer comme le terme ordinaire de l'aggravation de la myopie.

Lorsque la myopie n'est pas devenue stationnaire avant l'âge de trente ans, elle continue sa marche progressive jusqu'à un âge très avancé, sans espoir d'amélioration. Dans ces cas, il n'y a rien à espérer des ressources de la médecine, et l'usage des verres concaves azurés est le seul moyen qui procure quelque soulagement.

Il importe beaucoup de déterminer exactement le degré de la myopie, car il faut tout d'abord choisir les verres qui permettent à l'œil de s'accommoder pour les rayons parallèles. Ce n'est que dans les cas de myopie très avancée qu'il convient de conseiller des lunettes un peu faibles.

Il est utile que les myopes se servent de lunettes pour lire et écrire, parce qu'en raison de la convergence exagérée des lignes visuelles ils sont enclins à n'employer qu'un seul œil pour voir de près, ce qui peut occasionner un strabisme divergent. Les myopes ne doivent d'ailleurs pas se servir des mêmes verres pour voir de loin et de près, et dans tous les cas il ne faut pas qu'ils se servent pour lire, et surtout pour écrire, de verres trop forts.

S'il existe de l'amblyopie, on ne saurait prendre trop de précautions pour conserver la vue. Si l'amblyopie ne cède pas à un traitement rationnel, il faut non-seulement proscrire les verres concaves, mais encore interdire aux malades de chercher à voir à courte distance. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1861, t. IV, n° 2, 2e série.)

**De l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes**, par M. Sistach, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles.

Les expériences de M. Sistach ont porté sur 164 malades, fournis presque en totalité par des régiments qui avaient fait la campagne d'Italie. Les conclusions générales qui en découlent sont en abrégé les suivantes :

L'acide arsénieux sous forme solide, les liqueurs de Fowler et de Pearson sont d'un maniement très difficile, exposent à des dangers fréquents, et doivent, par conséquent, être rejetés de la pratique. L'acide arsénieux, dissous dans l'eau à l'aide de l'ébullition, constitue la préparation la plus inoffensive et la plus facile à doser avec précision. La liqueur vineuse de M. Boudin (1 partie d'acide arsénieux pour 1000 d'eau et autant de vin blanc) est la préparation la plus agréable, et elle s'adapte parfaitement aux indications de la médication fébrifuge.

Un régime alimentaire particulier n'est pas nécessaire pour favoriser la tolérance de l'acide arsénieux. L'alimentation substantielle n'a d'action véritable et puissante que lorsque, l'inappétence ayant disparu, et les accès ayant cessé, il s'agit d'abréger la convalescence, de combattre la tendance aux récidives, et de prévenir les accidents consécutifs multiples qui se lient à l'appauvrissement du sang.

Comme la fièvre intermittente n'est pas toujours sous la dépendance de l'embarras gastrique, la potion ipéca-stibiée est le plus souvent insuffisante pour arrêter les accès fébriles. Elle n'agit efficacement que pour combattre l'embarras gastrique et hâter le retour de l'appétit; lorsqu'on l'administre dès le début du traitement, elle seconde puissamment les effets thérapeutiques de l'acide arsénieux.

L'acide arsénieux est incontestablement un fébrifuge d'une grande puissance; il agit avec autant de succès contre les fièvres intermittentes récentes que contre les fièvres invétérées dues à une intoxication paludéenne profonde. Son action est plus prompte dans les fièvres tierces que dans les fièvres quotidiennes. Les rechutes sont moins fréquentes et plus tardives avec l'acide arsénieux qu'avec le sulfate de quinine.

A prises très fractionnées, la liqueur arsenicale n'a jamais déterminé, chez les malades de M. Sistach, ni épigastralgie, ni vomissements, ni diarrhée, ni coliques, tant que la fièvre a persisté. Plus on insiste sur le fractionnement, plus le malade supporte, sans aucun inconvénient, des doses élevées d'acide arsénieux.

La tolérance, qui, suivant M. Boudin, varie avec chaque spécialité morbide, est aussi subordonnée à la durée de la fièvre. Tant que les accès ne sont pas définitivement supprimés, le malade tolère des doses élevées d'acide arsénieux variant de 3 à 6 centigrammes. M. Fuster a même cité des faits qui prouvent que 8 et même 12 centigrammes d'acide arsénieux ont été pris, pendant sept jours de suite, sans nul accident.

Dès que survient l'apyrexie complète, il y a indication de diminuer la dose du médicament.

« La dose de l'acide arsénieux doit s'adapter, suivant M. Boudin, au génie spécial des fièvres, et surtout à la tolérance des malades. A Paris, M. Boudin passe habituellement de la dose initiale de 25 milligrammes d'acide arsénieux à 20, 15 et 10 milligrammes, lorsque la fièvre est coupée. Chez nos malades, dans les deux derniers mois, la dose initiale était de 30 milligrammes, tandis que, pendant le mois de juin, elle a été de 5 centigrammes, sans qu'il en soit résulté aucun signe d'irritation gastro-intestinale.

» A la dose de 3 centigrammes par jour, et en quatre prises données à six heures et à huit heures du matin, à deux heures et à sept heures du soir, l'acide arsénieux est complétement toléré tant que la fièvre dure. Dès que survient l'apyrexie complète, la continuation de la dose initiale produit rapidement la diminution et la suppression de l'appétit. Dès la cessation définitive des accès, il est très important de mettre au moins un intervalle de deux heures entre l'administration de 15 grammes de liqueur (7 centigrammes et demi d'acide arsénieux) et l'heure des repas; donné à cette dose une heure avant le repas, l'acide arsénieux supprime ordinairement l'appétit, tandis qu'il trouble la digestion lorsqu'on l'administre une heure après.

» A la dose de 1 centigramme à 15 milligrammes par jour, l'acide arsénieux possède la propriété d'accroître rapidement l'appétit et de relever les forces des malades.

» Sous l'influence de doses élevées d'acide arsénieux (de 3 à 4 centigrammes) continuées pendant plusieurs jours, la langue présente, dans quelques cas, un aspect argenté qui coïncide avec une sécrétion assez abondante de salive; la persistance dans l'administration des mêmes doses modifie plus tard l'enduit de la langue, qui devient d'un gris terne très prononcé, en même temps qu'il y a diminution de la sécrétion salivaire et inappétence très prononcée.

» Nos observations, ainsi que celles du docteur Masselot, et de MM. Boudin, Fuster, Frémy, etc., démontrent que, sous l'influence du traitement arsenical, certains engorgements de la rate disparaissent assez rapidement. » (*Recueil de mémoires de médecine militaire*, janvier et février 1861.)

**Observation d'anus contre nature, guéri par un procédé particulier d'autoplastie**, par M. le docteur Guefferd.

Le procédé dont il s'agit paraît appartenir à Langenbeck. A part une modification dont nous dirons un mot plus loin, il a été adopté par M. Reybard, qui l'a décrit dans un mémoire adressé récemment à la Société de chirurgie.

Voici dans quelles circonstances a été faite l'opération de M. Guefferd :

Anus accidentel, chez une femme, suite d'une hernie crurale droite opérée tardivement. La malade rendit toutes les matières stercorales par l'ouverture du pli de l'aine; rien ne sortit plus par le rectum. Il survint de l'amaigrissement, et les forces diminuèrent.

M. Guefferd vit la malade au bout de deux ans. L'ouverture était assez large pour permettre très facilement l'introduction de l'indicateur, et qui même, avec une légère pression, eût laissé passer l'index et le médius réunis. Il s'en échappait un bourrelet muqueux en forme de manchon anfractueux d'une longueur de 3 à 4 centimètres. La peau circonvoisine était indurée, calleuse, rouge, excoriée.

Application de l'entérotome de Dupuytren, qui rétablit le cours des matières par la voie naturelle.

Espérant que l'orifice contre nature se fermerait, M. Guefferd fit appliquer soigneusement un ressort à brayer, maintenant un tampon de charpie. Les selles eurent lieu régulièrement par la voie normale; à peine

quelques matières liquides s'écoulèrent-elles de temps en temps sur la cuisse, en filtrant sous l'appareil. L'embonpoint reparut, les forces se rétablirent; mais, au bout de dix-huit mois, l'ouverture inguinale ne s'était pas même rétrécie.

M. Guefferd fit alors l'opération suivante :

Le pouce d'un aide étant placé sur l'anus pour maintenir réduit le prolapsus de la muqueuse, deux incisions semi-elliptiques, se réunissant à leurs extrémités en circonscrivirent l'orifice, sans atteindre l'intestin. A droite et à gauche, deux autres incisions transversales, et d'une longueur de 2 centimètres à peu près, vinrent rejoindre les premières. Il fut alors facile de disséquer, en haut et en bas, deux larges lambeaux, puis de les adosser par leurs faces profondes en les redressant l'un contre l'autre, de manière à faire un pli saillant de plus de 2 centimètres. Deux lames d'acier, d'égales dimensions, garnies d'un cuir très souple, et percées chacune de six trous correspondants, furent courbées de chaque côté à la base des lambeaux redressés. Six épingles traversèrent à la fois ces sortes d'attelles, ainsi que les tissus interposés. Enfin, six fils furent entortillés sur les épingles, sans opérer une constriction trop forte.

M. Guefferd avait résolu de pratiquer de grandes incisions à la peau, au-dessus et au-dessous de la suture, dans le but de produire une détente favorable à la réunion; mais, la malade ayant eu plusieurs grossesses, le tégument abdominal était si relâché, qu'il crut devoir y renoncer; il se contenta de placer la cuisse dans un degré moyen de flexion, à l'aide d'un coussin glissé sous le jarret.

Au bout de quatre jours, les quatre épingles du milieu furent retirées, et deux jours plus tard on enleva les deux dernières qui avaient été laissées aux extrémités des tiges métalliques.

La soudure était complète; il ne s'était pas fait la moindre filtration; mais, deux ou trois jours après, il se développa, aux environs de la cicatrice, un petit abcès qui s'ouvrit spontanément, donna issue à une faible quantité de pus mêlé de gaz et de liquides stercoraux, puis se referma dans l'espace de quarante-huit heures, grâce à une compression modérée. Un second abcès semblable se forma peu de temps après, aussi en dehors de la ligne de suture, et se referma promptement comme le premier.

La malade retourna dans son village où M. Guefferd a eu une récente occasion de la revoir délivrée de son infirmité; elle porte par précaution un brayer qui ne l'empêche pas de se livrer aux rudes travaux de la campagne.

A l'époque où M. Guefferd fit cette opération, il la croyait nouvelle; le travail de M. Reybard lui était inconnu. S'il l'avait connu, il aurait adopté un perfectionnement inventé par M. Reybard : pour garantir la plaie du contact des fèces, et assurer la réunion des lambeaux, M. Reybard pratique l'oblitération temporaire de l'ouverture anormale par la ligature de la muqueuse prolapsée. Le fil tombe dans l'intestin et est entraîné avec les déjections. Il est probable que, si cette précaution avait été prise, les petits abcès stercoraux qui se sont montrés après la réunion, n'auraient pas eu lieu. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, n° 10, année 1860.)

**Pneumonie chronique double, avec dilatation des bronches et néphrite albumineuse;** communication à la Société anatomo-pathologique de Bruxelles, par M. F.-J. ATTRAND.

OBS. — Une jeune fille, âgée de douze ans, d'un tempérament lymphatique très prononcé, entre à l'hôpital se disant malade depuis six ans : début par de la toux, de l'expectoration sanguinolente et de l'oppression. Depuis six semaines, œdème des extrémités inférieures et de la face; diarrhée intense depuis quinze jours.

A son entrée, face bouffie, cyanosée; anasarque; pouls fréquent; peau froide. Oppression intense, toux fréquente, expectoration muco-purulente, verdâtre. Le côté gauche du thorax est moins développé que le droit; le creux sous-claviculaire du même côté est fortement marqué. A l'auscultation et à la percussion, on constate les phénomènes suivants : à droite et en arrière, dans la fosse sus-épineuse, légère diminution de sonorité, souffle bronchique léger, entremêlé de râles muqueux peu abondants; dans la partie moyenne, sonorité à peu près normale; bruits respiratoires normaux, mais affaiblis; quelquefois un peu de râles muqueux; à la base, souffle bronchique.

A droite et en avant, sous la clavicule, légère diminution de sonorité, souffle bronchique; à la partie moyenne, bruit d'expansion pulmonaire; râles muqueux rares, sonorité un peu diminuée; à la partie inférieure, matité et souffle bronchique.

A gauche et en arrière, dans toute l'étendue du thorax, souffle tubaire, râles muqueux volumineux, matité complète; à gauche et en avant, même signes stéthoscopiques, les râles muqueux s'entendant surtout sous la clavicule.

La diarrhée persistait; il y avait de l'ascite à un degré modéré. Les urines contenaient une forte proportion d'albumine.

L'œdème augmenta rapidement; les suffusions séreuses ne tardèrent pas à envahir les cavités closes; la malade tomba bientôt dans un marasme profond, et ne tarda pas à succomber.

Tous ces symptômes réunis simulaient à s'y méprendre une phthisie pulmonaire et intestinale, arrivée à la dernière période et compliquée, comme cela arrive souvent, d'une néphrite albumineuse. Or, il n'y avait de tubercules dans *aucun* organe. Voici les altérations les plus remarquables que l'on constata à l'autopsie :

Cavités pleurales pleines de sérosité citrine; pas de traces d'adhérences entre les deux feuillets. Poumon droit engoué dans ses parties supérieure et moyenne, carnifié dans sa partie inférieure; poumon gauche carnifié, dur, résistant, présentant à sa coupe une surface rouge brillante; son tissu se déchire difficilement; lorsqu'on le presse, il s'en échappe une sérosité légèrement sanguinolente, claire, non spumeuse. Dans le tissu induré, se trouve un arbre bronchique à rameaux relativement peu nombreux, et dont le calibre est suffisamment large pour y permettre l'entrée facile d'un tuyau de plume; ses rameaux se terminent par des vacuoles plus ou moins vastes; les unes contiendraient facilement un œuf de pigeon; d'autres sont profondément enfoncées dans l'intérieur de l'organe. Les bronches et les ampoules qui les terminent sont tapissées par une muqueuse épaisse, présentant une coloration rouge brunâtre foncée.

Le péritoine contenait un liquide séro-purulent abondant; il était injecté à de certains endroits et recouvert dans les suivants de fausses membranes jaunâtres, adhérentes. Reins présentant les lésions caractéristiques du deuxième degré de la maladie de Bright; substance corticale dure, résistante, d'un jaune pâle, infiltrée de globules graisseux en grand nombre. (*Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, bulletin n° 1, 1861.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Monographie clinique de l'affection catarrhale,** par J. FUSTER, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, médecin en chef de l'hospice civil et militaire. — 1 vol. in-8, 1861. Montpellier; chez Gras.

Nous avons eu tout récemment occasion d'étudier la question des éléments morbides; nous y voilà ramenés par le livre de M. Fuster, non que l'auteur s'en occupe spécialement, mais parce qu'il écrit l'histoire d'un des éléments les moins contestables, l'élément catarrhal. Rappelons seulement le principe. Les éléments d'un objet sont ce qui le fait tel et non pas autre, ce qui le constitue en propre et détermine sa nature. Quels sont les éléments d'un composé métallique? Ce sont les corps dont il est formé, l'or, l'argent, le mercure, etc. Sans eux, le composé n'existerait pas; par eux, il revêt des caractères spéciaux. De même les éléments morbides doivent être constitutifs et caractéristiques de la maladie : exemple, l'élément inflammation, l'élément cancer, l'élément névralgie. Y ajouter indistinctement « tous les phénomènes appréciables » (Forget), comme l'induration, l'épanchement, etc , c'est comme si l'on admettait comme éléments d'une médaille l'effigie, l'exergue ou les moulures. Seulement, comme il est bien vrai que l'analyse élémentaire des maladies est pleine d'obscurités et d'embarras, on peut se trouver souvent condamné à prendre des éléments hors de ces états morbides intrinsèques, qui, comme le cancer ou la phlegmasie, forment le fond organique de la maladie. Mais alors on choisit parmi de pures manifestations symptomatiques, parmi les phénomènes extrinsèques, ceux que l'expérience clinique a fait connaître comme *signes* du génie particulier de la maladie. Exemple : le périodisme. Le fait du retour

intermittent de certains accidents n'est pas, à proprement parler, un élément; mais comme il est certain que ce fait exprime ce qu'il y a de générique dans la maladie, à ce point que le traitement y est subordonné, on y substitue provisoirement l'élément inconnu qu'il représente. Si cet élément lui-même, source commune des affections intermittentes, venait à être découvert, il faudrait lui restituer la place usurpée par le périodisme. D'après cette règle, le nombre des éléments provisoires pourrait dépasser celui des éléments confirmés, mais ne serait pas indéfini, et chacun d'eux, du moins, aurait un sens, une valeur, en science comme en pratique.

Nous ne saurions trop louer M. le professeur Fuster d'avoir consacré son talent de clinicien et d'écrivain à rassembler dans un vaste tableau toutes les manifestations d'un des éléments morbides les moins contestables et les plus importants. La lecture de son livre aura un premier avantage, celui de réconcilier le praticien le plus dévot à l'anatomisme avec les grands épidémistes des siècles derniers, mais surtout du XVIIᵉ. A vrai dire, M. Fuster est un des leurs : mêmes tendances de l'esprit, mêmes méthodes, mêmes doctrines, même style. Nous ne croyons pas que, chez aucun autre écrivain de nos jours, même dans la région où professe l'auteur, on retrouve un reflet aussi vif et aussi sincère de la médecine d'il y a cent ans. C'est au point que, lorsqu'on parcourt ces descriptions, dont l'appareil symptomatique fait à peu près tous les frais, et que les *crachats cuits*, la *frénésie*, les *efflorescences cutanées*, l'*hectique colliquative*, le *tumulte des oscillations fluxionnaires*, etc., etc., traversent comme des apparitions, on songe à ces vieux portraits de la légende qui descendaient de la muraille pour causer avec les vivants. Le portrait dont nous parlons raconte en expert les manifestations de l'état catarrhal simple (voy. spécialement 1re partie, chap. I, IV et V, et 4e partie, chap. IV et V). Malheureusement il est si peu mêlé à la science moderne et si obsédé de catarrhe qu'il finit par en voir à peu près partout. La moindre exacerbation fébrile ou la moindre rémission lui sont des signes assez manifestes d'état catarrhal pour que, à l'instant, il y ramène pneumonies, pleurésies, rhumatismes, méningites cérébro-spinales, fièvres putrides, fièvres éruptives, roséoles, érysipèles, miliaires, scarlatines, *jaunisses*, dysenteries, *taches rosées et pourprées*, plaques herpétiques, aphthes, *psores* papuleuses, vésiculeuses et pustuleuses. Le récit de huit *constitutions* et de treize *épidémies* catarrhales, qui occupe la plus grande partie du livre, est un véritable abrégé des ouvrages de Baillou, Sydenham, Ramazzini, Sarcone, Huxham, Sennert, etc., tel qu'eût pu le faire, de leur temps, un de leurs disciples les mieux initiés.

Il est bon assurément d'entretenir commerce avec les anciens; mais délaisser pour eux les modernes n'est pas un procédé que nous puissions approuver. Quand nous voyons taxer de catarrhal un érysipèle qui s'accompagnerait des mêmes symptômes généraux s'il était d'origine traumatique, ou une roséole, qui est tout aussi contagieuse que la roséole *proprement dite*, comme l'appelle l'auteur; quand nous voyons se caractériser, marcher, se terminer de la même manière les fièvres typhoïdes, les méningites, les jaunisses dites catarrhales et celles qu'on dit être d'autre nature, nous résistons à toutes les séductions de l'ouvrage, comme à nos sympathies personnelles, et nous refusons de suivre jusqu'à ces extrémités une vue clinique dont nous sommes les premiers à vanter la justesse et l'élévation.

On voudra bien se contenter de ce simple aperçu. La MONOGRAPHIE CLINIQUE DE L'AFFECTION CATARRHALE veut être lue : chaque page est imprégnée de l'idée mère; chaque page aussi donne quelque chose à l'exagération de cette idée ou au culte exclusif du passé. Le lecteur fera son choix mieux que nous ne pourrions le lui indiquer. Ce dont nous pouvons l'assurer d'avance, c'est qu'il trouvera plaisir et profit à cette occupation.

A. D.

---

## VI

## VARIÉTÉS

— M. Buignet est nommé professeur de physique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Robiquet, décédé.

— Par arrêté du 25 juin, M. Lepetit, professeur suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de Poitiers, est nommé professeur adjoint de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret du 6 juillet, M. Drion, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur titulaire de la chaire de physique à la Faculté des sciences de Besançon.

— Par décret du 6 juillet, M. Hirtz, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie et de clinique médicales, vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Forget.

— Un nouveau journal bi-mensuel va paraître à Florence sous la direction de M. le docteur Galligo; il aura pour titre l'*Imparziale*, et prend pour programme la défense des intérêts scientifiques, pratiques, moraux et professionnels du corps médical de l'Italie.

— Un concours pour l'emploi vacant de prosecteur d'anatomie à l'École de médecine d'Alger s'ouvrira le 1 novembre prochain. Sont admis à concourir : MM. les étudiants en médecine régulièrement inscrits près des facultés ou des écoles préparatoires.

Les émoluments annuels attachés à l'emploi de prosecteurs sont de 600 francs. Ceux de l'internat à l'hôpital civil d'Alger sont de 900 francs.

— Dans sa dernière assemblée générale, l'Association des médecins de Toulouse a décidé deux questions importantes : elle a fait consacrer judiciairement la doctrine qui assimile le privilége des médecins, en cas de faillite, au privilége admis par l'article 2101 du Code civil en cas de mort. Cette question avait été soulevée par un des membres de l'Association, auquel un syndic refuse actuellement cette application, tandis qu'un autre syndic la lui accorde. La seconde décision a pour but de poursuivre l'exercice illégal de la médecine par tous les moyens en son pouvoir, et à signaler à l'autorité les charlatans des deux sexes qui infestent la ville. (*Journ. de médec. de Toulouse.*)

— Madame Régnier, mère du jeune Gaston Régnier, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, vient d'être enlevée elle-même par un érysipèle de la face, contracté au lit de son fils.

— La Société de médecine de Caen propose un prix de la valeur de 500 francs, pour le meilleur mémoire sur la question suivante : « État actuel de la thérapeutique; ses progrès depuis vingt-cinq ans. » Les travaux, écrits en français ou en latin, devront être adressés, dans la forme académique, au plus tard au 31 décembre 1862, au secrétariat de la Société, hôtel du Pavillon.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance publique annuelle de 1862, décernera une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur la question suivante : « De l'hygiène des ouvriers occupés dans les filatures. » Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. Une ou plusieurs mentions honorables pourront être accordées. Les mémoires, écrits en français, devront être remis au secrétaire de la Société (rue du Cloître-Notre-Dame, 12) avant le 30 juin 1862.

— L'Association médicale du Morbihan, dans son assemblée générale tenue le 4 juillet, a voté son annexion à l'Association générale des médecins de France.

— L'administration de l'Assistance publique vient de fonder sur la plage de Berck (Pas-de-Calais) un hôpital de cent lits pour le traitement des enfants scrofuleux provenant des hôpitaux de Paris.

— La Société centrale de l'Association générale des médecins de France a admis, dans sa séance du 5 juillet, neuf sociétaires nouveaux : MM. Fauvel, Girard, Japiot, Pancrazj, Potier-Duplessy, Quesnoy, Tormonia, Theullier, Vezien.

— La vingt-huitième session du congrès scientifique de France doit s'ouvrir à Bordeaux le 16 septembre prochain.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Fougeu, chirurgien de l'hôpital d'Étampes; de M. Fourst, chirurgien principal de la marine; de M. Gérardin, ancien médecin du bureau de bienfaisance de l'ex-onzième arrondissement; et de M. Ernest Grateau, externe distingué des hôpitaux de Paris.

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Juillet. Des maladies du sens moral, par *Boileau de Castelnau*. — Rapports médico-légaux, par *Billod*. — Programme d'un asile modèle, par *Brierre de Boismont*.

ANNALES DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — N° 7.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Octobre. Mémoire sur les hématocèles péri-utérines spontanées, par *Gallard*. — Pertes séminales (fin). — Paralysie progressive, etc. (fin). — Pellagre sporadique (3e article).

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 août. De la cure du petit-lait, par *Aran*. — De la résection de la portion médiane du maxillaire inférieur sans incision de la peau, par *Delore*. — Fers métalliques employés en médecine (suite). — Traitement des pleurésies (fin). — 15 septembre. Dérivatifs contre la fièvre typhoïde, par *Frémy*. — Ergot de seigle contre certaines rétentions d'urine, par *Aller*. — 30 septembre. Effets physiologiques et emploi thérapeutique de l'huile essentielle de valériane, par *Barrallier*. — Ergot de seigle, etc. (fin). — 15 octobre. De la cure du raisin, par *Aran*. — Bons effets de l'opium à dose fractionnée comme traitement consécutif à l'opération de la hernie étranglée, par *Demarquay*. — Traitement de la blennorrhagie par les balsamiques à faible dose et les injections au sous-nitrate de bismuth, par *Dauvé*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — N° 5.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 34. Régénération des nerfs (suite). — 35. Régénération des nerfs (suite). — Du traitement le plus expéditif et le plus sûr des fièvres intermittentes et de la cachexie paludéenne, par *Macario*. — 36. (Manque.) — 37 à 39. Régénération des nerfs (suite). — Fièvres intermittentes (suite). — 40. Fièvre et inflammation (fin). — Empoisonnement par des crèmes glacées, par *James*. — 41. De la philosophie et de la physiologie philosophique d'Hippocrate, par *Luppi*. — Traitement des hémorrhoïdes par le fer rouge et l'écraseur linéaire, par *Demarquay*. — 42. (Manque.) — 43. Notes sur le développement des premiers rudiments de l'embryon, par *Serres*. — De l'amputation du pénis, par *Bouisson*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Septembre. Fabrication de la poix blanche, de la litharge, etc., par *Laneau*. — De l'eau de fleur d'oranger, par *Guillaumont*. — Hypertrophie du système sébacé; analyse de l'urine, par *Lutz*. — Composition de la poudre grise, par *Rudsvood*. — Octobre. De la nitrification en Algérie, par *Millon*. — Combustion du sulfure de carbone; nouvelles propriétés du charbon de bois, par *le même*. — Note sur les diverses espèces de fer métallique employées en médecine, par *Deschamps*. — Sur les conditions de la fabrication des eaux minérales artificielles, par *Boullay*. — Faits pour servir à l'histoire de la fécule, etc., par *Béchamps*. — Recherches sur les sucres, par *Gélis*. — Sur la fécule du cacao, par *Girardin* et *Bidard*.

JOURNAL DE LA PHYSIOLOGIE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. — N° 11. Réfraction de l'œil (fin). — Recherches sur la respiration (suite). — Synthèse de la cataracte (suite).

L'ART DENTAIRE. — N° 10.

L'HYDROTHÉRAPIE. — N° 7. Emploi de la vase dans les bains de mer, par *Dor*.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Tome I, 1er fascicule. Recherches sur l'ethnologie de la France, par *Broca*. — Sur la coloration noirâtre des centres nerveux chez les individus de la race blanche, par *Gubler*. — Mémoire sur la microcéphalie, par *Gratiolet*. — Essai sur les croisements ethniques, par *Périer*. — Du non-cosmopolitisme des races humaines, par *Boudin*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — 1860. — Juillet. Observations sur quelques cas de dystocie, par *Donnarieix*. — Fracture de l'apophyse olécrânienne chez un cheval, par *Pernaud*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 octobre. Sur le délire hypochondriaque, par *Baillarger*, *Brierre de Boismont* et *Billod*. — Clinique obstétricale (suite).

BULLETIN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — N° 4. De la luxation sciatique du fémur, par *Chapplain*.

BULLETIN MÉDICAL DU NORD DE LA FRANCE. — Septembre. Existence d'un appendice à la région sacrée chez une petite fille, par *Arrachart*. — Observation de croup, par *Féron*. — Encéphaloïde de l'œil, par *Vanverts*. — Octobre. Anatomie pathologique du rachitisme, par *Féron*. — Tubercules des os du pied; amputation, mort, par *Arrachart*. — Observations d'embolie, par *Joire*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 18. Sur le danger de la suppression du nourrissage maternel, par *Perrin*. — Eau minérale de Bondonneau, par *Calloud*. — 19. De quelques travaux syphiligraphiques modernes, par *Diday*. — Danger de la suppression du nourrissage maternel (fin). — 20. De la responsabilité médicale, par *Dambre*. — Extirpation d'une tumeur située dans la région périnéale profonde, par *Philipeaux*. — De l'influence de la variole sur l'aliénation mentale, par *Berthier*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 10. Phénomènes de paralysie consécutifs à des angines non diphtéritiques, par *Marquez*. — Instillations d'éther dans les oreilles comme moyen de traitement de la surdité, par *Eissen*. — Rapport médical, etc. (fin).

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Octobre. Réflexions sur les polypes naso-pharyngiens, par *Labat*. — Étude médico-légale sur la coagulation du sang, par *Borchard*. — Entérite (suite). — Sur les luxations incomplètes du radius en avant, par *Chabrely*. — Désinfection de l'huile de foie de morue, par *Jeannel*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Septembre. Folie à formes alternes, par *Delaye*. — Sur un cyclope rhinocéphale, par *Laforgue*.

MONTPELLIER MÉDICAL. — Octobre. Éléments pathologiques (suite). — Hémorrhoïdes (fin). — Fièvre pernicieuse, par *Pécholier*. — Grossesses triples (fin).

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 10. Fièvres pernicieuses (suite). — Fracture du quatrième métacarpien, par *Goupil*. — Analyses du sang chez les indigènes de l'Algérie, par *Fégueux*.

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — N° 8. Observations de purpura hæmorrhagica, par *Galati*. — Renversement de l'utérus, par *Vuccino*.

L'ÉCHO MÉDICAL SUISSE. — N° 10. Maladies régnantes, etc. (fin). — Névrose de la digestion des enfants, par *Lombard* et *Fauconnet*. — Iodisme (suite).

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 7. Forceps et levier, par *Hubert*. — Suite de la discussion sur les amputations.

VIERTELJAHRSCHRIFT FUER PRAKTISCHE HEILKUNDE. — Tome III. Études cliniques sur l'albuminurie dans le cours des maladies aiguës, par *Körner*. — Sur la formation d'acétone dans l'organisme animal, par *Kaulich*. — Rapport entre la fréquence du pouls, de la respiration et d'accroissement de la température dans les maladies aiguës, par *Smoler*. — Guérison spontanée des maladies des valvules du cœur, par *Jaksch*. — Communications cliniques, par *Finger*.

ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N° 21. Observation contraire à la théorie de la superfétation, par *Valenta*. — Contributions à la laryngoscopie et à la rhinoscopie, par *Türck*. — Deux cas de kératite vésiculeuse, par *Hesser*. — 22. Contribution à la statistique des revaccinations, par *Geuster*. — Lavements de vin contre les dyspepsies opiniâtres, par *Innhauser*. — Analyses chimiques, par *Kauer*. — 23. Laryngoscopie (suite), par *Störck*. — Cataracte corticale rayonnée, par *Hesser*. — 24. Sophistication du musc, par *Bernatzik*. — Remarques pratiques sur l'anthrax, par *Creutzer*. — Analyse de l'eau minérale de Laa, par *Kauer*. — 25. Nouvelles recherches sur l'ellébore, par *Schroff*. — 26. Laryngoscopie (suite). — Cas de rupture de la vessie, par *Gruber*. — 27. Sur l'influence de la pression intra-oculaire sur le diamètre de la pupille, par *Kugel*. — 28. Guérison des fractures chez les syphilitiques traités par le mercure, par *Sigmund*. — Notice sur la coca, par *Haller*. — 29. Terminaison rare d'un fibroïde de l'utérus, par *Lumpe*. — Extirpation du globe de l'œil, par *Blodig*. — 30. Influence de la pression intra-oculaire sur le diamètre de la pupille, par *Hoppe*. — Maladies du cœur, par *Herzfelder*. — 31. Atrésie d'une des moitiés d'un utérus bicorne, par *Rokitansky*. — 32. Revues. — 33. Contribution à l'histoire de l'avortement et des polypes fibreux de l'utérus, par *Rokitansky*. — 34. Hérédité des affections mentales, par *Schlager*.

### Livres.

CHEMINS DE FER ET SANTÉ PUBLIQUE, HYGIÈNE DES VOYAGEURS ET DES EMPLOYÉS, par le docteur *Prosper de Pietra-Santa*. In-18 de 320 pages. Paris, L. Hachette. 3 fr.

COURS COMPLET DE LARYNGOSCOPIE, SUIVI DES APPLICATIONS DU LARYNGOSCOPE A L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES DE LA PHONATION ET DE LA DÉGLUTITION, par le docteur *Moura-Bourouillou*. In-8 de 100 pages, avec figures explicatives. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

DE LA CIRCONCISION : DE SON IMPORTANCE DANS LA FAMILLE ET DANS L'ÉTAT, par le docteur *Claparède*. In-4 de 25 pages et 3 planches. Paris, F. Savy. 1 fr.

DES HALLUCINATIONS, OU HISTOIRE RAISONNÉE DES APPARITIONS, DES VISIONS, DES SONGES, DE L'EXTASE, DES RÊVES, DU MAGNÉTISME ET DU SOMNAMBULISME, par le docteur *A. Brierre de Boismont*. 3e édition, entièrement refondue. In-8 de 720 pages. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

DES ACCIDENTS FÉBRILES A FORME INTERMITTENTE, ET DES PHLEGMASIES A SIÉGE SPÉCIAL QUI SUIVENT LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE CANAL DE L'URÈTHRE, par le docteur *Edmond Marx*. Brochure grand in-8 de 124 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PHONATION, mémoire présenté et lu à l'Académie des sciences le 15 avril 1861, par *Ch. Battaille*. In-8, avec 7 planches. Paris, Victor Masson et fils. 4 fr.

PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE FONCTIONNELLE DE LA VISION BINOCULAIRE, SUIVIES D'UN APERÇU SUR L'APPROPRIATION DE TOUS LES INSTRUMENTS D'OPTIQUE A LA VISION AVEC LES DEUX YEUX, L'OPHTHALMOSCOPIE ET LA STÉRÉOSCOPIE, par le docteur *Giraud-Teulon*. In-8 de 714 pages, avec 114 pages intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le docteur *Cullerier*, dessins d'après nature par M. *Léveillé*. 1re livraison, avec gravures sur acier. Paris, Megnignon-Marvis. 5 fr.

Le *Précis iconographique* formera 1 vol. grand in-8 de 700 pages de texte et 80 planches. Il paraîtra en 10 livraisons de 8 planches de trois mois en trois mois. Prix de chaque livraison, planches coloriées. 5 fr.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE, par *A. Grisolle*. 8e édition, t. I. Le t. II sera publié dans la première quinzaine d'octobre. On paye le prix de l'ouvrage complet en retirant le tome I. Paris, Victor Masson et fils. 18 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, par MM. les docteurs *Barthez* et *Rilliet*. 2e édition, deuxième tirage. 3 vol. in-8. Paris, Germer Baillière. 25 fr.

DAS NABELBLÆSCHEN, EIN CONSTANTES GEBILDE IN DER NACHGEBURT DES AUSGETRAGENEN KINDES, par *B.-S. Schultze*. Grand in-4. Leipzig, Engelmann. 6 fr.

UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE LYMPHDRUESEN DES MENSCHEN UND DER SÆUGETHIERE (Recherches sur les glandes lymphatiques chez l'homme et les mammifères), par *H. Frey*. Grand in-4. Leipzig, Engelmann. 10 fr. 75

UNTERSUCHUNGEN UEBER DEN BAU DER LYMPHDRUESEN (Recherches sur la structure des glandes lymphatiques), par *W. His*. Grand in-8. Leipzig, Engelmann. 2 fr. 75

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 26 JUILLET 1861. — N° 30.

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

I. **Paris.** Inauguration de la statue de Thenard à Sens. — Académie de médecine : Discussion sur la morve : M. Bouillaud. — Constitution médicale : Érysipèle épidémique. — II. **Travaux originaux.** Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique; symptomatologie, diagnostic et traitement de cette lésion. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — Société anatomique. — IV. **Bibliographie.** Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales), climatologie, maladies endémiques. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles** Journaux.— Livres.—VII. **Feuilleton.** Revue professionnelle à l'étranger.

I

Paris, le 25 juillet 1861.

INAUGURATION DE LA STATUE DE THENARD A SENS. — *Académie de médecine :* DISCUSSION SUR LA MORVE : M. BOUILLAUD. — *CONSTITUTION MÉDICALE :* ÉRYSIPÈLE ÉPIDÉMIQUE.

L'inauguration de la statue de Thenard à Sens (voy. aux *Variétés*) ne doit pas toucher seulement les chimistes ; elle acquitte aussi la reconnaissance des médecins. Nous ne pouvons oublier, en effet, ni la part qu'a prise l'illustre savant à l'étude de certaines questions médicales, notamment du diabète sucré, ni les services qu'il a rendus à l'enseignement médical au Conseil royal de l'instruction publique, ni surtout les vives et intelligentes marques d'intérêt qu'il a données à notre corps, dans la discussion du projet de loi Salvandy. La fête a été digne de l'homme. Le principal orateur, M. Dumas, a été magnifiquement inspiré. On sentait qu'il acquittait une dette de cœur en même temps qu'une dette d'admiration.

— Sur la question de la morve, M. Bouillaud a développé en une heure, avec son ordinaire fluidité de parole, une seule pensée que nous allons résumer en un syllogisme. Le syllogisme ne déplaira pas à l'orateur, qui a déclaré monter à la tribune pour le compte de la logique. La morve est une affection spécifique, virulente, contagieuse. Or, un principe spécifique, virulent, contagieux, ne saurait être produit par des causes banales et multiples, comme la mauvaise nourriture ou l'excès de travail. Donc cet ordre de causes ne saurait engendrer la morve, contrairement à l'opinion de MM. Bouley et Regnault. Tel est l'argument. M. Regnault a demandé la parole pour y répondre, et voici ce qu'il répondra, si ce n'est pas trop de présomption de notre part.

« La logique est excellente, appliquée à des termes bien connus et bien déterminés. Lancée dans l'inconnu, comme est l'étiologie essentielle de la morve, elle s'expose à manœuvrer dans le vide. C'est un peu ce qui vous arrive. Vous semblez croire que nous contestons la nature virulente de la morve ; vous l'avez dit même assez clairement à l'article de la thérapeutique en blâmant la recherche des *remèdes*, pour

FEUILLETON.

**Revue professionnelle.**

SOMMAIRE. — Les *Apothecaries* et le collége des *Physicians* : Réponse au MEDICAL TIMES. — Deux procès médicaux : *Member* et *Fellow*; MA et MB. — Rétribution des médecins sanitaires à Londres. — Un législateur excentrique. — 150 prisonniers immolés aux funérailles d'un confrère. — La *gutta percha* et le *kaolin* découverts par un médecin. — Les *Parsees* sont-ils *gentlemen?* — Société de rentes mutuelles à Madrid. — Réformes médicales en Italie : Florence et Naples. — THE SAN-FRANCISCO MEDICAL PRESS : Sa vertu. — Clientèle à la vapeur. — Enthousiasme *secessionniste* de l'*Atlanta Medical College*.

Le MEDICAL TIMES AND GAZETTE, dans son numéro du 22 juin, signale avec une certaine hauteur, comme entachée d'inexactitudes (au pluriel), la note du docteur Aliquis sur la querelle des *Apothicaries* et des *Physicians*. Notre collègue veut bien toutefois se borner à nous rappeler que l'une des conditions pour recevoir le diplôme des mains du collége des Physiciens au lieu de celles de la compagnie des Apothicaires « est de s'abstenir de la vente des médicaments. » Faisons donc notre examen de conscience. Qu'avons-nous dit le 14 juin dernier? Que « les *Physicians*, qui jusqu'à ce jour s'étaient maintenus au-dessus de leurs rivaux en s'interdisant le commerce des médicaments, s'étaient mis spontanément à leur niveau en réclamant le droit de vendre des drogues. » Or, cette assertion est erronée en ce sens que le collége des *Physicians*, par sa résolution du 18 avril 1860, réclamait seulement le privilége de délivrer des diplômes qui conféreraient le droit d'exercer la médecine et la pharmacie sans aucune restriction légale : « *Licences to practice Physic to persons who shall not be restricted by any bye-laws from supplying medicines to their patients and who shall be entitled to register under the Medical Act as* LICENTIATES *of the Royal College of Physicians of London.* »

Voici maintenant ce que cela signifie :

Le collége des *Physicians*, comme le collége des *Surgeons*, comprend : 1° les simples *membres* (Members); 2° les *associés* ou agrégés (Fellows). Il faut avoir été *Member* pendant quinze années pour

recommander celle d'un *antidote*. En tout cas, le reproche tombe mal, puisque nous abattons nos chevaux. Mais il y a malentendu. La spécificité, la virulence, la contagiosité de la morve, nous les admettons comme vous ; seulement ignorant, comme vous encore, ce qui fait cette contagiosité, cette virulence et cette spécificité, nous nous bornons à étudier expérimentalement les circonstances au milieu desquelles elles naissent. La chose est impossible, dit votre syllogisme! Pourquoi? Je nie la mineure. L'état virulent qui constitue l'essence de la maladie peut très bien procéder du froid, d'une alimentation insuffisante ou de tout autre cause de débilitation. Le virus fût-il un poison, quelque chose de distinct comme un grain d'arsenic ou une goutte d'acide prussique, il ne serait pas extraordinaire qu'un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques parvînt à le dégager du sang.

» Mais M. Robin vous l'a dit; la virulence est une simple *qualité* des humeurs altérées. Pourquoi certaines influences morbides ne pourraient-elles pas produire cette altération! Qu'en savez-vous? Vous dites que cela n'est pas réalisable; je réponds que cela est. Je dis plus : cela est conforme à ce qu'enseigne la pathologie, celle de l'homme comme celle des animaux. La dysenterie *contagieuse* naît de toutes pièces au sein des grands rassemblements d'hommes; les maladies charbonneuses naissent du concours des miasmes palustres, de l'altération des fourrages, et de l'humidité; le loup fabrique tout seul le virus rabique. Tous ces faits contrarient-ils le principe de l'unité morbide? En aucune façon, et la confusion s'ajoute ici au malentendu. Ce qui constitue l'unité de la morve, ce ne sont pas les circonstances extérieures où le mal prend sa source, c'est l'état virulent. Cet état fût-il le produit d'un million de circonstances, qu'il n'en serait pas moins *un*, et s'il était multiple..., après tout, cela me serait bien égal. »

M. Bouillaud, nous l'espérons, voudra bien pardonner le sans-gêne de cette apostrophe. Nous le prions de considérer que c'est M. Renault qui parle.

— Depuis longtemps déjà Paris et une partie des départements sont infestés d'érysipèles. Nous ne nous sommes pas pressé de signaler le développement de cette constitution médicale, parce que tout d'abord la maladie se présentait sous une apparence familière et bénigne, qui ne méritait guère de fixer l'attention. Mais plus tard elle a pris, en devenant de plus en plus fréquente, un caractère de malignité qu'on lui voit assez rarement dans notre climat.

Nous n'avons qu'un mot à dire des érysipèles de cause externe. Voilà quatre ou cinq mois tout au moins que les chirurgiens de Paris, avertis par de tristes accidents, se bornent aux opérations indispensables. Dans la pratique civile comme dans les hôpitaux, on a vu des érysipèles formidables, souvent mortels, succéder à de simples incisions, à des ablations de petits kystes sur des chairs saines, chez des individus jouissant de la santé la plus florissante. Cette fâcheuse complication survenait à toutes les périodes de la cicatrisation, et l'on ne pouvait se flatter d'y avoir échappé tant que la plaie n'était pas entièrement fermée. Nous connaissons un cas de ce genre où le deuil est entré dans une famille au moment où la nouvelle d'une guérison certaine était envoyée à tous les amis; il s'agissait d'une plaie du cou, suite de l'extirpation d'une petite tumeur dont nous ignorons la nature.

Mais de pareils faits ne sont pas rares, et ne diffèrent guère les uns des autres en se répétant; ou du moins, si l'érysipèle traumatique se présente, à de certaines époques, sous des aspects particuliers et insolites, c'est sous l'influence des mêmes conditions occultes qui régissent les érysipèles dits spontanés ou idiopathiques; de sorte que le problème reste médical même au lit de l'opéré. De plus, la présence d'une plaie suppurante, comme point de départ de l'érysipèle, introduit dans l'interprétation des phénomènes un terme qui rend parfois difficile de discerner les effets de l'affection chirurgicale des effets de la constitution médicale.

L'intérêt de la question est donc donné principalement par l'érysipèle idiopathique, intérêt d'autant plus grand que cette maladie est une de celles au sujet desquelles on pourrait se promettre le plus d'avantages d'une révision des observations anciennes à la lumière des modernes conquêtes de la médecine. Le sens primitivement vague du mot érysipèle, et qui faisait admettre, depuis Hippocrate, un érysipèle du poumon, né dans le poumon (*ortus erysipelatis in pulmone*), sans autre témoignage que l'existence des symptômes vulgaires de la bronchite et de la pneumonie; plus tard, et jusqu'au siècle dernier, la confusion de l'érysipèle avec l'érythème et avec l'urticaire; enfin le manque absolu ou l'insuffisance de données nécroscopiques, sont les principales causes du discrédit qui frappa, sur ce point, les observations des anciens.

Assurément, on trouve chez eux la distinction de l'érysipèle en bénin et malin, comme aussi la mention de l'érysipèle phlegmoneux et de l'érysipèle gangréneux. Un grand nombre traitent de l'érysipèle viscéral, et, parmi ces derniers, il e[...]

---

pouvoir devenir *Fellow*. De son côté, la société des *Apothecaries*, qui n'est pas une simple réunion de pharmaciens, mais devant laquelle on passe des examens de médecine aussi bien que de chimie, confère seulement le titre de *licencié* (*Licentiate*). Member, Fellow et Licentiate ont également le droit de pratiquer la médecine. Les licenciés peuvent, s'ils le trouvent bon, tenir officine de pharmacie. Or, il est arrivé que, l'examen même du premier degré au collége des Médecins étant beaucoup plus sévère que l'examen de licencié à la société des Apothicaires, la première institution recevait peu d'élèves. Voulant remédier à cette pénurie, qui avait son contre-coup dans le budget, le collége imagina de créer, lui aussi, des licenciés. Pour que ce titre fût aussi profitable que l'autre, il fallait qu'il conférât le droit de vendre des médicaments. *Indè iræ*... des apothicaires. Comme nous l'avons dit, le Collége des physiciens a eu gain de cause en justice.

Cette explication donnée, notre première critique change d'objet sans changer de nature; le fond de la question reste le même. Les *Physicians* ne cumulent pas la médecine avec la pharmacie, mais ils créent une classe de médecins qui exercent ce comm[...]. Nous tenons peu à la différence.

Au reste, nous supplions notre confrère d'être indulgent. Il n'est pas aisé, au milieu des nombreuses corporations qui délivrent légalement des diplômes et des titres dans le Royaume-Uni, de discerner du premier coup d'œil quels sont les bons, quels sont les mauvais. Nous croyons notre éducation faite, et nous maintenons ce que nous avancions dans un paragraphe que le MEDICAL TIMES n'a pas reproduit, à savoir que tous ces diplômes sont, si l'on veut, d'inégale valeur, surtout au point de vue de la clientèle, mais à droits égaux. Et voilà le mal!

— Ce double degré conféré par les colléges des médecins et des chirurgiens vient précisément de donner lieu à un procès devant la Cour du banc de la Reine. M. Gutteridge intente une action au Collége royal des chirurgiens à fin de le voir condamner, sinon à lui délivrer le titre de *Fellow* au lieu de celui de *member*, qu'il possède depuis 1827, au moins à décliner les motifs du refus.

est qui ont bien connu l'érysipèle cutané. Néanmoins, on peut dire, après avoir consulté les *princes* de la collection hallérienne, et les plus célèbres descripteurs d'épidémies et de constitutions médicales, qu'ils ont laissé l'histoire de l'érysipèle presque tout entière à réviser. Il se peut, par exemple, que l'érysipèle vrai envahisse parfois la muqueuse de l'estomac et les bronches, dont la disposition anatomique rendrait assez bien compte du fait; il se peut même que la surface du foie puisse devenir érysipélateuse; mais ne serait-ce là qu'une confirmation pure et simple de l'observation ancienne, et faudrait-il revenir à la *lipurie*, à la *typhode* et à la *crymode* des Grecs, trois genres de fièvres répondant aux trois siéges sus-indiqués de l'érysipèle? Il se peut encore que l'érysipèle malin amène des gangrènes viscérales; mais les auteurs qui en parlent si souvent n'en ont jamais vu; on peut le dire en toute conscience, quand on a pesé les termes dans lesquels ils en parlent, et qu'on se rappelle la fausse idée qu'ils se faisaient de la gangrène.

Nous disons donc que l'histoire de l'érysipèle doit être une œuvre en grande partie moderne, et voilà pourquoi, malgré les importants matériaux recueillis depuis une trentaine d'années, une épidémie d'érysipèles graves est un sujet d'études qui doit appeler toute l'attention des pathologistes. Nous espérons que l'occasion actuelle ne sera pas perdue, et qu'elle portera ses fruits dans quelque mémoire *ad hoc* ou quelque thèse inaugurale. En attendant, nous dirons le peu que nous en avons tiré nous-même.

C'est l'effet habituel des épidémies d'aggraver les maladies sur lesquelles elles portent, de renforcer pour ainsi dire leurs traits, et de les empreindre d'une physionomie spéciale exprimant la cause, spéciale aussi, de la manifestation épidémique. Or, il en a été ainsi des érysipèles régnants.

La maladie a sévi avec une intensité exceptionnelle. Affectant particulièrement la face, comme c'est du reste l'ordinaire, elle envahissait rapidement toute la profondeur du derme, donnant lieu à une énorme tuméfaction de la partie, à de nombreuses phlyctènes, à l'infiltration du tissu celluleux, à des abcès, à un engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires. Fréquemment, en même temps que la tuméfaction du cou prenait de grandes proportions, gênant à la fois la circulation veineuse de la tête et la déglutition, le pharynx, le voile du palais, la voûte palatine, se couvraient d'une couleur plus souvent obscure qu'animée; la langue devenait aride et râpeuse; la difficulté d'avaler augmentait. Le délire survenait de bonne heure; ordinairement violent au début, ensuite de plus en plus tranquille, et finissant par se résoudre dans le coma vigil ou la stupeur; quelquefois calme dès son apparition, et accompagné d'un sommeil profond. Dans plus d'un cas, nous l'avons vu disparaître presque entièrement pendant douze ou vingt-quatre heures, quand les autres symptômes, le collapsus général, la faiblesse et l'inégalité du pouls, annonçaient une fin prochaine.

On a oublié sans doute le curieux exemple d'érysipèle de la gorge, que nous avons publié il y a trois ans (*Gaz. hebd.*, t. V, p. 851), et dans lequel la rougeur, occupant d'abord tout le pharynx, et s'accompagnant de douleurs propres à l'otite interne, apparut bientôt dans le conduit externe des deux oreilles, gagna les pavillons et forma sur les joues et les tempes deux vastes plaques rouges, luisantes, qui se rejoignirent sur la ligne médiane de la face. Un de nos collaborateurs a observé un cas analogue, qu'il se propose de publier. Chez un sujet atteint d'une pneumonie en voie de résolution, le pharynx devint rapidement rouge et œdémateux, la fièvre se ralluma; le pouls devint vif, fort, fréquent comme dans la scarlatine; le second ou le troisième jour, on vit l'érysipèle sortir, non plus cette fois par les oreilles, mais par les narines, et s'épanouir du bas en haut et du dedans en dehors, sur les deux côtés de la face. Certains cas pourraient être interprétés comme exemples d'érysipèles des bronches et des poumons. Chez un sujet observé par M. Vulpian, à l'hospice Larochefoucault, dès la première manifestation d'un érysipèle qui, parti de la nuque, descendit dans la région dorsale et sur les deux bras, avec une si forte injection du tégument que le décubitus y amenait de véritables plaques purpuracées, le poumon se congestionna en arrière, faisant entendre à l'auscultation les râles sonores de la fièvre typhoïde. Il n'existait pas d'albumine dans les urines. Le malade succomba après avoir passé par la jaunisse. Erysipèle du foie? Les anciens l'eussent affirmé. Nous nous contenterons de faire remarquer que des abcès métastatiques expliqueraient l'ictère d'une façon plus plausible, et que d'ailleurs celui-ci a déjà été signalé dans certaines affections épidémiques qui n'ont rien de commun avec l'érysipèle, notamment dans l'épidémie de Dieppe (grippe), décrite par Lepecq (de la Cloture).

Parmi les traits de l'épidémie régnante, il faut placer, à côté de l'intensité du mal, le caractère septique qu'elle a si souvent revêtu. Nous laissons les phlegmons nés de toute pièce au sein du gonflement érysipélateux, et qui peuvent se rattacher exclusivement à l'élément phlegmasique; mais nous

M. Gutteridge est, on le voit, dans les conditions de temps exigées pour acquérir le titre qu'il ambitionne. Le *lord chief justice*, M. Cockburn, a lancé un *mandamus* contre le Collége.

A Dublin, autre affaire. M. James Barker a un diplôme de licencié du Collége des physiciens; il se présente au fonctionnaire chargé de l'enregistrement, *the Registrar*, et exige que « l'on attache à son nom le titre de M. D. (*medicine doctor*). Il faut dire tout de suite que le titre de *doctor* (M. D.) et celui de *bachelor* (M. B.) sont, encore deux degrés donnant lieu, comme les précédents, au droit d'exercice, et conférés non plus par la Société des apothicaires, mais par des *universités*, où l'on reçoit une instruction à la fois littéraire et médicale. Or, le *Registrar* repousse la prétention de M. Barker. Les motifs allégués par celui-ci devant le *Medical council in Ireland* étaient : que le public se méprenait sur la valeur du titre de *licencié*, et considérait les *doctors* comme supérieurs aux premiers; que cependant (et le juge l'a publiquement reconnu) il n'existait pas de praticiens qui méritassent mieux l'estime publique que les gradués du *King and Queen's College of Physicians*, et qu'en conséquence ceux-ci devaient jouir de tous les avantages honorifiques de la profession. Mais le tribunal a déclaré qu'il fallait suivre à la lettre les prescriptions de l'acte du Parlement concernant les titres, et qu'il existait à cet égard une profonde distinction entre un médecin reçu par une corporation médicale qui accorde une licence de pratiquer la médecine et un médecin reçu par une université qui, du même coup, accorde un titre ou, comme disent les Anglais, *a degree*. Aussi M. Barker a-t-il été débouté de sa demande avec tous les compliments dus à son mérite.

— Voici un point d'infériorité flagrant à l'égard de l'Angleterre. Il existe chez nos voisins, pour chaque district, un *Medical Officer of Health* (office médical de la santé). Ce sont des inspecteurs de la santé publique, analogues (sauf la différence d'organisation) à nos membres des comités d'hygiène. Quel traitement donnons-nous à un fonctionnaire de cet ordre? 2,000 ou 3,000 francs; 4,000 si vous voulez. Eh bien! le docteur Letheley ayant vu s'ajou-

insistons sur la nuance souvent blafarde de l'érysipèle, sur les plaques gangréneuses survenues en des points où la peau n'était ni très injectée, ni très tendue. Dans quelques cas, la gangrène a mieux accusé encore son indépendance du processus inflammatoire, en se montrant sous la forme d'anthrax. Nous avons vu, d'ailleurs, l'anthrax survenir sur des parties du corps non occupées par l'érysipèle, notamment sur la main d'une dame atteinte d'érysipèle facial. Cette même dame avait été tourmentée par plusieurs furoncles et deux tournioles dans les deux semaines qui avaient précédé l'exanthème. Et c'est même une remarque générale à ne pas négliger, qu'une véritable épidémie de furoncles et d'anthrax a marché de pair, à Paris, avec l'épidémie que nous étudions en ce moment, et que souvent les deux maladies se rencontraient dans la même maison, dans le même appartement. Quant à des gangrènes viscérales, nous ne supposons pas que personne en ait rencontré.

Un autre signe d'état septique est la formation d'une angine pultacée, soit seulement à l'époque où nous avons dit que le gonflement du cou se compliquait de rougeur du pharynx, soit dès le début de la maladie. Ce symptôme n'est pas toujours aperçu aussi souvent qu'il existe; le gonflement de la peau et du cou explique si bien la difficulté d'avaler et la douleur angineuse, que parfois on ne songe pas à pousser les recherches plus loin; et comme d'ailleurs ce gonflement rend difficile et pénible l'écartement des mâchoires, l'inspection de la gorge, si elle a lieu, est souvent insuffisante. Nous avons eu, en plus d'une circonstance, occasion de nous en assurer. Aussi regarderons-nous, jusqu'à plus ample informé, l'angine pultacée comme ayant constitué un des caractères spéciaux de l'épidémie.

Enfin, nous appelons une attention toute particulière sur un fait que nous n'avons pas observé nous-même, qui ne peut guère se rencontrer que dans les hôpitaux, et que M. Charcot a constaté à l'hôpital Lariboisière. Nous voulons parler de la présence du pus dans les articulations et d'abcès métastatiques dans les viscères chez des sujets érysipélateux. Dans un cas, l'exanthème durait depuis quatre ou cinq jours quand le genou droit s'est endolori, s'est tuméfié et est devenu rapidement le siége d'un épanchement. La mort a bientôt suivi, et, à l'autopsie, on a trouvé du pus bien lié dans l'articulation malade et dans la gaîne tendineuse d'un muscle de l'avant-bras. Un abcès métastatique occupait le poumon. Ce n'est pas tout. Dans le même service où l'on recueillait cette observation, on voyait l'arthrite purulente se former chez des sujets *exempts d'érysipèle*, et entrés à l'hôpital pour des affections aiguës de diverses natures, comme la pneumonie et la pleurésie.

N'y a-t-il pas une analogie frappante entre cet ordre de faits et la solidarité déjà signalée et admise entre la fièvre puerpérale épidémique, les suppurations des cavités closes, les abcès, et les érysipèles, se montrant à la même époque et dans un même lieu? Et, dans un cas comme dans l'autre, ne faut-il pas voir les manifestations multiples d'une même influence générale imprimant sur tout ce qu'elle touche son caractère de septicité? Nous savons bien qu'on a expliqué ces suppurations concomitantes de l'érysipèle par l'existence d'une phlébite et de la résorption purulente. Mais d'abord l'interprétation n'est applicable qu'aux sujets réunissant à la fois l'érysipèle et la suppuration; car, chez ceux qui n'ont pas d'érysipèle, la phlébite n'est guère vraisemblable, et si, par impossible, elle existait, on pourrait encore la considérer comme une expression de l'épidémie, ce qui ne ferait que déplacer la question. En second lieu, s'il est bien vrai que la phlébite ait été souvent rencontrée dans l'érysipèle compliqué d'abcès métastatiques, il paraît au moins certain qu'elle manque assez fréquemment. C'est l'opinion de Roser, qui, lui aussi, a vu coïncider, dans les mêmes salles de clinique, la pyémie et l'érysipèle, et qui a publié l'an dernier un très bon mémoire sur l'*Histoire naturelle des formes morbides de la pyémie* (in *Archiv. der Heilkunde*, 3e cahier, 1860). Chez les malades de l'hôpital Lariboisière, on n'a pas trouvé trace de phlegmasie veineuse. D'ailleurs, la phlébite fût-elle manifeste, nous penchons à croire qu'elle pourrait être elle-même consécutive à une pyémie engendrée au sein des capillaires compris dans la phlegmasie cutanée. Dans un cas de notre pratique, un érysipèle de la face datant de cinq jours, et ayant déjà donné lieu à des symptômes d'*intoxication (délire* tranquille, collapsus profond, sueurs froides, pouls petit, fuyant, inégal, etc.), était descendu seulement jusqu'aux épaules, quand tout à coup un gonflement se manifesta au niveau de la veine basilique du côté droit; le vaisseau était devenu solide dans une grande étendue. En quelques heures tout le membre supérieur droit devint rouge, tendu, profondément œdématié; les symptômes généraux s'aggravèrent rapidement, et la mort eut lieu dix ou douze heures après la manifestation de cet accident.

Ajoutons qu'une maladie d'ordinaire bénigne, même quand elle siége à la tête, même quand elle donne lieu au délire, pourvu qu'elle ne soit pas d'origine traumatique, s'est fait

---

ter à ses fonctions d'*officer* de la Cité celles d'analyste public pour les altérations des aliments et des boissons, a vu son traitement s'augmenter de 1,000 à 15,000 francs par an. Et un journal s'écrie : « Il n'y a pas un homme de loi qui voulût se charger de l'une de ces fonctions pour 15,000 francs! » A part les professeurs et inspecteurs, nous ne croyons pas qu'il y ait un seul médecin en France qui, pour remplir les plus importantes fonctions, touche plus de 6,000 francs par an.

— Toujours dans le même pays, une singulière question a été soulevée récemment, à l'occasion d'un membre du Parlement, M. Stewart, qui, quoique pensionnaire du docteur F. Winslow, dans une maison de santé pour les aliénés, voulut aller voter le budget, un beau soir, à la Chambre des Communes; on s'est demandé tout d'abord si un tel vote n'entachait pas d'illégalité le résultat du scrutin; la question n'a pas eu de suite, sans doute à cause des particularités du cas. Il paraît, en effet, que M. Stewart n'était pas aliéné, mais qu'il était dans un état continuel de *nervousness*, d'insomnie, causé par des affaires de famille; il craignait d'être entraîné à tuer un de ses parents; appréciant l'importance d'un traitement précoce, il obtint de trois médecins des certificats qui permirent au docteur Winslow de le recevoir dans son établissement à Hammersmith. Là M. Stewart fut libre sur parole, et se trouva tellement mieux, au bout de dix jours de traitement, que ni les instances du docteur Winslow, ni les objections formelles du docteur Bartlett ne purent le décider à renoncer à prendre part au vote du budget. Comme il a été prouvé depuis que, malgré la position de M. Stewart « *as certificated patient in an asylum* » il jouissait de toutes ses facultés intellectuelles, l'affaire n'a pas en de suite.

— On sait que depuis que les religions et la civilisation européennes ont pénétré en Abyssinie, cette malheureuse contrée est le théâtre de guerres perpétuelles où les intérêts les plus variés sont en lutte. Un médecin anglais, M. Bell, fixé depuis huit ans en Abyssinie où il était devenu, avec l'appui de son gouvernement,

remarquer par une léthalité déplorable. Il serait à souhaiter que cette partie de la statistique des hôpitaux fût publiée; nul doute qu'elle ne donnât un triste bilan. Dans plusieurs cas venus à notre connaissance, la décomposition du cadavre s'est faite avec une remarquable rapidité. Mortalité plus grande, putréfaction prompte du corps, deux signes de plus du caractère propre de l'épidémie.

Resterait une question, celle de la contagiosité de l'érysipèle, admise par Bright, Roser et d'autres. Le souvenir de ces pauvres et dévoués élèves des hôpitaux qui ont contracté des maladies dans des salles où elle n'avait pas pris naissance, où elle avait été importée du dehors, et dont quelques-uns sont allés la communiquer à leurs proches; le souvenir de Racleau, Brouillard, Régnier surtout, que sa mère a suivi si promptement dans la tombe, après s'être penchée longtemps sur son lit de douleur et sur son cadavre, revient douloureusement à la mémoire. Mais c'est là un sujet trop délicat, et sur lequel nous sommes trop peu renseigné, pour que nous osions l'aborder aujourd'hui.

A. Dechambre.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

**Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique; symptomatologie, diagnostic et traitement de cette lésion**, par le docteur Ar. Verneuil, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 27 et 28.)

Obs. I. — Une femme de trente-cinq ans environ, robuste, grande, jouissant *habituellement* d'un bonne santé, ayant eu des enfants, vint me consulter pour une affection de la jambe qui avait une grande ressemblance avec l'eczéma aigu. La surface cutanée était largement excoriée, mais très superficiellement. Çà et là toutefois se voyaient quelques pustules à divers degrés, et dont les plus anciennes, loin de tendre à la cicatrisation, semblaient vouloir s'étendre en surface et en profondeur, de manière à prendre la forme ulcéreuse. Les surfaces dépouillées d'épiderme étaient d'un rouge vif et le siége de cuissons et de démangeaisons très intenses. Le mal durait depuis près de quinze jours avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. Le membre, depuis la région des malléoles jusqu'au voisinage du genou, était notablement gonflé; la peau était tendue et luisante dans les points où l'épiderme *n'était* pas soulevé. Les troubles fonctionnels étaient très marqués; la marche était presque impossible, la station debout très pénible dès qu'elle se prolongeait; il y avait dans le mollet un sentiment de tension et d'engourdissement très incommode, avec des picotements et même des élancements assez vifs. C'était surtout vers le soir que tous ces phénomènes atteignaient leur maximum d'intensité, mais le repos au lit les atténuait beaucoup. Cependant si la position horizontale diminuait le gonflement et la tension, en revanche la chaleur du lit exaspérait singulièrement la démangeaison, au point d'empêcher presque tout à fait le sommeil. Suivant les conseils divers qu'on lui avait donnés, la malade avait fait sur le membre différentes applications de nature tout opposée; les cataplasmes augmentaient la dénudation du derme; les lotions et les pommades irritantes exagéraient l'irritation cutanée, de sorte que cette femme ne savait plus que faire, et s'était condamnée au repos absolu qui seul lui procurait quelque soulagement. Elle m'apprit que, forcée par sa profession de fruitière de mener une vie active et d'être debout pendant la majeure partie de la journée, elle avait à plusieurs reprises subi déjà des attaques du même mal, mais jamais jusqu'alors avec une si longue durée ni une intensité aussi grande.

J'examinai le membre avec grande attention, et pensai d'abord à un eczéma aigu récidivé; car, en certains points, le derme offrait une coloration brunâtre qui indiquait, coïncidemment avec le dire de la malade, des attaques antécédentes du même mal. Cependant l'interrogation dirigée vers la santé générale excluait toute idée d'une des diathèses qui accompagnent ordinairement cette manifestation cutanée. Je revins donc à l'exploration locale pour y trouver les causes de la maladie; je songeai à examiner l'autre jambe qui n'avait jamais souffert; les téguments étaient absolument sains, mais on voyait sous la peau quelques circonvolutions variqueuses, dont la malade ignorait l'existence, et qui n'avaient jamais, suivant elle, donné naissance au moindre malaise; cependant cette jambe, elle aussi, de loin en loin, le soir après une longue journée de fatigue, s'engourdissait et se tuméfiait quelque peu. Ce fut pour moi un trait de lumière; à la vérité, je ne pus retrouver sur le membre malade aucune trace de phlébectasie, mais il y avait un gonflement et une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané qui pouvaient fort bien les masquer, et d'ailleurs les varices profondes que je venais de découvrir tout récemment étaient suffisantes à mes yeux pour expliquer la gêne dans la circulation veineuse et les lésions consécutives à ce trouble physiologique.

J'instituai donc le traitement suivant :

Repos continu dans la position horizontale, le membre affecté étant placé dans l'élévation aussi prononcée qu'on pourrait la supporter sans fatigue. Un cerceau tiendra les couvertures soulevées pour que l'atmosphère entourant la jambe ne soit pas trop chaude. Sur les points excoriés, applications constantes de fines compresses de toile imbibées d'eau blanche à la température de la chambre (printemps 1856). Dès que la peau tendrait à se cicatriser, application d'un bandage roulé très faiblement serré au début et relevé deux fois par jour pour faire, pendant un quart d'heure, des lotions astringentes de plus en plus concentrées.

Usage ultérieur d'un bas élastique bien fait.

Ces prescriptions, qui furent suivies à la lettre, amenèrent d'abord un soulagement prompt au bout de huit jours. L'épiderme était partout reformé. Le gonflement avait disparu presque complétement, et le mollet paraissait flasque et moins volumineux que celui du côté opposé. Je ne vis pas encore de varices extérieures; mais le repos prolongé et les topiques astringents pouvaient bien à la rigueur les avoir momentanément effacées. Je conseillai dès lors le bas élastique. Je n'ai pas revu la malade; mais je sus l'année

---

général en chef et premier ministre de l'empereur Théodore, a été tué dans une bataille livrée à Dezai-Gazud. Théodore, victorieux, a sacrifié cent cinquante prisonniers sur la tombe de son général; par où l'on voit que les missionnaires protestants ont réussi à convertir les Abyssiniens aux préceptes de la charité chrétienne.

— On remplirait bien des volumes en énumérant tout ce que les sciences, les lettres et les arts doivent aux médecins en utiles découvertes, en projets ingénieux, en œuvres impérissables, et nous ne parlons pas ici des nobles actions. The Lancet rappelle que c'est au docteur Montgoméry que l'industrie est redevable des nombreuses applications de la gutta-percha, qui, on le sait, est produit par un arbre originaire de Singapore (le *percha*). Montgoméry n'avait tout d'abord en vue que des applications chirurgicales de ce suc; il en recueillit dans les Indes une certaine quantité, et l'envoya à la Société des Arts de Londres, qui lui décerna sa grande médaille d'or; ce fut là toute la récompense qu'il reçut pour son admirable découverte, sans laquelle, dit judicieusement The Lancet, nous n'aurions jamais pu communiquer en cinq minutes avec Saint-Pétersbourg, et qui représente, pour l'exportation anglaise, une valeur annuelle de quatre millions de francs. Un des fils de Montgoméry vient d'obtenir gratuitement une place de cadet dans l'armée anglaise, en mémoire de la découverte de son père.

— On sait que c'est à un médecin français qu'est due une autre découverte dont les arts et l'industrie ont tiré un immense parti : le *kaolin*. L'art de fabriquer la porcelaine dure était encore inconnu en France vers 1765; on n'y faisait que des pâtes tendres. A cette époque, la femme d'un médecin de Saint-Yrieix (Haute-Vienne), ayant trouvé une terre blanchâtre près du pays, crut pouvoir s'en servir comme en certaines contrées on utilise la terre glaise en guise de savon : elle la montra à son mari, et jugez de la surprise de celui-ci en reconnaissant dans cette terre le fameux kaolin dont on se servait en Chine depuis dix-huit siècles, et que

suivante qu'elle avait bientôt repris sa profession fatigante sans éprouver le moindre inconvénient.

OBS. II. — Madame G..., âgée de cinquante ans, de petite taille, d'une excellente santé, fortement constituée et douée de beaucoup d'embonpoint, ayant eu deux enfants dans sa jeunesse; autrefois marcheuse infatigable, se fatigue très aisément de la jambe droite depuis quelques années, mais particulièrement depuis le commencement du printemps (1860). Après une heure de marche, quelquefois beaucoup moins, si le sol est glissant ou inégal, elle éprouve un engourdissement dans le mollet, la région tibio-tarsienne et le jarret. A l'engourdissement qui s'accompagne de fourmillements et de picotements incommodes, succède une faiblesse qui va toujours croissant, amène la claudication et force la malade à s'arrêter de temps en temps pendant une ou deux minutes. Rentrée chez elle, cette dame ne sent plus rien après deux ou trois heures de repos et surtout si elle s'étend sur un canapé. Le matin, au lever, la jambe paraît aussi robuste que jamais; parfois, le soir, dans les journées chaudes, et après un exercice fatigant, madame G... a remarqué un peu de gonflement de la partie inférieure du membre et du dos du pied; elle a vainement essayé des frictions très variées, des bains, des lotions; elle a changé souvent de chaussures, les prenant de plus en plus larges et douces. Quoique la santé générale ne laisse rien à désirer, et que toutes les fonctions s'exécutent à souhait, la malade s'affecte, et se croit menacée de paralysie, elle s'alarme, non sans raison de ne plus pouvoir prendre comme autrefois un exercice fréquent qui satisfait ses goûts d'activité, et d'ailleurs lui est très profitable en raison de l'embonpoint prononcé qu'elle présente; elle me demande conseil pour choisir les eaux minérales qui lui conviendraient le mieux (1). J'examine les jambes, et je ne trouve sous la peau, parfaitement saine d'ailleurs, qu'un petit nombre de veinules bleuâtres, très petites, très superficielles, formant en deux ou trois endroits des étoiles serpentines. Madame G... affirme qu'elle n'a pas et n'a jamais eu de varices. Cependant, me fondant sur le siége de l'engourdissement, sur l'apparition des symptômes pendant la marche et sur leur cessation par le repos, je conseille un bas élastique montant jusqu'à la patte-d'oie et des lotions astringentes tous les matins. Le soulagement ne se fit pas attendre, et, au bout de huit jours, madame G..., habituée à l'usage de son bas, marchait aussi aisément que jamais; elle se propose d'appliquer le même moyen à la jambe gauche, si elle y ressent quelques nouvelles atteintes d'engourdissement et de pesanteur qui s'y sont déjà montrées quelquefois.

OBS. III. — Un garçon de recette, de quarante-cinq ans environ, de haute taille et de très forte constitution, vint chez moi au printemps de 1859, me demander ce qu'il pourrait faire pour remédier à une transpiration très gênante qui occupait non-seulement les pieds, mais encore les jambes des deux côtés, plus particulièrement à droite. Sa profession le forçait à faire continuellement des courses très longues; aussi, malgré sa vigueur naturelle, il était harassé de fatigue dès le milieu du jour et surtout aux premières chaleurs. La démarche était chancelante, et il traînait péniblement la jambe droite, qui lui paraissait extrêmement lourde.

L'examen direct me montra à droite un mollet des plus robustes (1), rénitent, un peu gonflé; le bas de la jambe avait également augmenté de volume, il était devenu cylindrique, car à ce niveau existait, sous la peau, un notable degré d'empâtement et d'œdème dur. Le tégument était rouge et comme turgescent; la sueur perlait à sa surface; la veine saphène interne se dessinait sous la peau sous forme d'un gros cordon cylindrique rectiligne non variqueux; mais, sur le bord interne du pied et dans la région des malléoles, on devinait, à la tension élastique de la peau à travers la tuméfaction dont j'ai parlé, une ampliation assez marquée des veinules sous-cutanées. Les mêmes symptômes existaient, quoiqu'à un moindre degré, du côté gauche. Lorsque je fis cet examen, le malade avait marché depuis cinq ou six heures à peu près, et la matinée était chaude. Les jambes étaient, si je puis employer cette expression, dans une sorte d'érection, c'est-à-dire que les veines étaient en turgescence; cependant l'œdème n'était pas porté à son maximum, et le malaise n était pas arrivé à son comble; c'était vers la fin du jour que le gonflement, l'engourdissement et la faiblesse musculaire atteignaient à leur plus haut degré.

Cet état durait depuis plusieurs années; il s'aggravait toujours quoiqu'il fût beaucoup moins pénible pendant l'hiver. Le patient s'en inquiétait, car il craignait de ne pouvoir conserver sa place, et s'étonnait naturellement d'avoir la jambe aussi faible, alors que jamais il ne s'était senti aussi vigoureux quant aux autres régions de son système musculaire; il y avait, en effet, une singulière contradiction entre cette marche titubante et ces membres inférieurs athlétiques.

J'aurais dû, pour assurer le diagnostic, faire comparativement l'examen à la fin d'une journée laborieuse et le matin après le repos, alors que l'œdème avait beaucoup diminué et que la vigueur semblait revenue dans les membres, mais je crus pouvoir me dispenser de ce complément. La consistance particulière du mollet, l'œdème péri-malléolaire, les sueurs diffuses de la jambe, le soulagement occasionné par le décubitus, me semblaient, avec les symptômes subjectifs, caractériser suffisamment le mal; je diagnostiquai la phlebectasie profonde. D'ailleurs, en faisant asseoir cet homme, en élevant fortement la jambe, et en pratiquant, pendant un quart d'heure, un massage méthodique dirigé des orteils vers le genou, j'obtins, séance tenante, un soulagement très manifeste. Je prescrivis donc les moyens convenables, c'est-à-dire le bas élastique et les lotions froides astringentes; ces moyens ne furent d'abord appliqués qu'à la jambe droite, où ils firent merveille; aussi le malade ne tarda-t-il pas à traiter identiquement la jambe gauche. J'avais cru nécessaire de recommander, avant l'application des bas, trois jours de repos absolu, les membres inférieurs étant maintenus dans l'élévation (1).

Trois semaines plus tard, notre homme revint me voir; il était tout joyeux, et se trouvait rajeuni de dix ans; il se sentait alerte, et, à la vérité, sa figure n'offrait plus cette empreinte de lassitude physique dont

(1) La phlébectasie conduit souvent les malades aux eaux minérales, à cause de la faiblesse des membres inférieurs, puis des affections cutanées que les varices entretiennent et qu'on prend pour des paralysies commençantes ou des manifestations dartreuses. C'est à cette circonstance que M. le docteur Davat (d'Aix en Savoie) doit d'avoir vu beaucoup de variqueux venir réclamer des soins à sa station thermale. Nous signalons très particulièrement à nos confrères placés dans ces conditions l'existence de la phlébectasie latente ou profonde.

(1) J'ai constaté que, chez beaucoup de variqueux jeunes encore, les mollets présentaient un développement considérable, ce qui, du reste, a déjà été noté, et en particulier chez les montagnards suisses. Faut-il y voir une cause ou un effet? C'est ce que je ne saurais dire. Peut-être les deux hypothèses sont vraies dans certaines limites.

(1) C'est une bonne précaution à prendre sous deux rapports : 1° parce que, si on choisit des bas lorsque la jambe est tuméfiée, la compression sera trop faible et nulle, au bout de quelques jours; 2° parce que la constriction est mal supportée par la peau congestionnée et souvent œdémateuse. Revenu à l'état sain, le tégument s'habitue très vite au contact de l'appareil.

---

l'on possédait en Saxe depuis 1744. Inutile de dire que la précieuse matière fut employée à autre chose qu'à se laver les mains; les carrières de Saint-Yrieix furent ouvertes, et dès lors commença une ère nouvelle pour les parcelainiers français.

— Le ministre de la guerre anglais a rejeté récemment la demande d'un jeune médecin indien, M. Colah, dont l'instruction médicale s'était faite régulièrement dans les écoles de Londres, et qui réclamait le droit de concourir aux emplois de médecin militaire. Ce médecin appartient par sa naissance à la caste des *Parsees*, descendants des anciens Persans, l'une des plus nobles et des plus belles races de l'Inde. On s'est posé à cette occasion la question de savoir « si les *Parsees* sont dignes d'être associés à des *gentlemen*, et s'ils sont capables de vivre dans les éléments froids. » THE MEDICAL TIMES proteste contre la décision du ministre, et affirme à bon droit que les *Parsees* diffèrent des races dégradées de l'Inde tout autant qu'un Anglais du cap de Bonne-Espérance diffère d'un bojesman. Et quant à l'acclimatation, il paraît bien, d'après les travaux de M. Boudin, que les races ne sont pas cosmopolites, et l'on peut assurer que des individus le sont dans une assez grande mesure pour que l'on ne puisse opposer une telle fin de non-recevoir à la demande du noble Indien. Nous ne connaissons pas de règlement, en France, qui interdise les emplois de médecin militaire à nos Arabes.

— EL SIGLO MEDICO nous apprend qu'il y a à la Faculté de médecine de Madrid 1934 étudiants immatriculés! Nous ne pensons pas que jamais le chiffre de 1200 ait été de beaucoup dépassé à Paris.

Sous le nom de *Monte pio facultativo*, a été instituée à Madrid, le 29 octobre 1858, une Société de secours mutuels, à laquelle tous les médecins espagnols peuvent appartenir, pourvu qu'ils n'aient pas atteint l'âge de quarante-six ans. Cette restriction est établie en vue des rentes viagères qui sont accordées par le *Monte pio* à tous les sociétaires qui sont dans « l'impossibilité physique d'exercer leur profession, ou qui sont privés de la faculté de l'exer-

j'avais été frappé lors de notre première entrevue. Mes conseils avaient été rigoureusement suivis, et le soulagement équivalait presque à une guérison. Le patient reconnaissait d'ailleurs que l'appareil compressif lui était indispensable; car, ayant voulu, à titre d'essai, les supprimer pendant un jour, il avait vu reparaître le malaise quoiqu'à un degré plus faible.

J'examinai les membres : l'œdème et la turgescence avaient disparu; je vis alors plus distinctement à droite, autour des malléoles et le long du tibia, quelques serpentins d'un petit volume; le malade, pour sa part, ne les avait jamais remarqués. A gauche, il n'y avait presque rien.

Pendant dix-huit mois environ, l'usage des bas élastiques ne fut pas interrompu; mais l'hiver de 1860 survenant, et les bas étant usés, ils ne furent pas remplacés. Pendant le froid, il n'y eut pas la moindre douleur, ce qui n'est pas surprenant; mais, chose plus imprévue, les symptômes fâcheux ne reparurent pas avec le retour des chaleurs. J'ai revu cet homme par hasard dans les premiers jours de juin; il n'avait pas repris de bas élastiques, ne faisait plus de lotions froides, et n'éprouve cependant aucune difficulté dans la marche à laquelle il se livre aussi continuellement qu'autrefois. Je l'engageai à reprendre les moyens auxquels il devait son rétablissement, le menaçant d'une rechute évidemment très probable, et il me promit de suivre mon conseil.

Apparente ou réelle, temporaire ou définitive, cette guérison est bonne à constater. Elle laisse espérer qu'en traitant la phlébectasie à son début et avant la dilatation marquée du réseau sous-cutané, on pourra obtenir sinon le retour complet des vaisseaux à l'état normal, au moins la suspension ou la suppression des symptômes incommodes qui naissent de la distension veineuse exagérée.

La curabilité des varices (abstraction faite des moyens chirurgicaux) n'est guère admise, parce qu'on reconnaît et ne traite la maladie que dans ses degrés avancés et lorsque les lésions anatomiques sont irrémédiables (insuffisance des valvules, dilatation serpentine des rameaux, avec hypertrophie et altération spéciale de la paroi, etc.).

Cependant, la phlébectasie qui survient pendant la gestation ou à la suite de certains obstacles temporaires à la circulation veineuse est certainement susceptible de guérir, ou au moins de disparaître lorsque la cause est écartée. Il est commun de voir des femmes qui présentent à chaque gestation des varices très manifestes et très incommodes. L'accouchement venu, tout disparaît ou s'amende, et rien ne révèle l'existence antécédente de la maladie. Cette intermittence peut se reproduire plusieurs fois de suite.

Pour pouvoir obtenir les mêmes résultats dans les cas ordinaires de varices spontanées, il importe donc extrêmement de reconnaître le mal à son début; c'est ce qui m'a engagé à publier la note présente. On ne fait pas autrement pour les hernies, et on n'attend pas pour prescrire un bandage que la tumeur atteigne dans le scrotum le volume d'une petite pomme ou d'un bout de boudin.

Il ne me serait pas difficile de grossir le nombre des observations; j'en ai recueilli plusieurs autres qui ne sont pas sans intérêt, mais qui donneraient trop d'étendue à cette note. J'ai eu la satisfaction de voir déjà mes idées adoptées et confirmées par plusieurs de mes confrères. Je le dis sans aucune vanité, mais seulement pour prouver l'exactitude de mes observations. M. Larrey m'a communiqué deux faits d'œdème du membre inférieur qu'il a rapporté par exclusion au développement de varices profondes. M. Houël a observé un cas remarquable de phlébite développée dans des veines musculaires variqueuses. Enfin plusieurs de mes collègues m'ont dit que j'avais rendu un service à la pratique en signalant la phlébectasie profonde, ce qui leur a permis de traiter efficacement par la compression des malades soumis à leurs soins et qui offraient à un degré plus ou moins prononcé le cortége des symptômes que j'ai tracé plus haut. Je ne veux pourtant pas terminer cette note sans rapporter un dernier fait qui m'a beaucoup frappé et que je suis porté à rapprocher des précédents.

Obs. IV. — J'ai donné récemment des soins à madame X..., âgée de cinquante-cinq ans, d'une assez bonne santé en apparence, mais qui, toutefois, est atteinte sans doute de calculs biliaires, et dont le foie, dans tous les cas, offre un développement assez considérable. Elle a eu trois enfants dans sa jeunesse, et se rappelle vaguement que, pendant une de ses grossesses, elle a eu quelques varices péri-malléolaires dont elle n'a du reste jamais souffert ultérieurement, et qui n'ont point laissé de traces extérieures appréciables aujourd'hui. Cette dame, qui est intendante d'une maison importante, mène une vive active, et reste debout la plus grande partie du jour. Le soir, elle se sent très fatiguée, et aspire au moment du repos. Au mois de janvier dernier, elle fut prise d'une pneumonie à marche subaiguë, qui la retint au lit pendant près de cinq semaines. L'amaigrissement fut très marqué, et les membres inférieurs, auparavant bien nourris, arrivèrent à un volume très réduit. La convalescence survenue, la malade se leva; mais, à peine avait-elle fait quelques pas dans sa chambre, qu'elle sentit dans le mollet gauche une douleur très forte qui la fit presque choir, et qui la força, dans tous les cas, à regagner sur-le-champ son fauteuil. La douleur, qui ressemblait à une crampe, diminua un peu dans la position assise, mais cependant ne cessa point, et c'est en vain qu'on essaya de la dissiper avec des frictions. Madame X..., fort courageuse, se leva de nouveau et se remit à marcher. Les souffrances reprirent aussitôt toute leur intensité, au point que la jambe était tout à fait incapable de soutenir le poids du corps, et qu'on fut obligé de reporter cette dame dans son lit. Le décubitus horizontal amena sur-le-champ la cessation de tout accident. Le lendemain, les phénomènes reparurent et cessèrent dans les mêmes conditions, ils avaient la même intensité et la même instantanéité. Le troisième jour, je fus consulté; j'examinai les jambes dans le lit, et n'y trouvai rien de particulier; la malade se leva devant moi, fit quelques pas dans la chambre et faiblit aussitôt : la douleur en forme de crampe venait de surgir; tout ce que je pus constater, c'est que le mollet était un peu plus gros et plus ferme que celui du côté opposé, sans que toutefois les gastro-cnémiens fussent contracturés. La pression exercée brusquement sur le mollet était douloureuse; mais les frictions exercées doucement de haut en bas amenaient plutôt du soulagement comme, du reste, la position assise. La malade replacée dans son lit, j'élevai fortement le pied, et, au bout d'une minute à peine, les souffrances avaient disparu. Je voulus compléter l'expérience, et je fis couper sur-le-champ une bande de toile de 4 mètres; je l'appliquai avec soin et fis de nouveau exécuter la marche. Cette fois, la douleur ne reparut

---

cer par une cause indépendante de leur volonté. » Cette clause est au moins singulière; prise à la lettre, elle semble donner droit de pension aux médecins qui seraient en prison par exemple, puisque, pour l'ordinaire, on n'est n'est pas en prison de son plein gré, et qu'on doit avoir peu d'occasions d'y exercer la médecine.

Il est probable que notre interprétation est erronée, et nous savons bien que la *lettre tue;* mais comment traduire « *El derecho a pension que adquiere el socio en su caso es de* 360 *rs. annuales, equivalente a un real diaro por cada accion que posea; la cual sara declarada siempre que pruebe haber quedado imposibilitado fisicamente para el ejercicio de sa profesion, o privado de ejercerla por independients de sua voluntad?*

On voit, par cette citation, qu'il s'agit ici d'une sorte de *tontine médicale* donnant droit à une pension proportionnelle à l'apport de chaque associé, cet apport étant lui-même proportionnel à l'âge. Les pensions sont réversibles, dans de certaines conditions, sur les veuves, sur les ascendants et sur les descendants légitimes. Par une circulaire en date du 18 avril dernier, nous apprenons que le *Monte pio facultativo* a accompli sa période de fontation, qu'il compte actuellement 379 sociétaires, dont 4 pensionnaires, et enfin qu'il possède un million vingt-quatre mille réaux (environ 250,000 fr.) dans sa caisse.

Cette forme d'association mérite un examen sérieux, que nous ne manquerons pas de faire quand une expérience un peu plus ancienne aura prononcé sur la valeur du plan subi par nos confrères de Madrid.

— Nous avons sous les yeux un certain nombre de mémoires italiens qui ont pour objet l'étude des réformes médicales à accomplir dans le nouveau royaume; nous ne pouvons que signaler le *progetto di un regolamento sulla polizia sanitaria, sull'assistenza medica e chirurgica, sulla constatazione dei decessi*, etc., publié à Florence par ordre du Conseil municipal. Ce *progetto* institue un conseil municipal de santé dont les fonctions sont gratuites; première erreur, croyons-nous; on fait exception pour le chimiste!

que très faiblement, et madame X... put faire trois ou quatre fois de suite le tour de la chambre.

Je renouvelai l'expérience le lendemain avec le même résultat; je prescrivis donc l'usage du bandage roulé appliqué matin et soir, et conservé par conséquent nuit et jour. Madame X... acheva de se rétablir, et reprit de l'embonpoint; elle conserva pendant six semaines son bandage roulé, encore ne le renouvelait-elle qu'une fois par jour. Au bout de ce temps elle le supprima et ne souffrit plus.

Je ne ferai pas de longues hypothèses pour interpréter ce fait singulier; je constate simplement que l'exploration m'ayant fait soupçonner que les vaisseaux veineux étaient le siége du mal, j'ai prescrit la compression, et que j'ai réussi. Les détails que j'ai donnés ne permettent guère de nier la relation qui existe entre ma supposition diagnostique et la réussite du moyen mis en usage.

Au reste, le développement subit des douleurs dans un membre variqueux, pour être difficilement explicable, n'en est pas moins réel. J'ai vu il y a trois jours une femme affectée d'un cancer grave de l'utérus, et dont les deux jambes sont couvertes de varices, beaucoup moins développées à gauche; parfois cependant, sans cause connue, la malade est prise de ce côté de douleurs intenses qui surviennent dans la station verticale. L'expérience lui a démontré que le seul moyen de les faire cesser promptement consistait à se coucher horizontalement et à élever le pied. J'ai conseillé la compression.

## III.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

MÉDECINE. — *De la colonisation appliquée au traitement des aliénés*, par M. *A. Brierre de Boismont*. — L'auteur, dans ce travail, fait ressortir les avantages du traitement à l'air libre ou de la colonisation pour les aliénés, et indique les principales dispositions de la colonie de Gheel, dans la Campine, et de la colonie de Fitz-James (Oise).

Voici en quels termes M. Brierre de Boismont parle de ce dernier asile :

L'aspect des lieux est celui d'une grande exploitation agricole, et n'éveille aucune idée particulière. La claustration n'existe pas à Fitz-James. Nulle part on ne trouve de portes gardées, de croisées de précaution, de serrures à secret, de cellules de force, de quartiers hermétiquement fermés. Il y a cependant une surveillance, mais elle est exercée par des personnes intelligentes, qui n'ont aucun des insignes du geôlier, et par des colons tranquilles, qu'on récompense lorsqu'ils ont empêché une évasion ou un suicide.

306 aliénés, convalescents, curables et incurables, habitent la colonie. Sur ce nombre, il y a 49 pensionnaires qui participent peu aux occupations manuelles. Le travail se divise entre 170 hommes et 87 femmes (257). Soixante des premiers se livrent à la culture, le reste vaque à tous les services d'une grande exploitation. Les femmes sont exclusivement occupées du blanchissage. Ces 306 malades sont sous la surveillance d'un personnel administratif de 45 individus.

Tous les instruments aratoires utiles sont mis entre les mains des colons ou fonctionnent sous leurs yeux, et ce sont eux qui prêtent leur concours aux expériences des *faucheuses*, des *moissonneuses*, aux procédés nouveaux de culture, à l'élevage des animaux, etc.; de sorte que les convalescents, en quittant la colonie, peuvent, lorsqu'ils sont intelligents, utiliser les connaissances qu'ils ont acquises pendant leur séjour, et améliorer leur position. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Longet.)

PHYSIOLOGIE. — *Loi qui préside à la fréquence des battements du cœur*, par M. *Marey*. — Frappé de l'influence de la circulation périphérique sur les résistances que le cœur éprouve, nous avons cherché, dit M. Marey, si cet organe ne serait pas soumis aux lois générales de la dynamique; si, pareil à tous les muscles dont l'action peut se mesurer, le cœur n'exécuterait pas des mouvements d'autant plus lents et plus rares qu'il éprouve plus de résistance à accomplir chacun d'eux. Cette prévision, que l'induction rendait très vraisemblable, s'est vérifiée par l'expérience, de sorte que de l'observation des faits nous avons pu déduire cette loi :

Plus le sang éprouve de résistance à sortir des artères (ce qui se traduit par l'élévation de la tension artérielle), plus ses contractions sont lentes et rares en un temps donné, et réciproquement.

Les faits qui servent de base à cette déduction ont été publiés avec détails dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1859). Il suffira de rappeler ici que si l'on fait varier la tension artérielle par des hémorrhagies ou des compressions d'artères, par certaines attitudes du corps entier ou des bras seulement, par des applications de chaleur ou de froid à la surface du corps, de manière à faire relâcher ou contracter les vaisseaux, dans tous ces cas les changements dans la tension du sang ont amené des variations dans la fréquence des battements du cœur. Ces variations ont lieu dans le sens que la théorie fait prévoir.

Tout porte à croire, vu la solidarité des mouvements des deux cœurs, que sur le trajet de la circulation pulmonaire des influences du même ordre peuvent faire varier la fréquence des battements. Des faits cliniques assez nombreux semblent appuyer cette manière de voir.

Les influences des efforts de respiration sur la fréquence du pouls nous avaient paru d'abord inexplicables par la loi ci-dessus; mais, en les étudiant avec plus de soin, nous avons vu que ces faits lui apportent, au contraire, une nouvelle confirmation.

Faut-il, d'une manière absolue, refuser au cœur toute autono-

---

Quand donc les médecins renonceront-ils aux fonctions gratuites? Quand comprendront-ils le principe élémentaire de toute économie : que la valeur est en raison inverse de l'offre? L'une des fonctions du Conseil de santé de Florence sera d'établir un tarif normal minimum pour les honoraires des médecins; ce tarif sera basé sur les états de contribution; on ne dit pas si la « bonne main » sera obligatoire. Ces critiques faites, nous sommes plus à l'aise pour louer en toute conscience les auteurs du *progetto* en ce qui concerne l'hygiène de Florence. Signalons une mesure assez singulière au premier abord, mais assez conforme à une opinion fortement défendue à l'Académie de Turin dans une discussion dont nous avons rendu compte, et partagée en France même par beaucoup de vétérinaires. Cette mesure consiste dans « l'abolition des muselières..., qui contribuent à rendre les chiens plus féroces et mordants... »

— Un journal napolitain, qui compte trente et un ans d'existence, IL FILIATRE SEBEZIO, *giornale delle scienze mediche*, dirigé et complété avec grand talent par le professeur Salvatore de Renzi, publie, dans le numéro de juin, un projet de règlement hygiénique pour toute l'Italie. Ce projet, dont nous n'avons sous les yeux qu'une première partie, porte la marque d'un esprit vaste et éclairé; nous aimons à penser qu'il sera consulté par les futurs législateurs du royaume d'Italie. IL FILIATRE n'a pas la prétention de substituer les questions d'hygiène aux grandes préoccupations politiques de la Péninsule; mais il dit avec un espoir sans doute légitime : « *Ma deve venire il tempo, e forse non e lontano da discutere anche gl'interessi della publica sanita....* » Ceux qui suivent la jeune Italie dans les voies où elle est engagée savent que le corps médical se montrera à la hauteur des circonstances, et qu'il apportera à l'œuvre commune de la régénération des éléments de progrès qui ne le cèdent point en importance aux sciences politiques.

— Nous avons reçu le numéro d'avril du SAN-FRANCISCO MEDICAL PRESS, lequel fait honneur à nos confrères californiens. Il faut que la dignité médicale soit poussée fort loin dans le pays

mie, et le considérer comme moteur aveugle dépensant en un temps donné la force qui lui est assignée, tantôt sous forme de contractions faciles, et conséquemment fréquentes et rapides, tantôt, au contraire, sous forme de contractions pénibles, et par suite plus rares et plus prolongées? Nous n'osions jusqu'ici émettre ces idées qu'avec une grande réserve, mais aujourd'hui elles nous semblent de plus en plus soutenables, quelque opposées qu'elles puissent être à certaines opinions physiologiques et médicales.

Pour démontrer la vérité de cette assertion, M. Marey examine ce qui se passe toutes les fois que la circulation est accélérée ou ralentie, comme dans la fièvre, dans les exercices musculaires prolongés, dans certaines émotions violentes, etc. L'interprétation des phénomènes, d'une part, l'expérience physiologique, de l'autre, lui paraissent établir clairement que, dans toutes ces circonstances, les variations du pouls ont leur cause en dehors du cœur. Cette cause réside dans l'abaissement ou l'augmentation de la tension artérielle.

De sorte que la puissance qui modère ou accélère les contractions du cœur n'est autre, en définitive, que la contractilité des vaisseaux de tout le corps. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Rayer, Delaunay.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Note sur un moyen d'approvisionner Paris d'une eau potable, salubre et abondante*, par M. *Od. Chevillion.* — L'auteur propose de drainer une certaine étendue du fond de la Seine ou de la Marne, suivant le procédé adopté par M. Hubert à Vitry-le-Français. (*Comm. :* MM. Chevreul, Andral, Combes.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Analyse donnée, par M. *Chevreul*, d'un mémoire de M. *Leclaire* ayant pour titre : *Recherches concernant l'influence que peut avoir l'essence de térébenthine sur la santé des ouvriers peintres en bâtiments et des personnes qui habitent un appartement nouvellement peint.* — M. Leclaire, après avoir fait des expériences sur des animaux qu'il a placés dans des boîtes de sapin de 1 mètre cube dont les parois intérieures avaient été peintes, les unes avec de la peinture au blanc de plomb, et les autres avec de la peinture au blanc de zinc, toutes les deux délayées avec l'essence de térébenthine, a constaté les faits suivants :

1° Les animaux n'ont pas souffert sensiblement lorsqu'il y avait un courant d'air dans les caisses; 2° les animaux ont souffert dans les premières douze heures, lorsque le courant d'air avait été supprimé; mais ensuite ils se sont rétablis graduellement, et aucun n'a succombé dans le cours des expériences; 3° aucun animal n'a souffert dans les boîtes après que la peinture a été sèche.

M. Leclaire conclut que les émanations d'huile de térébenthine qui s'exhalent de la peinture dans des appartements où il existe des courants d'air ne sont dangereuses, ni pour les ouvriers peintres, ni pour les personnes qui y habitent; que la peinture, dès qu'elle est sèche, ne présente plus aucun danger, lors même qu'il n'existe pas de courant d'air.

M. Leclaire s'est assuré que les vapeurs qui se dégagent de la peinture à l'essence (térébenthine, lavande, benzine) sont absorbées par l'eau distillée, et donnent naissance à de belles cristallisations. Il a constaté, en outre, que l'eau n'absorbe rien lorsque la peinture est sèche, d'où il conclut que, puisque l'eau n'absorbe des vapeurs que lorsque la peinture perd son essence, lorsqu'elle est sèche elle a cessé d'être dangereuse, conformément à sa première conclusion. (*Comm. :* MM. Chevreul, Boussingault, Bernard.)

M. *Billiard* (de Corbigny) envoie une addition à sa précédente communication *Sur un procédé pour isoler l'albumine colorée contenue dans le globule veineux.* (*Comm. :* M. Pelouze.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Note sur un appareil destiné à pulvériser les liquides médicamenteux qu'on veut porter dans l'arrière-gorge ou le larynx*, par M. *Fournié.* — L'auteur donne la description de cet appareil, indique la manière de s'en servir, et ajoute :

Cet appareil trouve une application salutaire dans les affections variées du larynx, dans les angines, dans l'hypertrophie des amygdales, etc. Dans mes observations, j'ai remarqué que l'action des médicaments était singulièrement favorisée par le choc de l'eau pulvérisée sur les parties malades.

COMITÉ SECRET. — M. *Milne Edwards* présente, au nom de la section d'anatomie et de zoologie, la liste suivante de candidats pour la place de correspondant laissée vacante par le décès de M. *Rathke.*

En première ligne : M. *Purkinje*, à Breslau.

En deuxième ligne, par ordre alphabétique : M. *Dana*, à New-Haven (États-Unis); M. *Delle Chiaje*, à Naples; M. *Siebold*, à Munich; M. *van Beneden*, à Louvain.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1864. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### *Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un arrêté en date du 16 juillet courant, par lequel, sur la proposition de l'Académie, M. *Jules Bouis* est nommé chef des travaux chimiques en remplacement de M. *Henry* fils, démissionnaire.

2° M. le ministre de l'agriculture envoie les rapports sur le service médical des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur *Cisseville;* de Silvanès (Aveyron), par M. le docteur *Calvet;* du Vernet (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Piglowski.* (*Commission des eaux minérales.*)

### *Lectures.*

M. *Lecanu* donne lecture du discours qu'il a prononcé à la cérémonie d'inauguration de la statue de Thenard, à Sens.

---

de l'or pour que l'on y discute sérieusement la question de savoir si un journal de médecine peut sans *puffing* accepter l'échange avec les « *non professionnal publications.* » Le SAN-FRANCISCO MEDICAL PRESS est d'avis que ces échanges doivent être considérés comme purement commerciaux; toutefois il se conformera à la règle, s'il y a quelque règle en cette matière. Il paraît qu'en Californie ces échanges sont considérés comme un moyen d'obtenir çà et là des citations dans les journaux politiques, et d'augmenter de la sorte la publicité du journal de médecine; que dirait notre confrère s'il connaissait toutes les ruses des annonceurs parisiens, et s'il voyait reproduit à la quatrième page des annonces qui débutent par : « On lit dans tel et tel journal de médecine.... »

— Le même journal nous apprend qu'il y a des médecins *of considerable prominence* qui emploient régulièrement des bateaux à vapeur payés au mois pour s'assurer des malades, de la même manière que les hôtels ont des omnibus pour courir après les voyageurs. Ces bateaux à vapeur (*steamboats runners*) se promènent sans doute au milieu du Sacramento, portant au grand mât un pavillon avec les armes du docteur *Somebody.* Point n'est besoin de dire que notre confrère blâme avec énergie cette réclame à la vapeur. « Que vaut la réputation pour un médecin à l'*âme grande*, dit-il en terminant, si elle ne repose pas sur la bonne opinion et la confiance de ses confrères, qui seuls sont aptes à juger ses mérites? » Cette réputation vaut des dollars, et les dollars amènent l'estime et la considération. *O Medical Press!*

— Les journaux du Sud américain sont pleins de patriotisme esclavagiste et médical; ils nous apprennent que la majorité des professeurs de l'*Atlanta Medical College* prendra les armes aussitôt que la session médicale sera close. Le nombre des étudiants est encore plus considérable qu'il n'a été les années précédentes, et cependant un nombre non moins considérable a pris les armes; comment arranger cela? Voici : le nombre total eût été incommensurable si l'État n'eût été troublé!

ALIQUIS *frères.*

M. *le Président* remercie M. Lecanu d'avoir bien voulu représenter l'Académie à cette solennité et d'avoir exprimé si fidèlement et dans un si beau langage les sentiments de la Compagnie envers l'illustre défunt.

M. *Bally* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Dumont* (de Monteux), intitulé : *Testament médical*.

« Ce travail, dit le rapporteur, est un mélange d'observations médicales, de littérature et de citations souvent étrangères à la médecine. Le titre *Confession* serait plus convenable, car il semble calqué sur les modèles de l'évêque d'Hippone et de J.-J. Rousseau, différant néanmoins du premier en ce qu'il ne s'élève point dans les sublimités ascétiques, et du dernier en ce qu'il n'a point à se reprocher la flétrissure des êtres qui l'ont aimé et comblé de bienfaits. »

Un des traits les plus remarquables du manuscrit de M. Dumont est la relation complète de sa maladie, « affection nerveuse spéciale qui, durant près de trente ans, fit de sa vie une torture sans fin, soit avec son *moi*, soit avec le *monde extérieur*. Il avoue luimême quelque part qu'il s'est fait une existence *chauffée à rouge*. » MM. Rostan et Baillarger, Moreau (de Tours) et Cerise ont caractérisé cette longue maladie par la phrase suivante : *une excessive faiblesse du système nerveux, s'exprimant par une extrême sensibilité morale et physique*.

« L'œuvre de M. Dumont, dit en terminant M. Bally, est, sous bien des rapports, science, littérature et art médical, une œuvre fort importante. Elle est remarquable sous le point de vue de la sémiologie, parce qu'il est, dans les maladies nerveuses surtout, des phénomènes obscurs, des sensations vagues qu'un médecin seul, lorsqu'il les éprouve, peut parfaitement interpréter.

» J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le docteur Dumont que son travail lui paraît aussi important qu'utile dans tout ce qui a quelque rapport avec les sciences médicales, et qu'elle le remercie de son intéressante communication. » (*Adopté*.)

M. *Rufz* présente à l'Académie la *reine des fourmis*. C'est une femme qui fait profession d'amasser des œufs de fourmis pour les animaux qui s'en nourrissent, tels que les faisans, les perdreaux. Cette femme, dit M. Rufz, est atteinte d'une maladie de la peau qui présente localement quelque analogie avec la pellagre ; une éruption particulière, due peut-être à l'action de l'acide formique, existe aux mains et aux avant-bras, et le membre inférieur droit offre un commencement de paralysie. MM. les membres de l'Académie sont invités à passer dans la bibliothèque pour examiner cette femme.

*Discussion sur la morve.*

M. *Bouillaud* reprend la suite de son argumentation.

J'ai été surpris, dit-il, que nous ne soyons pas encore parvenus à nous entendre sur les points capitaux de la question, malgré les beaux discours qui ont été prononcés depuis l'origine du débat.

Pourtant, il est un point sur lequel tout le monde s'accorde, c'est que la morve est une maladie générale, infectieuse, virulente, spécifique, contagieuse, résultant d'une altération particulière du sang. Étant donnés ces éléments, il semblerait que tous les autres s'ensuivent, et qu'on doit s'entendre sur les détails comme sur l'ensemble. Comment donc se fait-il qu'une discussion s'élève maintenant sur les causes de la morve, et que les quelques paroles que j'ai prononcées dans la dernière séance aient produit une véritable émotion sur le banc des vétérinaires? J'ai admis, comme M. Guérin, que la morve ne reconnaissait qu'une cause unique, une seule cause génératrice, une cause mère, le *virus*.

On objecte que, dans certains cas, la morve se développe sur des individus non contagionnés. L'objection est grave. Aussi dirai-je qu'ici nous touchons au mystère de la maladie, *deo ignoto;* et cette objection, malgré son importance, n'est pas de nature à ébranler mes convictions. Je combats surtout cette doctrine, à savoir qu'une maladie extraordinaire, virulente, spécifique, contagieuse, puisse se développer sous l'influence des causes ordinaires, de la fatigue, d'une alimentation insuffisante, d'une aération imparfaite, de conditions hygiéniques défectueuses. Je ne demanderais pas mieux que de me laisser convaincre à cet égard ; mais j'attends encore une démonstration formelle. Je n'admettrai pas davantage l'influence étiologique des longues suppurations et du catarrhe chronique, sur lesquels M. Renauld a insisté dans la dernière séance.

Faisons un peu de logique. Je pose le dilemme suivant : ou vous continuez à admettre que la morve constitue une maladie spécifique, ayant son individualité propre, et alors vous êtes forcés d'admettre l'unicité de cause ; — ou bien vous rejetez l'unicité de cause, et alors il faut que vous rejetiez aussi l'unicité de la maladie. Il n'y a pas de milieu : il faut absolument que vous optiez entre les deux termes de ce dilemme.

On peut me répondre que je suis incompétent. En médecine vétérinaire, c'est possible ; mais n'avons-nous pas aussi une morve humaine? Or, là-dessus il n'existe aucune dissension parmi les médecins : nous sommes tous unanimes à admettre que la morve ou le farcin chez l'homme ne se développe que sous l'influence d'une cause unique, la *contagion*. J'ai été heureux de rencontrer une adhésion parmi les vétérinaires : M. Lainé m'a adressé une lettre dans laquelle il exprime des opinions analogues aux miennes. Nous sommes donc trois, M. Guérin, M. Lainé et moi, qui admettons les principes que je viens d'exposer touchant l'étiologie de la morve.

Il n'y a donc pas de morve sans principe morveux, sans virus, sans ferment morveux. Je crois qu'on sera bien embarrassé pour prouver le contraire.

J'arrive au diagnostic. Je ne veux parler que du diagnostic de la morve humaine. C'est chose extraordinaire que les nombreuses erreurs qui ont été commises depuis le commencement de ce siècle, à propos de cette affection. Toutefois on n'est pas surpris de ces erreurs quand on songe aux éléments morbides si divers, si variés, qui caractérisent la morve chez l'homme. Les premiers observateurs ont souvent confondu la morve à son début avec la fièvre typhoïde ; et quoi de surprenant, puisque les deux maladies procèdent d'un principe septique et présentent souvent des phénomènes adynamiques analogues? Dans ces cas difficiles, l'éruption caractéristique de la morve, l'étude *des antécédents et des commémoratifs*, peuvent seuls mettre sur la voie de la lésion.

Un mot sur le traitement. Ici je me déclare entièrement incompétent. Néanmoins, encore sur ce point, j'abonde dans le sens de M. Guérin : je crois qu'il est nécessaire de chercher à bien fixer, à bien déterminer les cas dans lesquels la morve est susceptible de guérison, et de les distinguer clairement de ceux où cette affection est réfractaire à tout traitement et fatalement mortelle. M. Bouley a formulé une doctrine qui me paraît par trop héroïque, en disant que le seul moyen radical d'empêcher la morve de se développer était d'abattre les chevaux morveux. Je suis de son avis pour les chevaux vraiment morveux ; mais il a étendu son arrêt de mort aux chevaux suspects, aux chevaux présumés morveux. En vérité, ce dernier point de la doctrine de M. Bouley me paraît contestable et peut-être exorbitant.

M. Guérin croit avoir trouvé un moyen de guérir la morve. Je ne partage pas la confiance de notre collègue dans le remède qu'il a proposé. La morve est une maladie toxique, infectieuse, virulente. Elle réclame donc un contre-poison, un antidote, une sorte de remède spécifique, comme la maladie elle-même. Il faudrait trouver un virus qui neutralisât le virus morveux, de la même manière que le cowpox neutralise les effets du virus varioleux.

Nous n'avons rien dit du mot *morve*. C'est un vilain mot. Ne pourrait-on pas le remplacer?

M. *Bouley*. Remplacez-le par le mot *hippiose*.

M. *Bouillaud*. Ah ! je le reconnais, celui-là ; mais je voudrais qu'on en trouvât un plus heureux, et qui s'appliquât aussi bien à la morve de l'homme qu'à celle du cheval. Il faut que nous fassions intervenir le mot *morve* dans tous les éléments de la maladie, dans toutes les variétés de sa manifestation, dans les phénomènes généraux comme dans les signes locaux. Sans cela on s'expose à une terminologie défectueuse, propre à engendrer dans la nosologie des affections morveuses, la regrettable confusion signalée par M. Guérin. Je voudrais donc qu'on adoptât un radical unique pour dési-

guer les différentes manifestations d'une maladie, diverse dans ses symptômes, mais unique dans son essence et dans sa cause.

M. *Robin*. Pour les physiologistes, c'est une grave erreur que de confondre les *poisons*, les *virus* et les *venins*.

M. *Bouillaud*. Je ne les confonds pas en nosologie. J'ai pu les confondre dans le langage; mais je ne les confonds nullement en pratique.

M. *Robin*. Les virus, les venins et les poisons sont essentiellement distincts. Le virus est une altération d'un élément anatomique, soit solide, soit liquide, des substances organiques ou coagulables spécialement; il est inséparable de la substance qui le porte. Le sang, la salive, les mucus, le tissu musculaire, peuvent devenir virulents, c'est-à-dire subir certaines modifications, certaines altérations moléculaires de l'ordre de celles que les chimistes ont appelées catalytiques. Ces altérations peuvent se produire sous l'influence de causes très variées : causes hygiéniques, causes pathologiques, etc. Voilà ce qui caractérise essentiellement les virus et les distingue des venins et des poisons. Ces distinctions ont été établies, d'ailleurs, aux articles VIRUS, VENIN, HÉRÉDITÉ, etc., du DICTIONNAIRE DE NYSTEN.

M. *le Président* annonce que, mardi prochain, l'Académie se réunira en *comité secret*, après la lecture de la correspondance, pour entendre le rapport de la section de pharmacie sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES OPÉRÉES PAR LE PROCÉDÉ AMÉRICAIN. — DE L'HYDROPISIE DANS L'ARTHRITE DITE ARTHRITE SÈCHE. — GANGRÈNE PAR OBLITÉRATION ARTÉRIELLE.

M. *Foucher* a raconté sommairement trois opérations de fistules vésico-vaginales qu'il a pratiquées par le procédé américain.

La première malade qu'il a opérée avait deux fistules qui dataient de plus de quatre ans. Une première opération eut pour résultat de fermer complétement la fistule postérieure, pour laquelle dix points de suture avaient été nécessaires. La fistule antérieure avait persisté, mais avec une moindre étendue. Une seconde opération fut faite pour fermer cette fistule. Elle réussit complétement. Dans ces deux opérations, il faut noter que les fils métalliques, qui généralement actionnent moins aisément les tissus, avaient coupé les lèvres de la plaie vers le dixième jour : circonstance qui du reste n'a pas empêché la réunion.

L'autre malade opérée par M. Foucher a été guérie dès la première opération; mais elle a présenté des phénomènes qui ont donné un moment quelque inquiétude. Lorsque la réunion parut assurée et qu'on permit à la malade de se lever, elle se plaignit de perdre ses urines comme par le passé. Cependant des injections colorées, poussées dans la vessie, ne faisaient découvrir aucun vestige de la fistule. On s'assura qu'en comprimant l'orifice uréthral pendant que la vessie était pleine, on arrêtait l'écoulement de l'urine, qui s'échappait dès que la compression était levée. Il s'agissait donc d'une incontinence d'urine due sans doute à l'obligation où l'on avait été de maintenir une sonde à demeure dans la vessie jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. M. Gosselin, dans le service duquel se trouvait la malade, crut que des cautérisations avec le nitrate d'argent, faites profondément dans l'urèthre, pourraient redonner à ce canal et au col de la vessie un peu de contractilité. Il fit, à six ou sept jours d'intervalle, quatre cautérisations. Après chaque cautérisation, la malade retenait un peu mieux ses urines, et après la quatrième elle était guérie. Il était survenu cependant, après ces deux dernières cautérisations, des accidents inflammatoires qui avaient amené de la rétention et forcé de placer une sonde dans la vessie; mais ces accidents ont été tous passagers.

— M. *Dolbeau* a donné lecture d'un travail sur une variété particulière d'arthrite sèche. Cette affection, à l'étude de laquelle les recherches de MM. Deville, Cruveilhier et Broca ont fait faire tant de progrès dans ces dernières années, est bien loin de porter un nom irréprochable; car c'est précisément de l'hydropisie qui s'observe parfois dans cette arthrite dite sèche que M. Dolbeau s'est occupé dans son mémoire. Cette hydropisie a été fréquemment observée, mais on était dans l'habitude de la rapporter à la présence d'un corps étranger. On en faisait par conséquent une complication accidentelle, un épiphénomène, tandis que M. Dolbeau la considère comme une des expressions symptomatiques de la diathèse, sous l'influence de laquelle les arthrites sèches se produisent.

L'hydarthrose peut s'observer en effet dans des articulations qui présentent toutes les altérations caractéristiques de l'arthrite sèche, sans que ces articulations contiennent de corps étranger. Ces hydarthroses, qui se distinguent des hydarthroses simples par les lésions articulaires spéciales qui les accompagnent, ne sont pas plus difficiles à distinguer des épanchements qui compliquent parfois les tumeurs blanches On ne les a pas vues formées par un liquide purulent. C'est un liquide onctueux et rougeâtre qui les constitue; ce liquide s'accumule en abondance, et peut même, ainsi que M. Dolbeau l'a observé dans les trois cas qu'il a rapportés, rompre la synoviale et fuser loin de l'articulation.

M. Dolbeau a vu de ces épanchements qui, après avoir rompu la synoviale du genou, étaient descendus en bas jusque sur les côtés du tendon d'Achille, et avaient remonté en haut jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

On eut la preuve, chez les malades de M. Dolbeau, que le liquide du pourtour des malléoles communiquait bien réellement avec le liquide épanché dans le genou, car les ponctions à la partie inférieure de la jambe ont désempli l'articulation. Un des malades a même été ponctionné six fois; chaque ponction a été suivie d'une injection iodée, mais il n'en est résulté aucune amélioration.

Les douleurs qui accompagnent les arthrites *sèches* avec épanchement sont faibles ou presque nulles. La peau est intacte, et n'offre aucun changement de coloration; la fluctuation est des plus franches, soit au niveau de la jointure, qui est souvent énorme, soit au niveau des points où le liquide articulaire s'est répandu, après avoir rompu la synoviale. Le palper peut faire reconnaître quelques inégalités dues à la présence des végétations osseuses périphériques, qui sont si communes dans les arthrites sèches. Il n'y a pas d'accidents généraux, pas d'altération de la constitution par le fait des lésions locales. En général, les malades ne sont pas jeunes, et dans une ou plusieurs autres jointures on sent des craquements durs, ou on constate quelque déformation. Tels sont, en résumé, les caractères auxquels on reconnaîtra cette variété d'hydarthrose, qui, comme on le voit, se distinguera assez aisément des tumeurs blanches.

Le traitement est nul ou à peu près nul. M. Dolbeau croit que l'amputation est indiquée dans quelques cas, et qu'elle aurait, en raison du peu de réaction générale déterminée par cette affection, beaucoup plus de chances de succès qne l'amputation pratiquée pour des tumeurs blanches.

— M. *Broca* a présenté des artères oblitérées par des caillots fibrineux, recueillies sur un sujet mort d'une gangrène de la jambe. Le malade avait soixante et un ans; il était paralysé des quatre membres depuis 1829. La gangrène commença par le cinquième orteil du pied gauche. Les artères de ce membre furent explorées. On ne trouva de battements nulle part. Du côté du membre sain, l'exploration eut le même résultat. Il est vrai que les artères fémorales auraient pu n'être pas facilement senties, même si elles eussent été perméables, car l'attitude bizarre du malade aurait pu les déplacer un peu et les soustraire à l'exploration. Les cuisses, en effet, étaient fléchies en même temps que fortement portées dans l'abduction; les genoux étaient extrêmement écartés, les talons touchaient aux fesses.

M. Broca a examiné comparativement la température des membres inférieurs. Du côté gauche (côté de la gangrène), la température, sous le jarret, était de 36° 1/2, tandis qu'à droite elle n'était que de 33°. Au pli de l'aine, la différence était moindre; mais elle était encore à l'avantage du côté malade. Derrière la malléole interne, la température était, à gauche, de 28°,3; à droite, de 28°,6. Il y avait donc en ce point une différence de trois dixièmes de degré en faveur du côté sain.

Le membre malade était, en définitive, beaucoup plus chaud que l'autre, du pli de l'aine au mollet, tandis qu'au-dessous il était un peu plus froid. Lorsque la gangrène eut fait des progrès et eut gagné l'extrémité inférieure de la jambe, la température s'abaissa notablement. Le malade succomba aux progrès de la gangrène.

A l'autopsie, on trouva la moelle ramollie entièrement dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Cette lésion, si elle expliquait la paralysie, ne rendait pas compte de la persistance de la sensibilité dans les membres paralysés. Les muscles, quoique ayant subi complétement la transformation graisseuse, avaient conservé leur forme et leur volume. On trouva enchevêtré dans les colonnes charnues du cœur gauche un caillot dont l'aspect, la composition et la consistance indiquaient clairement qu'il n'avait pas été formé aux approches de la mort. Un caillot semblable se trouvait à la bifurcation de l'aorte et se prolongeait dans les deux artères iliaques primitives. L'artère iliaque interne du côté droit était oblitérée. L'iliaque externe était demeurée perméable. A gauche, les deux artères iliaques interne et externe étaient oblitérées, et l'artère iliaque externe l'était jusqu'à l'origine de l'épigastrique. Enfin il y avait à gauche une autre oblitération au niveau de la partie moyenne de l'artère poplitée. C'est par cette oblitération de l'artère poplitée que s'explique la gangrène, car elle constituait un nouvel obstacle à l'arrivée du sang jusqu'à l'extrémité du membre inférieur. Après avoir franchi le premier obstacle constitué par l'obstruction de l'artère iliaque externe, le sang avait encore à dilater des collatérales au niveau du jarret pour arriver à la jambe. C'est cette dilatation des collatérales et des artérioles cutanées qui explique l'élévation de la température dans le jarret du côté de la gangrène.

Ce fait plaide, selon M. Broca, en faveur de la méthode d'Anel, quand il s'agit de traiter par la ligature un anévrysme de l'artère poplitée. Par cette méthode, on évitera bien plus sûrement la gangrène que par la méthode de Scarpa, qui détermine forcément deux oblitérations superposées, une au niveau de la ligature de la fémorale, une autre au niveau du sac anévrysmal. On a vu chez le malade dont il s'agit les conséquences de cette double oblitération.

Ce cas doit être considéré comme une obstruction artérielle par *embolie*, mot nouveau qui désigne une chose très anciennement connue, et que, pour sa part, M. Broca, dès 1849, a signalée à la Société anatomique à propos d'un fait dans lequel l'oblitération de l'aorte au niveau de sa bifurcation était évidemment due à un caillot venu du cœur, ou dont le noyau du moins s'était formé dans le cœur gauche.

D^r^ P. CHATILLON.

### Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. NATALIS GUILLOT.

DE LA VACCINATION DES NOUVEAU-NÉS. — HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE.

M. *Barthez* pose à la Société la question suivante : Est-il convenable de vacciner les enfants dans les premiers jours après la naissance? Cette pratique a déjà été blâmée par M. Bousquet, par Baron, par M. Natalis Guillot, comme pouvant amener des résultats funestes. M. Danyau lui reproche de donner lieu à des complications d'érysipèles; pourtant elle est encore aujourd'hui suivie dans plusieurs hôpitaux. M. Barthez, dans son service de vérification des décès, a vu plusieurs fois des cadavres de nouveau-nés portant les traces d'une vaccination récente, et a entendu les récriminations des parents qui attribuaient à cette opération prématurée la mort de leurs enfants. Dans deux cas, il a cru devoir signaler à l'autorité préfectorale les inconvénients d'une pratique qu'il considère comme fâcheuse. Peut-être les nouveau-nés qui sont vaccinés dans les hôpitaux n'y restent-ils pas assez longtemps pour que les médecins soient témoins des accidents qui peuvent se produire consécutivement. M. Barthez avoue, du reste, que les faits qu'il a rencontrés sont incomplets, et que, n'ayant pas suivi par lui-même la maladie à laquelle les jeunes sujets avaient succombé, il a dû s'en rapporter au dire des parents; en admettant l'influence fâcheuse de la vaccine, il faudrait aussi examiner si les chances de mort par la variole ne la compensent pas. La question toutefois mérite d'être examinée, et c'est pour cela que M. Barthez croit devoir appeler sur ce sujet l'attention de la Société.

M. *Legroux* déclare qu'il est un des médecins auxquels M. Barthez a fait allusion, et que depuis plusieurs années il pratique la vaccination de tous les nouveau-nés de son service quelques jours, souvent même le premier jour après la naissance. Il s'y est résolu en présence des cas nombreux, signalés depuis longtemps par l'administration, d'enfants qui, sortant des hôpitaux d'accouchement pour entrer à la crèche, y apportaient des germes de variole. Les pustules produites par la vaccination des nouveau-nés sont très larges, entourées d'une vive auréole inflammatoire, qu'il faut souvent combattre par des cataplasmes, surtout si les piqûres ne sont pas très espacées. Il arrive alors souvent que, sous l'influence des cataplasmes on des corps humides, il se produise une ulcération assez profonde et lente à guérir. Aussi M. Legroux a renoncé complétement à faire plusieurs piqûres à un même membre, et il se borne à une seule piqûre. Depuis cette modification, M. Legroux n'a jamais eu d'accidents. La vaccine se développe régulièrement, mais avec une marche plus lente; au quinzième jour, les pustules ont encore été inoculables. Il est important, pendant ce temps, que l'enfant soit allaité par la mère.

M. *Barthez* remarque que, d'après les faits rapportés par M. Legroux, la vaccine produit chez les nouveau-nés des pustules plus larges qu'à un âge plus avancé, que la maladie est donc plus grave, et qu'il y aurait avantage à la retarder, s'il était possible. On sait d'ailleurs à quel point les *enfants déjà malades sont aptes* à contracter une succession de nouvelles maladies. C'est donc mettre l'enfant dans des conditions mauvaises que de pratiquer la vaccination à une époque prématurée.

M. *Legroux* voudrait que la question fût jugée par des faits, et non par des raisonnements. Si la pustule subsiste encore au quinzième jour, à cette époque les accidents inflammatoires ont disparu depuis longtemps. Il ne faut pas attribuer à la vaccine les résultats qui ne sont souvent dus qu'à l'incurie des mères, à leur sortie de l'hôpital, et surtout au défaut d'allaitement. On ne sait que trop combien il est difficile de les astreindre à allaiter leur nourrisson, et à veiller aux soins de propreté, même pendant leur séjour à l'hôpital, sous la surveillance des religieuses. M. Legroux s'abstient d'ailleurs d'opérer toutes les fois qu'il y a quelque contre-indication, soit dans la santé de l'enfant, soit dans la constitution médicale régnante. Mais il importe d'autant plus de vacciner les enfants nés dans les hôpitaux que la plupart sont ordinairement livrés, dès leur sortie, à des nourrices qui négligeront trop souvent de les faire vacciner. L'administration elle-même avait fait, il y a quelques années, des recommandations pressantes à ce sujet.

M. *Béhier* a l'habitude de vacciner aussi tous les enfants nouveau-nés de son service; il les garde quelquefois jusqu'à deux mois, et il n'a jamais vu survenir d'accidents; par contre, il a vu, chez des enfants non vaccinés, ces érysipèles des fesses, avec pustules, dont l'issue funeste est attribuée, par des parents ignorants, à la vaccine, mais qui ne proviennent que du manque de soins. M. Béhier regrette que M. Barthez ait cru devoir signaler les faits qu'il a rencontrés à l'autorité administrative, au lieu d'en saisir le corps médical. La vaccine est loin d'avoir en France l'autorité qu'elle a en Angleterre, et il faut se garder de tout ce qui pourrait ressembler à une attaque contre elle.

M. *Barthez* n'a formulé aucune accusation contre la vaccine; il croit au contraire que des opérations prématurées sont de nature à entretenir des préventions contre elle.

M. *Blache* a pratiqué la vaccination des nouveau-nés pendant plusieurs années à l'hôpital Cochin. Il a eu souvent des accidents, tels que l'induration de la base des pustules, leur ulcération dont la guérison n'exigeait pas moins de quinze jours à trois semaines, des érysipèles dangereux surtout dans les circonstances épidémiques ; au contraire, il n'a jamais observé ces accidents sur des enfants plus âgés. Sur l'avis de M. Bousquet, il a renoncé absolument à vacciner les enfants avant la fin du deuxième mois. La variole est d'ailleurs rare à cette période de la vie. Il ne partage pas les inquiétudes de M. Béhier au sujet de la vaccine à laquelle en France, l'administration est loin d'être défavorable. Sur une demande de M. Legroux, M. Blache ajoute que dans les cas fâcheux, on avait, en effet, pratiqué plusieurs piqûres, mais que c'est là l'habitude de la plupart des vaccinateurs.

M. *Hervieux* signale un autre inconvénient des vaccinations prématurées, qui deviennent, selon lui, une cause nouvelle de mortalité, à l'hôpital des Enfants assistés. Lorsque ces enfants ont été envoyés en province avec des pustules vaccinales, l'administration a reçu des plaintes des sous-inspecteurs. Elle a donc pris l'habitude de retenir à la crèche les enfants vaccinés jusqu'à ce que la pustule ait terminé son évolution : or, pendant ce temps l'enfant reste exposé aux conditions de mortalité de l'hospice, et au manque d'allaitement. M. Hervieux a vu d'ailleurs beaucoup d'érysipèles consécutifs à la vaccination, et croit que cette opération elle-même peut sans aucune complication, produire un état de langueur funeste chez les enfants. La variole est du reste très rare à la crèche.

M. *Simonet* fait observer qu'il existe à la préfecture des tables de statistique, et qu'il serait nécessaire de vérifier préalablement la part proportionnelle des causes si nombreuses de décès chez les nouveau-nés, avant d'accuser la vaccine de ce qui n'est peut-être le fait que des conditions de la mortalité du premier âge.

M. *Legroux*, appelant les faits de sa pratique, pense que la mortalité de l'hospice des Enfants assistés tient aux mauvaises conditions hygiéniques de cet hospice.

M. le *Président* propose de mettre la question à l'étude et nomme une commission qui sera chargé de la suivre.

M. *Mesnet* présente une pièce anatomique intéressante. C'est un cas d'hémorrhagie de la protubérance. Le symptôme dominant a été la suspension des mouvements respiratoires et leur abolition graduelle. L'anéantissement de l'intelligence était complet, mais la sensibilité générale n'était qu'engourdie. La circulation a conservé une régularité remarquable, les mouvements et les bruits du cœur ont été perçus encore pendant sept minutes après la dernière expiration. Le foyer hémorrhagique ne siégeait pas au point signalé par M. Flourens sous le nom de *nœud vital*, mais plus haut, sur la partie moyenne de la protubérance. M. *Gubler* rappelle à cette occasion les vivisections de M. Brown-Séquard, rapportées dans la thèse de M. Coste (Paris, 1853), dans lesquelles les mouvements respiratoires diminuaient à mesure que les sections pratiquées de haut en bas se rapprochaient de la protubérance.

Dr E. Isambert.

---

**Société Anatomique.**

Nomination du bureau de la Société anatomique pour l'année 1861.

| | |
|---|---|
| Vice-présidents. . . . | MM. Millard et Genouville. |
| Secrétaire. . . . . . | Besnier. |
| Vice-secrétaire. . . . | Ed. Simon. |
| Archiviste. . . . . . | Poumet. |
| Trésorier.. . . . . . | Parmentier. |

---

IV

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales), climatologie, maladies endémiques,** par M. le docteur A.-F. Dutroulau, premier médecin en chef de la marine en retraite. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1861.

Nous avons déjà rendu compte, il y a deux ans, des monographies intéressantes publiées par M. Dutroulau sur les maladies des régions intertropicales (1), et nous exprimions le vœu, en terminant notre analyse, de voir bientôt notre savant confrère relier en un corps d'ouvrage ces matériaux auxquels il ne manquait qu'un lien et quelques additions de peu d'importance pour constituer un excellent traité des maladies des pays chauds. Notre souhait est maintenant exaucé, et l'auteur vient de doter la science d'un des meilleurs ouvrages qui soient sortis de la plume des médecins de la marine.

Il est pour les livres de médecine, comme pour toutes les œuvres de l'intelligence, un moment d'opportunité qu'il importe de saisir. Cet élément de succès est assuré à celui dont nous entreprenons l'analyse ; il est appelé à combler une lacune dans la littérature médicale. Les ouvrages de Dazille, de Bajon, de Pouppé-Desportes, de Poissonnier-Desperrières, de John Hunter, de Mosely, ne sont plus de notre siècle ; ceux de Lind lui-même, si remarquables pour leur époque et qu'on relit avec tant de plaisir lorsqu'on a déjà une expérience acquise, ne sauraient suffire à ceux qui n'en ont pas encore et ne peuvent être utiles aux débutants. Les publications nombreuses dont les maladies des pays chauds ont été l'objet depuis une trentaine d'années sont dans le même cas. Elles n'envisagent en général qu'un des côtés de cette pathologie spéciale : les unes sont des monographies relatives à un groupe spécial d'affections ou à quelque maladie en particulier ; les autres sont des topographies médicales qui n'embrassent qu'une contrée, qui souvent même se bornent à l'étude d'une seule localité. Les travaux des médecins de l'Algérie, malgré leur importance et les incontestables services qu'ils ont rendus à la science, appartiennent à cette dernière catégorie. L'Algérie, comme le fait observer M. Dutroulau, n'est qu'une étape sur la route des pays chauds. Elle se ressent encore du voisinage de l'Europe ; les ardeurs de son climat sont tempérées par les brises de la Méditerranée ; elle est préservée par l'Atlas contre le vent du désert, et tout le monde vante le charme de son printemps, à la faveur duquel l'organisme se repose et reprend des forces pour lutter contre la mauvaise saison. Les régions équatoriales ne connaissent pas de pareilles compensations. Il suffit de franchir le Sahara pour retrouver dans la plus voisine de nos colonies, à la côte du Sénégal, des chaleurs implacables, des variations de température inouïes, d'immenses marais alimentés par les débordements de ses grands fleuves, des endémies en rapport avec de pareilles causes, une insalubrité dont elles donnent la mesure.

La littérature médicale étrangère n'est pas plus riche que la nôtre. Les Anglais ont beaucoup écrit sur les maladies des Antilles, et surtout sur celles de l'Inde. On trouve dans leurs livres des renseignements pleins d'intérêt sur une foule de sujets qu'ils sont à même de bien observer ; mais ce ne sont pas là des ouvrages classiques, il faut être profondément versé dans l'étude des maladies coloniales pour pouvoir en tirer quelque profit. Une physiologie pathologique qu'on ne sait ni à quelle école ni à quelle époque rapporter, une nosologie qui n'est pas la nôtre, une thérapeutique que nous ne pouvons pas comprendre, en rendent l'étude inabordable pour les débutants, et c'est surtout pour ceux-là que les livres sont écrits. Il faut, toutefois, faire une exception en faveur de celui de Morehead (*Clinical Researches on Disease of India*). Il ne ressemble en rien aux productions de ses compatriotes. Son beau travail se recommande par une sévérité d'obser-

(1) Voir l'*Union médicale*, 1859, t. III, n° 84, p. 105.

vation, par une richesse, par une abondance de faits qui rappelle, pour le fond comme pour la forme, la méthode sévère et même un peu aride de l'école française à laquelle Louis a attaché son nom. Parmi nos compatriotes, Thévenot est le seul dont l'ouvrage se rapproche de celui de M. Dutroulau; mais il s'est surtout occupé des maladies du Sénégal, et, dans ce livre justement estimé, la climatologie et la statistique tiennent beaucoup de place; mais la pathologie n'en occupe pas assez.

Un *Traité des maladies des Européens* en rapport avec les connaissances de notre époque, écrit à un point de vue pratique et capable de servir de guide aux jeunes confrères qui se trouvent aux prises pour la première fois avec de pareils ennemis, manquait donc à la science : aussi celui de M. Dutroulau a-t-il été accueilli avec une rare faveur par les médecins de la marine, que ce sujet intéresse d'une manière toute spéciale, et auxquels l'auteur, en disant adieu à la carrière navale, l'a légué comme un gage de sympathie et comme un témoignage d'affection.

En abordant un sujet aussi vaste, le premier soin de M. Dutroulau a été de le bien circonscrire. Il a suivi l'exemple de Lind et de Thévenot, et, laissant de côté les maladies des indigènes, il ne s'est occupé que de celles des Européens, sur lesquelles ses recherches avaient plus particulièrement porté. Son livre est divisé en deux parties : la première est consacrée à la climatologie, la deuxième à l'étude des maladies endémiques. Cette division ressort de la nature même du sujet. Dans les régions intertropicales, l'étiologie acquiert une importance qui frappe tous les regards. Nulle part les effets ne sont plus étroitement liés à leurs causes, nulle part on ne peut suivre cet enchaînement avec plus de rigueur et sur une plus grande échelle. En Europe, les influences pathogéniques sont extrêmement multipliées; elles se font réciproquement équilibre et prédominent tour à tour, au gré des vicissitudes atmosphériques et du retour des saisons. Sous les tropiques, elles se résument en deux faits : une température constamment élevée, les émanations toujours actives d'un sol que la culture n'a pas encore assaini. Le règne pathologique offre le même contraste. Il se simplifie en se rapprochant de l'équateur, et, si les espèces morbides n'y sont ni moins nombreuses ni moins variées qu'en Europe, elles sont dominées par l'importance qu'y acquièrent les maladies endémiques résultant de l'action combinée des miasmes et de la chaleur. La cause et l'effet se touchent; l'étude de l'une doit donc précéder celle de l'autre. Cette nécessité a été sentie par tous les auteurs qui ont abordé ce sujet; mais la plupart d'entre eux se bornent à des considérations générales qui ont sans doute leur importance, mais qui sont devenues tellement banales qu'elles n'apprennent plus rien à personne. M. Dutroulau n'a pas voulu s'en tenir là : il s'est attaché à creuser ces questions ardues et à déterminer le rôle de chacun des éléments étiologiques dans la production de chacune des maladies endémiques en particulier. Il fallait pour cela quitter les sentiers battus de la climatologie générale, aborder l'étude des localités elles-mêmes et entrer résolûment sur le terrain de la topographie. Si l'on parvient un jour à débrouiller le chaos de la pathogénie et à la faire sortir de l'ornière des lieux communs, c'est, nous en sommes profondément convaincu, en marchant dans cette voie. Le jour où la géographie médicale aura terminé son œuvre à peine ébauchée aujourd'hui; lorsqu'elle sera parvenue à édifier sur des bases uniformes, et à l'aide d'observations suffisantes, la topographie du monde entier; quand, sur cette carte ainsi dressée, la pathologie aura tracé les limites géographiques des endémies, le cours et la direction des grandes épidémies qui ont sillonné le globe; quand elle y aura fixé le siége de prédilection, le degré de fréquence et de gravité relatives des affections qui n'ont pas de domaine particulier, ce jour-là la science aura fait un grand pas. Du rapprochement de ces deux ordres de faits surgiront d'elles-mêmes les grandes lois qui nous manquent encore, et la lumière sera faite sur toutes ces questions, qui nous paraissent insolubles parce que nous manquons de documents. Une pareille conception n'est encore qu'à l'état de rêve, et notre époque ne le verra probablement pas se réaliser. Aussi l'auteur n'a-t-il pas songé à étendre ses recherches à la zone torride tout entière; il a borné ses aperçus topographiques à nos possessions coloniales. C'était choisir sans doute un théâtre bien restreint, mais il pouvait y marcher avec une sécurité complète. Il y trouvait de plus l'avantage de fournir aux médecins de la marine, auxquels son livre s'adresse de préférence, d'utiles notions sur les localités qu'ils fréquentent le plus habituellement. Nos colonies d'ailleurs, malgré leur petit nombre et leur peu d'étendue, constituent d'excellents postes d'observation : situées à de grandes distances, sur les points les plus opposés de la zone équatoriale, elles présentent entre elles d'assez grandes différences sous le rapport de la constitution du sol et des conditions atmosphériques pour offrir à l'étude des types suffisamment variés. Leur population européenne provient de la même source; les médecins qui y pratiquent appartiennent au même corps; les statistiques médicales, les observations météorologiques, y sont recueillies d'après un plan uniforme et conformément aux mêmes instructions. Ce sont là d'excellentes conditions pour le genre de recherches que se proposait M. Dutroulau, et il a su en tirer le meilleur parti.

Dans son premier chapitre, il passe en revue, dans autant d'articles séparés, le Sénégal, la Guyane, les Antilles, Mayotte, la Réunion et Taïti. Il ne parle pas de nos comptoirs de l'Inde; mais ils ont si peu d'importance, la population européenne y est si peu nombreuse, qu'il était bien permis de les passer sous silence. La structure et la configuration du sol, les influences météorologiques, le degré de salubrité, la nature des maladies qui y règnent, forment les éléments de cette étude, qui joint à la précision et à la clarté le mérite d'une extrême concision. L'auteur n'a pas cru devoir lui donner plus de développement, parce que pour lui la topographie n'était pas le but, mais le point de départ. C'était le préliminaire obligé des considérations qui font l'objet des trois chapitres suivants. Ceux-ci sont consacrés à l'étude des rapports et des différences qu'offrent entre eux les climats *partiels* précédemment étudiés, aux relations des endémies et des *maladies* non endémiques avec ces mêmes climats. La comparaison de ces éléments divers l'a conduit à des conclusions qui constituent une véritable doctrine, et que nous allons tâcher de résumer.

Les maladies des pays chauds, avons-nous dit, ont leurs sources dans l'atmosphère ou dans les émanations du sol. On peut, par conséquent, les partager en deux groupes : les maladies d'origine météorologique, qu'on retrouve partout sous la zone torride; les maladies d'origine miasmatique, qui ne se rencontrent que dans les localités insalubres. Le second groupe, beaucoup plus important que le premier, comprend toutes les affections endémiques graves. Les variations atmosphériques ne peuvent leur donner naissance. Elles sont beaucoup moins prononcées sous les tropiques que dans nos climats; c'est pendant la saison fraîche qu'elles sont le plus marquées, et c'est cependant la plus salubre. Les navires en station dans les mers équatoriales fournissent à cet égard d'excellents termes de comparaison : tant qu'ils se tiennent au large, ils jouissent de l'état sanitaire le plus satisfaisant, s'ils n'ont pas pris à terre le germe de quelque maladie; à peine ont-ils abordé dans une localité malsaine, qu'ils retombent sous la loi commune et partagent le sort de la population. C'est donc sur la constitution du sol que se règle la salubrité d'une contrée. Les terrains volcaniques, habituellement élevés, sont exempts d'endémies graves; elles sévissent, au contraire, avec intensité dans les plaines basses et noyées que forment les terrains d'alluvion. Ceux-ci sont, en effet, les terres palustres par excellence, et leur végétation primitive, les palétuviers, sont comme le cachet de leur insalubrité.

Nous trouvons dans nos colonies des types nettement accusés de chacun de ces modes de formation. L'île de la Réunion, sortie de l'océan Indien, à la suite de quelque convulsion volcanique est un modèle de salubrité. Les côtes de Madagascar avec leur ceinture de palétuviers, la Guyane cette immense plaine de 280 kilomètres de longueur, dont le niveau dépasse à peine celui de la mer dans ses points les plus élevés, le Sénégal périodiquement inondé par le débordement de ses grands fleuves, sont le théâtre des plus redoutables endémies, des épidémies les plus meurtrières; enfin les Antilles, qui présentent à la fois ces deux constitutions géologiques, sont saines dans l'intérieur, formé par des montagnes

volcaniques, malsaines sur le littoral, qui représente une zone de plaines d'alluvion.

Cette division des maladies tropicales en deux groupes fondés sur l'étiologie se rapproche, comme on le voit, de celle qu'a formulée Félix Jacquot, mais c'est le seul rapport qu'on puisse établir entre sa doctrine et celle de M. Dutroulau. Pour F. Jacquot, toutes les maladies qui ne sont pas de cause climatique, sont de nature palustre. L'influence du sol se traduit par la production d'un miasme toujours identique; l'infection est une, les maladies qu'elle engendre sont toutes des maladies à quinquina. M. Dutroulau s'élève avec force contre cette unité. Les endémies des pays chauds sont toutes à ses yeux des maladies infectieuses, mais elles sont trop dissemblables pour reconnaître un seul et même agent de production. Les miasmes qui les font éclore sont multiples comme elles. La fièvre jaune est une maladie spécifique au premier chef. Son domaine géographique, son mode d'évolution, ses caractères anatomiques, ses symptômes, tout le démontre, tout la sépare des fièvres paludéennes. Le miasme essentiellement maritime qui la produit, ne saurait être le miasme paludéen. La spécificité n'est pas aussi évidente dans la dysenterie et dans l'hépatite, c'est là pour l'auteur une spécificité de second ordre. Elle n'est pas indispensable à leur manifestation, mais elle y intervient à titre d'élément et dans des circonstances particulières.

La première partie du traité des maladies des Européens, dans les pays chauds, se termine par un chapitre consacré à l'acclimatement sous les tropiques. Après avoir passé en revue les différents éléments qui composent la population blanche, les sources qui l'alimentent, son genre de vie et ses habitudes, l'auteur envisage la question de l'acclimatement, sous le triple point de vue de la météorologie, de la pathologie et de l'hygiène. Cette distinction est la déduction pratique des principes que nous avons exposés. Les influences atmosphériques, l'humidité, l'élévation de température ne sont pas, avons-nous dit, des causes d'insalubrité. Les climats chauds salubres le sont d'une manière absolue, sans qu'il y ait besoin de se précautionner contre leur influence, et les Européens peuvent jouir de cette immunité, sans aucune préparation et sous la seule réserve d'une hygiène convenable. On peut se rendre directement à la Réunion ou à Taïti, par exemple, sans avoir traversé des stations intermédiaires, il est donc tout à fait inutile d'échelonner les convois de troupes sur la route des colonies, comme le faisaient autrefois les Anglais. Cette précaution, superflue lorsqu'on les dirige sur des localités salubres, est complétement illusoire lorsqu'elles sont destinées à tenir garnison dans des lieux où règnent les maladies endémo-épidémiques dont nous avons parlé. L'habitation préalable d'un pays sain situé sous la même latitude, ne saurait être une garantie pour celui qui doit vivre dans ces foyers d'infection. On ne peut ni se préserver de leurs atteintes, ni s'y habituer. L'auteur, passant en revue chacune des maladies endémiques de la zone torride, prouve que l'acclimatement n'existe ni pour les fièvres paludéennes qui conduisent fatalement, d'accès en accès, de rechutes en rechutes, à cette terrible cachexie qui en est la dernière et la plus redoutable expression, ni pour la dysenterie, rarement fatale à une première attaque, mais conduisant lentement le malade au tombeau, à travers une série de récidives, lorsqu'elle est passée à l'état chronique et que le malade ne peut s'éloigner du lieu où il l'a contractée. La même règle s'applique à l'hépatite. Il n'y a d'exception que pour la fièvre jaune. A l'encontre des fièvres paludéennes, elles ne frappent en général qu'une fois.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des maladies endémiques. La fièvre paludéenne y occupe de droit la première place. M. Dutroulau passe successivement en revue toutes les expressions de l'intoxication limnémique, depuis l'accès intermittent le plus simple, jusqu'aux formes pernicieuses les plus graves. Il décrit avec un soin minutieux, chacune de ces manifestations redoutables, auxquelles il rattache la fièvre bilieuse hématurique longtemps considérée comme une variété de fièvre jaune. Cette dernière affection qu'il sépare complétement du groupe précédent fait l'objet du deuxième chapitre; les trois suivants sont consacrés à la dysenterie, à l'hépatite et à la colique sèche. Nous regrettons vivement de ne pouvoir suivre l'auteur dans cette partie de son travail, mais des études de cette importance ne peuvent être appréciées en quelques lignes, et une analyse un peu détaillée nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous ne pourrions que reproduire du reste ce que nous avons dit, il y a deux ans, et nous préférons renvoyer le lecteur au livre lui-même, en nous bornant à une dernière remarque qui s'applique plutôt au plan d'après lequel il a été conçu qu'à la manière dont il a été conduit. La seconde partie du *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* est si remarquable sous tous les rapports, qu'on ne peut s'empêcher de regretter qu'il n'y en ait pas une troisième et que l'auteur ait borné ses études cliniques à ce groupe d'affections. Ce sont, sans doute, les plus communes et les plus graves, puisque, d'après les relevés statistiques elles représentent à elles seules, les deux tiers des entrées et les trois quarts des décès de nos hôpitaux, mais d'une part le personnel qu'on y reçoit ne représente pas la population européenne tout entière, puisqu'on n'y voit ni femmes ni enfants, et de l'autre, il est des affections qui, pour être moins fréquentes et moins meurtrières, n'en méritent pas moins l'attention du médecin. La bronchite et la phthisie ont également droit de figurer dans un traité des maladies de poitrine et dans un livre consacré à celle des pays chauds; on pourrait trouver une place pour les affections étrangères au climat, mais modifiées par lui, à côté de ces grandes endémies qui accaparent l'attention, comme elles absorbent la mortalité. Loin de nous la pensée de travestir un ouvrage spécial en un traité de pathologie interne, mais il nous semble que l'auteur, s'écartant de la marche suivie par ses devanciers et adoptant un plan analogue à celui de Morehead, par exemple, aurait pu comprendre dans son cadre quelques affections endémiques particulières à certaines localités, telles que l'hématurie et la chylurie de l'île de France et de la Réunion, et y faire rentrer l'étude des maladies non endémiques observées dans les régions intertropicales. Il leur consacre un chapitre, il est vrai à l'occasion de la climatologie, mais les considérations intéressantes auxquelles il se livre à leur égard, ont plutôt trait à leur étiologie et à leur fréquence comparative, qu'à leurs caractères spéciaux et aux indications thérapeutiques qu'elles présentent sous ces latitudes. Elles n'embrassent pas d'ailleurs le cadre nosologique des pays chauds tout entier. Nous eussions désiré qu'il donnât plus de développement à ce sujet et qu'il lui assignât une autre place. N'y aurait-il pas eu quelque intérêt à retracer aux jeunes médecins, la symptomatologie, la marche et le traitement des affections de poitrine dans ces contrées, où elles ne sont ni aussi rares, ni aussi bénignes qu'on le pense généralement, à leur parler, au même point de vue pratique, des fièvres éruptives et notamment de la variole qui fait parfois de si grands ravages, dans des pays où tout concourt à sa propagation et dont l'invasion est si redoutée à Bourbon et à Maurice; de la grippe, de la coqueluche qui y revêtent parfois des caractères de gravité inconnus en Europe? Le rhumatisme articulaire qui, dans l'Inde, au dire d'Allan Webb (*Pathologia Indica*), est aussi commun et aussi redoutable que la pneumonie de nos climats, l'anémie essentielle des pays chauds non paludéens, les affections nerveuses, la gastralgie en particulier, qui force tous les fonctionnaires à revenir en France, avant l'expiration de leur mandat, auraient pu, nous le pensons du moins, donner lieu à des considérations de quelque utilité. Nous pourrions en dire autant des affections des voies urinaires, de la syphilis, de la scrofule, des maladies des femmes et de celles des enfants surtout qui inspirent un effroi si légitime aux familles des fonctionnaires appelés à servir aux colonies. N'y aurait-il pas eu quelque avantage à consacrer un chapitre spécial à chacun de ces groupes et à en faire l'objet d'une troisième partie qui aurait servi de complément aux deux dernières? Nous livrons ces réflexions au jugement si sûr et si éclairé de M. Dutroulau. Personne ne peut mieux que lui en apprécier la valeur et comme son livre est du nombre de ceux dont une première édition est rapidement épuisée, peut-être lorsqu'il en fera paraître une seconde, jugera-t-il convenable d'en tenir compte et de donner à son beau *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* toute l'extension qu'il nous paraît comporter.

## V

## VARIÉTÉS.

— *Hôpital Saint-Louis.* — MALADIES DE LA PEAU. — M. Gibert, médecin dudit hôpital, commencera le mardi 6 août, à huit heures et demie, et continuera les mardis suivants, le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale et de la syphilis. (La visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean à huit heures.)

— MM. Armieux et Lelorrain, médecins-majors, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. le docteur Charles Le Couppey a succombé mercredi soir, 17 juillet, après quatre jours de maladie, à l'âge de soixante-cinq ans, à un érysipèle de la face qui s'était compliqué dès le début des phénomènes d'adynamie et de prostration les plus graves.

— Le conseil municipal d'Amiens vient de décider qu'une inscription serait placée sur la maison de la rue Saint-Remy, où est né, le 1er janvier 1774, M. Duméril, et qu'une rue, qui doit être prochainement ouverte au centre de la ville, porterait son nom.

— La Société mutuelle médico-chirurgicale du Piémont possède, au bout de vingt et un ans d'existence, un capital inaliénable de 82,779 fr. Elle a, l'année dernière, distribué en secours, soit à ses membres, soit à des médecins étrangers, la somme de 4,330 fr.

— La Société médicale d'Amiens décernera, dans sa séance publique annuelle de 1862, une médaille d'or de la valeur de 200 francs, à l'auteur du meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur la question suivante : « De l'hygiène des ouvriers occupés dans les filatures. »

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. — Une ou plusieurs mentions honorables pourront être accordées. — Les mémoires devront être remis au secrétaire de la Société avant le 30 juin 1862.

— Ont été promus au grade de chirurgien principal de la marine MM. les chirurgiens de 1re classe, Lecoq, Gautier, Mongrand, Japhet et Leclerc.

— Ont été nommés : M. Morière, docteur ès sciences naturelles, professeur titulaire de la chaire de botanique, minéralogie et géologie à la Faculté des sciences de Caen ; M. Schlagdenhauffen, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de toxicologie et de physique à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg ; M. Jacquemin, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— La première série des épreuves du concours pour trois places de médecins au Bureau central vient d'être terminée. Sont admis à subir les épreuves de la deuxième série : MM. Archambault, Barnier, Blachez, Chauffard, Labat, Laboulbène, Maingault, Peter, Second-Féréol et Vidal.

— L'inauguration de la statue du baron Thenard a eu lieu samedi dernier à Sens, en présence des députations des corps savants venus de Paris pour assister à cette cérémonie, et des autorités de la ville et du département. Cette solennité était présidée par M. Dumas, chargé de représenter le ministre de l'instruction publique. On remarquait, parmi les membres de la députation parisienne, MM. Serret, Bertrand et Péligot, représentant l'Académie des sciences ; MM. Cl. Bernard, Stanislas Julien et Balard, représentant le Collége de France ; MM. Lefébure de Fourcy et Hébert, représentant la Faculté des sciences de Paris ; MM. Pasteur, directeur des études scientifiques, Delesse et Lissajoux, représentant l'École normale ; MM. Lecanu et Boudet, représentant l'École de pharmacie. Des discours ont été prononcés par M. Dumas, par M. Arsène Houssaye, au nom du ministre d'État, et par MM. Javal, Balard, Stanislas Julien, Hébert, Pasteur, Lecanu et Boudet.

---

Plusieurs fautes d'impression se sont glissées dans notre dernier compte rendu de la Société des hôpitaux, n° 28.

Page 453, colonne 2, ligne 19 de la note, supprimez les mots : *mais non à celle de l'eau régale.*

Ligne 29, au lieu de : *avec le noir*, lisez : *avec ceux du noir.*

Page 454, 2e colonne, 5e ligne avant la fin, au lieu de : *le rapport de M. Hardy et propose*, lisez : *le rapport de M. Béhier. M. Hardy propose.*

---

## VI

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

AERZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT. — 1860. — N° 41. Sur les résections des branches du trijumeau, par *Bratsch*.

ARCHIV DER HEILKUNDE. — 6e livraison. Sur le traitement du pied-plat, par *Roser*. — Séméiologie de la douleur dorsale, par *Mayer*. — Causes de la mortalité dans les premières années de la vie, par *Walser*.

ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE. — Livraisons 3 et 4. Dilatation des bronches (fin). — Granulations de Pacchioni (fin). — Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de l'œil, par *Klebs*. — Sur la régénération des nerfs, par *Hjelt*. — Sur la structure et l'inflammation du corps vitré, par *Weber*. — Un cas de dragonneau, par *Passauer*. — Les taches jaunes de la glotte, par *Gerhardt*. — Deux cas de vices de conformation du cœur, par *Mollwo*. — Livraisons 5 et 6. L'argas reflexus, nouveau parasite de l'homme, par *Gerstaeker*. — Cas d'anus contre nature, par *Braune*. — Influence des variations de la pression atmosphérique sur l'organisme, par *Vivenot*. — Du daltonisme produit par l'acide santonique, par *Rose*. — Scarlatine anormale, par *Biermer*. — Cas d'anencéphalie et de spina-bifida, par *Rindfleisch*. — Atrésie du vagin ; menstruations anormales, par *Graf*. — Corps étranger des bronches, par *Finkelnburg*. — Composition chimique des cartilages, par *Trommer*.

DER ZOOLOGISCHE GARTEN (Organe de la Société de zoologie de Francfort). — 1860. — Nos 7 à 12.

CANSTATT'S JAHRESBERICHT UEBER DIE FORTSCHRITTE DER GESAMMTEN MEDICIN. — 1859. — T. II, III, VI et VII.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 38. Action du quassia, etc. (suite). — Sur l'urodialyse, par *Eydam*. — Ankylose des deux genoux traitée par l'extension forcée, par *Stabel*. — Chirurgie opératoire (suite). — 39. Dégénérescence amyloïde (fin). — Urodialyse (fin). — Traitement de la diarrhée, etc., par les lavements iodés (fin). — 40. Quassia (suite). — Contributions à la psychiatrie médico-légale, par *Jessen*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE. — Tome XV, 2e livraison. Empoisonnement par l'opium, par *Vowinkel*. — Fragments toxicologiques (suite). — Causes de l'augmentation de fréquence du suicide, par *Ritter*.

SCHWEIZERISCHE MONATSSCHIFT FUER PRAKTISCHE MEDIZIN. — Nos 6 et 7. Sur l'apoplexie cérébrale, par *Vogt*. — 8. Clinique obstétricale, par *Hermann*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 39. Sur la résection du maxillaire inférieur, par *Pitha*. — 40 et 41. Résection du maxillaire inférieur (suite). — Sur quelques maladies des voies urinaires, par *Keckeis*.

ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N° 35. Sur la dilatation des vaisseaux dans la congestion et l'inflammation, par *Hoppe*. — Hérédité des affections mentales (fin). — Arthrite du genou, par *Fieber*. — 36. Sur les pseudo-membranes des séreuses, par *Kleb*. — Sur la syphilisation, par *Fieber*. — 37. Sur le développement de glandes utérines dans les sarcomes de l'utérus et de l'ovaire, par *Rokitansky*. — Sur la laryngoscopie, par *Störk*. — 38. Contributions à la rhinoscopie, par *Dauscher*. — Laryngoscopie (suite). — 39. Sur les lésions produites par des tampons, par *Fieber*. — Sur l'iodisme, par *Schauenstein*. — 40. Action de la caféine sur les animaux, par *Kurzak*. — Iodisme (fin). — Laryngoscopie (suite). — 41. Influence des tumeurs des parties génitales sur la grossesse et l'accouchement, par *Habit*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Septembre. Observations sur le trichina spinalis, par *Turner*. — Remarques sur le typhus et la fièvre typhoïde, par *Kennedy*. — Changements du timbre des souffles cardiaques par les différents milieux conducteurs du thorax, par *Ringer*. — Octobre. Sur le delirium tremens, par *Marston*. — Sur la perte des membres dans ses rapports avec la longévité, par *Messer*. — Rapports du chiffre des naissances et des décès jusqu'à l'âge de cinq ans, par *Marshall*. — Statistique des prisonniers, par *Thomson*. — Clinique ophthalmologique, par *Dell*. — Cas de rupture de l'aorte, par *Macdonald*.

### Livres.

DES MOYENS DE PROGRÈS EN THÉRAPEUTIQUE, par le docteur *Augustin Fabre*. In-8 de 306 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

A SYSTEM OF SURGERY, THEORETICAL AND PRACTICAL, IN TREATISES BY VARIOUS AUTHORS. ARRANGED AND EDITED BY T. HOLMES (Système de chirurgie théorique et pratique). 4 vol. in-8. Ont paru, t. I et II. Londres, Parker et Son. 38 fr.

EPILEPTIC AND OTHER CONVULSIVE AFFECTIONS OF THE NERVOUS SYSTEM, THEIR PATHOLOGY AND TREATMENT (Des affections épileptiques et autres du système nerveux, leur pathologie et traitement), par *C.-B. Radcliffe*. 3e édition. Londres, Churchill. 10 fr. 50

LECTURES ON THE DISEASES OF THE KIDNEY, GENERALLY KNOWN AS BRIGHT'S DISEASE AND DROPSY (Leçons sur les maladies des reins, généralement connues comme maladie de Bright et hydropisie), par *S.-J. Goodfellow*. In-8. Londres, Hardwicke. 10 fr. 50

ON FOOD AND ITS DIGESTION, BEING AN INTRODUCTION TO DIETETICS (Sur les aliments et leur digestion), par *W. Brinton*. In-8. Londres, Churchill. 16 fr. 75

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE, par *E. Follin*. En vente, vol. I. Paris, Victor Masson et fils. 10 fr.

Cet ouvrage formera 3 volumes. Les vol. II et III paraîtront chacun en deux parties, et à des intervalles rapprochés.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 2 AOUT 1861. N° 31.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Observations sur le jalap. — Ivraie dans les farines. — Innocuité de la santonine. — Recherche de l'hématine en médecine légale. — Recherche des taches de sang. — II. **Travaux originaux.** Physiologie pratique : Des sécrétions en général ; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas. — Toxicologie : Résumé d'un rapport de MM. V. Nivet, docteur-médecin, et A. Giraud, pharmacien chimiste à Clermont-Ferrand, sur un triple empoisonnement par le varaire ou ellébore blanc ; extraction de la vératrine. — Condamnation de l'accusée. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Variétés.** — V. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VI. **Feuilleton.** Les races humaines, et leur part dans la civilisation.

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 13 juin au 9 juillet 1861.*

93. MARCET, J.-M.-Adolphe, né à Gimont (Gers). [*De l'opération de la pupille artificielle et de ses indications.*]

94. GAILLARD, Hyacinthe-Joseph, né à Parthenay (Deux-Sèvres). [*Du chloroforme comme anesthésique général dans les opérations chirurgicales.*]

95. MEITIVIÉ, Albert, né à Ivry (Seine). [*Quelques mots sur l'hérédité morbide.*]

96. GENESTE, Augustin, né à Objat (Corrèze). [*Essai sur l'anesthésie considérée surtout au point de vue de l'obstétrique*]

97. MILLET, Gonzague, né à Orange (Vaucluse). [*Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie plantaire.*]

98. BÉRAUD, Édouard, né à Carpentras (Vaucluse). [*Des hydatides des reins.*]

99. LABAT, L.-J.-Alexandre, né à Pessoulens (Gers). [*De l'anatomie pathologique de la paralysie générale des aliénés.*]

100. CHARTIER, Emmanuel, né à Challens (Vendée). [*Quelques mots sur la diathèse dartreuse et ses manifestations sur les muqueuses.*]

101. SUDRY, Charles, né à Port-Louis (île Maurice). [*Diagnostic des maladies du foie.*]

102. DEVILLIERS, Alexandre-L., né à Péronne (Somme). [*De l'asphyxie des nouveau-nés.*]

103. VIGOUROUX, Émile, né à Molompise (Cantal). [*Quelques mots sur la génération équivoque des animaux infusoires.*]

104. FABRE, Augustin, né à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Des moyens de progrès en thérapeutique.*]

105. ROUSTAN, Étienne-A., né à Grasse (Alpes-Maritimes). [*De l'emploi du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse.*]

106. GOFFEC, Pierre-Joseph-Marie, né à Douarnenez (Finistère). [*De l'hygiène des nouveau-nés.*]

107. GOURDIN, A.-H.-Constant, né à Ozouer-la-Ferrière (Seine-et-Marne). [*Du traitement de la tuberculose.*]

108. BONNEMAISON, Julien, né à Aubiet (Gers) [*Étude sur la doctrine des constitutions médicales.*]

109. PETITJEAN, Joseph, né à Flacey-en-Bresse (Saône-et-Loire). [*De la scrofule. Causes, traitement.*]

110. HOUDÉ, Eugène, né à Coulongis-la-Vineuse (Yonne). [*Essai sur*

## FEUILLETON.

### Les races humaines, et leur part dans la civilisation, par le docteur CLAVEL (1).

« Une idée ne devient féconde qu'en devenant accessible à tous. »
(Dr CLAVEL.)

L'ouvrage du docteur Clavel est œuvre d'art autant que de science ; on a rarement l'occasion de lire avec autant d'entraînement et de plaisir. L'auteur, fort au courant des questions qui agitent l'anthropologie, s'est pourtant peu embarrassé et arrêté aux nombreux problèmes que soulève cette science naissante. Comme une abeille qui ne butine que sur les fleurs épanouies, notre auteur n'a guère recueilli que les idées éprouvées et fécondées par la contradiction. C'est que son but est moins d'initier à la science que d'en faire goûter immédiatement les primeurs. Le public (en fait d'anthropologie, la plupart des médecins sont seulement un public choisi), que l'auteur a particulièrement en vue, est, en effet, plus touché de la mise en œuvre des idées et des faits que de leur réalité abstraite. Le meilleur moyen d'intéresser à l'anthropologie était donc de montrer non-seulement que c'est dans les aptitudes diverses des races humaines qu'il faut chercher le secret de leur histoire dans le passé et dans l'avenir, mais surtout que ces aptitudes, qui déterminent les évolutions des peuples, sont inhérentes à leur sang, à leur organisation.

Tel a été le but de l'auteur. Cependant, comme il se proposait surtout d'établir la part que peut espérer chaque race dans la civilisation moderne, il a cru pouvoir omettre ces types misérables qui paraissent être la première ébauche de l'humanité : tels sont les indigènes de l'Australie et de l'île de Diémen. Nous croyons cependant qu'un grand intérêt scientifique s'attache à l'étude complète de ces races inférieures. En effet, la stérilité ordinaire de leur union avec les Européens, leur inaptitude absolue à la civili-

(1) Un vol. in-8 de 440 pages, chez Poulet-Malassis, rue des Beaux-Arts, 9.

*la congestion pulmonaire comme complication du rhumatisme articulaire aigu.*]

111. Meunier, J.-A.-Alexandre, né à Champagny-les-Marais (Vendée). [*Hémorrhagie produite par la lésion des intercostales. Moyens proposés pour l'arrêter. Ligature de ces artères.*]

112. Burgade, Emmanuel, né à Libourne (Gironde). [*Des vers vésiculaires.*]

113. Gérin-Roze, C.-J., né à Paris (Seine). [*De la dartre et de l'arthritis.*]

114. Duparc, Joseph Amand, né à Bourdainville (Seine-Inférieure). [*De l'asthénie dans les maladies.*]

115. Relhié, Augustin, né à Cahors (Lot). [*Diagnostic des tumeurs malignes du sein.*]

116. Du Lac, H.-E.-D., né à Béziers (Hérault). [*De la congestion cérébrale.*]

117. Rambeaud, Anatole, né à Napoléonville (Morbihan). [*Du traitement des abcès par congestion.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

Bourbon.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 1er août 1861.

*Revue de pharmacie et d'histoire naturelle :* OBSERVATIONS SUR LE JALAP. — IVRAIE DANS LES FARINES. — INNOCUITÉ DE LA SANTONINE. — RECHERCHE DE L'HÉMATINE EN MÉDECINE LÉGALE. — RECHERCHE DES TACHES DE SANG.

Parmi les purgatifs résineux employés avec avantage, le jalap occupe une place distinguée ; il offre l'avantage de traverser les premières voies digestives sans agir, et par suite de ne pas troubler les digestions, et aussi de pouvoir être donné pendant un temps assez long sans inconvénient. Ces avantages tiennent à ce que son effet n'est pas dû à l'action locale de ces parties résineuses, mais seulement à la résine rendue soluble par les alcalis de l'économie, comme l'a démontré M. Mialhe. Les alcalis assurent son effet, en divisant beaucoup ses parties, et en préparant le travail qui doit se faire dans les intestins, là où les humeurs ont une réaction alcaline. Employé depuis longtemps comme un purgatif très estimé et énergique, il agit sur un adulte à la dose de 1 à 4 grammes. Son action se fait sentir sans que le malade ait de dégoût ou éprouve de coliques vives. Les matières qui accompagnent la résine dans la poudre de jalap, divisent celle-ci assez pour que son action reste manifeste et pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y ajouter d'autres excipients. C'est certainement la forme médicamenteuse la plus parfaite, et rien n'est plus facile que de l'administrer sous forme de bols dans un peu de miel ou simplement délayée dans du vin. Mais, comme le fait observer M. Maillet, pharmacien militaire à Gand, il est prudent de ne pas se servir de poudre de jalap, faite avec des racines piquées par les vers et les insectes, parce qu'alors ces racines contiennent une très forte proportion de résine, jusqu'à 20/00 et au delà. L'emploi de la résine de jalap, soit en nature, soit diluée dans l'alcool est moins avantageux que celui de la poudre de racine. En nature, elle a une action moins sûre, et détermine souvent des coliques douloureuses, que l'on n'évite guère que par l'emploi d'excipients qui divisent ses parties autant que possible, tels que le sucre et le jaune d'œuf. Quel que soit le procédé mis en usage, l'effet obtenu sera toujours en rapport avec la division du médicament et toutes les circonstances de préparations qui faciliteront l'action des alcalis de l'économie sur la résine. (*Archives belges de médecine militaire*, février 1861.)

— Les farines qui sont apportées sur nos marchés pour la consommation, sont souvent mêlées de matières étrangères, qui peuvent provenir de sophistications, ou dans quelques circonstances, de ce qu'on n'a pas pris soin de monder le blé de ses *purges*, c'est-à-dire des graines des plantes qui croissaient avec lui. Dans un récent travail présenté à la Société de pharmacie de Toulouse, MM. Filhol et Timbal-Lagrave ont appelé l'attention des experts sur ce fait, et ont signalé la présence presque constante dans les blés de graines des diverses espèces de *Vicia*, *Ornithopus*, *Ranunculus arvensis*, *Adonis autumnalis*, *Agrostemma githago*, *Bunias erucago*, etc., et très fréquemment aussi des grains de l'ivraie ou *Lolium temulentum*. La présence de cette dernière semence, dont l'action fâcheuse sur l'économie est connue de tout le monde, est facilement dénotée, même dans la farine, par la forme particulière de ses grains de fécule ; en effet, ils sont polyédriques absolument comme ceux du maïs, dont ils se distinguent par leur moindre volume : examinés au microscope, et pris dans une farine non blutée, ils se présentent sous forme de petites masses, ayant l'aspect d'une mûre, et formées par l'agglomération de plusieurs grains. Il est

---

sation et même à la domestication, enfin leur laideur physique et morale, telle, il paraît, pour les types encore inconnus du centre de l'Australie, qu'un voyageur anglais, qui le premier est parvenu à traverser ce continent, écrit dans la Revue coloniale qu'on ne sait plus si ce sont des singes ou des hommes ; voilà des caractères ethnographiques qu'il faudra approfondir, et avec lesquels il faudra compter quand on voudra soutenir l'unité d'espèce et d'origine du type humain, et, dans un accès de juvénile vanité, créer pour notre usage un règne nouveau.

Cependant, comme l'influence de ces races sur la civilisation est évidemment nulle, l'auteur les regarde comme étant, sinon hors de l'humanité, au moins hors de son sujet, et il ne s'occupe réellement que de celles qui peuplaient l'ancien monde : l'Europe, l'Asie et le nord de l'Afrique.

L'auteur fait ressortir avec raison combien la langue, la religion, les arts, la philosophie et la science, se modifient profondément avec les races ; comment elles demeurent et disparaissent avec ces mêmes races dont elles sont comme la manifestation. De même que l'on reconnaît chaque oiseau à son chant, à l'art avec lequel il édifie son nid, à ses mœurs et à ses instincts, de même les races humaines se caractérisent par leurs manifestations intellectuelles et instinctives, non moins sûrement que par leurs différences physiques. Souvent même celles-ci semblent déjà effacées que les premières subsistent encore.

M. Clavel note en passant, peut-être trop légèrement, les travaux et les résultats si remarquables de la linguistique moderne. Seuls ils suffiraient pour détruire l'hypothèse adamique. Les langues monosyllabiques (le chinois, etc.), composées de monosyllabes isolés et invariables, ne possédant ni genre, ni nombre, ni mode, ni temps, ni personne ; les langues dont les mots se forment par simple agglutination monosyllabique, mais encore sans flexion, sans modulation (le tatare, etc.) ; les langues sémitiques (hébreu, arabe), où le nombre et le mode commencent à se manifester, mais qui, par leurs racines trilitères, par les flexions s'effectuant à l'intérieur des mots, par l'absence du temps dans les verbes, en un mot par l'étymologie, *et plus encore par la gram-*

d'autant plus essentiel de pouvoir reconnaître la présence de l'ivraie dans les farines, que son action sur l'économie est plus fâcheuse, et des expériences, instituées récemment par MM. Filhol et Baillet sont venues confirmer la nocuité de l'ivraie, au moins chez certains animaux, car les lapins n'en ont éprouvé aucune action fâcheuse. Les phénomènes observés sur des chiens soumis à l'expérimentation, ont été un tremblement général plus marqué ordinairement au train postérieur (c'est le plus constant et le plus prolongé des symptômes); des contractions spasmodiques des muscles des membres, du tronc, du cou et de la face, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celles des décharges électriques; de l'inquiétude plus ou moins marquée, mais toujours évidente; des mouvements cadencés et comme saccadés pendant la marche, qui est quelquefois chancelante et mal assurée (il semble qu'il y ait une sorte d'*ivresse*, déjà indiquée anciennement, d'où le nom d'*ivraie*); enfin une période de somnolence plus au moins marquée qui précède le rétablissement de l'animal ou tout au moins de l'amélioration dans son état. Tous ces phénomènes paraissent dus à la présence de l'huile grasse des graines, qui, administrée seule, donne lieu aux mêmes effets, mais dont l'action est moins persistante. (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, 1861.— *Comptes rendus de la Soc. d'émul. et de préc. des pharm. de Haute-Garonne* 1861.)

— Le semen-contra (fleur non épanouie de divers *Artemisia*) est le vermifuge employé contre l'ascaride lombricoïde et le trichocéphale : il agit en même temps, comme anthelminthique et comme amer et tonique. Il corrobore l'estomac des individus sujets aux vers, et qui sont, le plus souvent, de constitution molle, augmente l'appétit, rend les digestions meilleures, et dissipe les flatuosités : il est bon de l'associer à un purgatif que l'on mélange avec lui, ou que l'on donne seulement après que le semen-contra a été administré pendant plusieurs jours. Les meilleures formes médicamenteuses sont en poudre ou sous forme d'infusion (8 grammes pour 125 d'eau), mais comme sa saveur amère et son odeur forte font souvent que les enfants le prennent avec répugnance, on a proposé de lui substituer la santonine, qu'on administre en tablettes (renfermant 0,25 grammes), ou mieux encore, d'après M. Kuchenmeister, dissoute dans l'huile (0,10 à 0,15 grammes dans 30 grammes d'huile de ricin). Mais quelques accidents graves s'étant manifestés à la suite de l'administration de la santonine, les médecins se trouvaient embarrassés de savoir s'ils pourraient ordonner avec confiance ce médicament : il résulte des expériences de M. le docteur Edmond Rose (de Berlin), que la santonine peut être administrée sans résultats fâcheux, même pure, et qu'elle agit comme un bon vermifuge, surtout contre les lombrics. Sa solubilité très faible dans l'eau lui permet d'arriver intacte jusqu'au gros intestin et d'y agir sur les helminthes qu'elle rencontre. Quant à l'huile volatile de semen-contra, qui est presque inusitée aujourd'hui, elle n'est pas vermifuge d'après le docteur Edmond Rose, mais son action à dose forte (2 grammes pour un lapin) sur l'économie est très marquée, et quand elle est administrée en plus petite quantité, elle est absorbée dans l'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle, et n'arrive pas au contact des vers, qui habitent ordinairement les parties inférieures de l'intestin. Nous devons faire observer que, chez quelques enfants, nous avons vu la santonine ne donner aucun résultat, tandis que, au contraire, leurs vers étaient expulsés par l'action du semen-contra en substance, ce qui se peut expliquer par l'action combinée des divers principes constituants de cette substance, tels qu'extractif, résine et huile grasse âcre. (*Archiv für Patholog. Anat.; — Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1861.)

— Les recherches de médecine légale, toujours si minutieuses et entourées de tant de difficultés, le sont peut-être plus encore, quand il s'agit de reconnaître si une tache provient du sang ou d'une autre matière, que pour aucune autre question. Un grand nombre de procédés ont été indiqués par les auteurs, mais presque aucun, jusqu'à présent, ne donne des caractères positifs et d'une observation facile; les travaux de MM. de Büchner et G. Simon (de Darmstadt), qui sont venus confirmer les observations de Feichmann, de Brücke et Virchow, ont donc une importance qu'on ne saurait méconnaître. Les cristaux d'hématine, qu'on obtient en traitant le sang desséché par l'acide acétique concentré (glacial), sont des tables rhomboïdales à contours nettement accusés dans les beaux échantillons, allongées ou étroites, de couleur généralement brun rouge sale, et ayant une grande tendance à se grouper en étoiles ou en croix. Insolubles dans l'eau, l'alcool, les acides acétique, phosphorique et chlorhydrique, étendus ou concentrés, à froid ou à chaud, et difficilement solubles dans l'ammoniaque, l'acide sulfurique étendu et l'acide nitrique ordinaire, les cristaux d'hématine donnent des solutions vert foncé dans la potasse caustique, vert foncé sale

---

*maire*, paraissent absolument étrangères aux langues indo-européennes (sanscrit, slave, germain, gréco-latin, etc.). Les racines bilitères, les flexions nombreuses, le mode, le temps, etc., et le procédé extérieur de ces flexions, enfin tous les caractères généraux qui constituent cette grande famille si naturelle des langues indo-européennes, concourent à « creuser un abîme entre elles et les langues dites sémitiques ou mieux syro-arabiques », et s'opposent à ce que l'on puisse établir la moindre succession possible de l'une à l'autre. (G. de Humboldt, E. Burnouf, Renan, Chavée.)

Nous croyons qu'en ajoutant une étude (un chapitre) sur un point d'un aussi vif intérêt, on augmenterait encore celui que procure la lecture du livre du docteur Clavel. Nous osons lui recommander cette addition pour sa nouvelle édition, il y puisera un de ses plus forts arguments sur la dépendance dans laquelle l'organisme tient toutes les manifestations *sociales*, puisque l'une, plus évidemment psychique, la forme diverse du langage, apparaît si intimement rivée aux races qui les ont spontanément produites.

La seconde étude, sur les mythologies comparées (religions, dogmes, cultes), est traitée avec une indépendance singulière en un tel sujet : l'auteur pense et parle de ces choses comme un observateur étranger à nos misères; on croirait qu'il n'a partagé ni nos faiblesses ni nos colères, tant il met de douceur et d'aménité à dire le miel et le fiel de ces mythes, leur apothéose et leur dégradation.

« La religion est une femme, dit l'auteur; en perdant la jeunesse elle perd la grâce et la fécondité! Est-ce que la loi de Moïse est féconde? Est-ce que la loi de Manou est féconde? Est-ce que la loi de Zoroastre est féconde? Est-ce que la loi de Mahomet est féconde? »

Toutes l'ont été pourtant... « Est-ce que, dès Léon X, la charité, la mansuétude, la continence des premiers chrétiens ne se sont pas évanouies? Est-ce que le luxe avec la misère, l'égoïsme avec la violence et la luxure ne les ont pas remplacées? Il n'y a plus eu d'horreur du sang; on le verse à torrents! Le sens moral quitte le dogme; le bien est ce qui profite à la théocratie, le mal ce qui lui nuit. »

La troisième étude est consacrée à la philosophie grecque.

dans l'acide sulfurique anglais, brun rouge dans l'acide nitrique fumant. L'eau chlorée leur enlève leur couleur et les rend transparents, et après quelques jours de contact, tout en conservant leur forme et leurs contours, les cristaux semblent comme rongés par suite de l'existence de beaucoup de fentes et de sillons. Quand le sang a perdu une partie de ses sels, l'addition d'une petite quantité de chlorure sodique facilite singulièrement la formation des cristaux, ainsi que l'a démontré M. Feichmann. On peut même obtenir des cristaux caractéristiques par l'emploi du chlorure sodique et de l'acide acétique sur des taches de sang lavées dans l'eau au point de ne plus colorer ce liquide. Si le procédé de MM. Büchner et Simon permet de déceler la présence du sang, même pour des taches très anciennes, il ne donne pas le moyen d'affirmer la présence du sang humain; car le sang des animaux donne des résultats identiques. Mais, en adjoignant ce procédé aux autres moyens indiqués dans les traités de médecine légale, tels que les recherches au microscope des globules sanguins, on pourra arriver à une solution satisfaisante. (*Archiv für Pathologische Anatom.; Répertoire de pharmacie*, 1861.)

— Fréquemment les experts devant les tribunaux sont appelés à décider si les taches d'un vêtement sont ou non dues à du sang et les recherches auxquelles ils doivent se livrer pour s'assurer de la réalité de la présence des taches de sang sont longues et minutieuses. Pour faciliter ces recherches, un grand nombre de procédés ont été indiqués dans les divers recueils scientifiques, mais il ne faut pas oublier que, si chacun d'eux peut faciliter la découverte de la réalité, aucun n'est susceptible de donner une certitude complète, et que l'emploi d'une réaction chimique quelconque, quelque probante qu'elle puisse paraître de prime abord, ne doit pas dispenser l'expert de l'observation microscopique des taches, de la recherche des globules sanguins qui constituent le caractère essentiel et le signe le plus certain de la présence du sang. Parmi les procédés indiqués, il en est un qui jouit d'une certaine renommée; il consiste à traiter les taches par l'eau distillée qui dissout la matière colorante du sang et laisse la fibrine sur le tissu maculé. Le liquide rouge et transparent, soumis à l'ébullition se décolore, et donne un *coagulum* gris, soluble dans une petite proportion de potasse caustique. La liqueur redevenue alors transparente, offre une couleur verte ou rosée, suivant qu'on la regarde par réflexion ou par réfraction. Mais, si l'on consulte des auteurs justement estimés, on se trouve dans l'embarras pour faire accorder leurs assertions avec l'observation directe. Il résulte d'expériences faites par M. Picquot fils, pharmacien à Bar-le-Duc, et reprises par M. le professeur Guibourt que : « le liquide sanguin obtenu après avoir redissous par la potasse caustique le coagulum formé par la chaleur, observé *dans un tube étroit*, paraît *vert* si on le place entre l'œil et la lumière du jour, et *rougeâtre* si l'observateur se place entre la lumière et le tube. » Il est à remarquer que l'observation faite dans un ballon ou un tube de fort diamètre, laisse voir le liquide de couleur *rosée*, quelle que soit la position dans laquelle se place l'expérimentateur. Il est donc essentiel de faire l'expérience dans un *tube de verre de très petit diamètre*. (*Journal de pharmacie*, avril 1861.)

Léon Soubeiran.

---

La dernière séance de l'Académie de médecine s'est passée presque entièrement en comité secret. La section de pharmacie a présenté dans l'ordre suivant les candidats à la place vacante dans cette section. *En première ligne*, M. Gobley; *en seconde ligne*, M. Mialhe; *en troisième ligne*, M. Buignet; *en quatrième ligne*, M. Lefort.

Le *secret* n'a pas été si bien gardé que nous ne sachions qu'un membre a désiré connaître les motifs du classement en ce qui concerne les deux premiers candidats. Mais — avec raison, selon nous — il a été répondu que la commission ne doit pas un compte public de ses motifs. Tout ce qui peut se dire pour ou contre une candidature a sa place au sein de la commission : à l'Académie de rejeter ou de ratifier les propositions qui lui sont soumises.

A. D.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Physiologie pratique.

Des sécrétions en général; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas, par Lucien Corvisart, Médecin Ordinaire de l'Empereur, etc. — Mémoire présenté le 26 février 1861 à l'Académie impériale de médecine.

(Suite et fin. — Voir les numéros 25 et 29.)

IV. — *Variation de l'heure du maximum de formation du ferment pancréatique; coïncidence de cette variation.*

Lorsque les animaux ont été convenablement disposés par ce

---

scolastique et moderne. L'auteur effleure seulement le sujet; mais il ne cesse pas de charmer et de solliciter l'esprit. Nous remarquons, non sans admiration, cette pensée de Pythagore : « L'égalité avec la réciprocité produit le droit dont l'application constitue la JUSTICE (1). » Combien l'idée messéniaque, peut-être plus tendre, plus féminine, est inférieure à cette mâle, profonde et organique conception! L'Hébreux partant de l'amour aboutit fatalement à la grâce, c'est-à-dire à la faveur, à la partialité; le Grec posant l'égalité et la réciprocité aboutit à la justice. Par quelle complaisance pour le lieu commun, l'auteur écrit-il plus loin : « Avant le monothéisme l'idée de justice ne peut se formuler, » quand il est constant que les spéculations déistes, les fascinations d'un omnipotent ont toujours et partout fait perdre jusqu'à la notion du juste! Qui ne connaît ces dogmes, où le mérite et le démérite sont chose extérieure à la volonté et à la conscience humaine, et dont est capable un nouveau-né ou un embryon!

Poser l'homme en face d'un dieu, c'est l'idée judaïque, sémitique; elle mène à la terreur et à l'amour, à la servilité et à l'absolutisme, à l'anéantissement. Nous avons goûté ces fruits amers, et la race latine, pour avoir reçu cette idée étrangère, a vu son activité cérébrale écrasée et absorbée pendant quinze siècles.

Poser l'homme en face de l'homme, c'est l'idée gréco-latine, c'est le socratique *nosce te ipsum;* c'est ce thème fécond, qui, au lieu d'énerver l'esprit, le sollicite, lui fait connaître le vrai rapport de l'homme à l'homme, égalité et réciprocité, et aboutit à la justice. Rejeter l'absolu de nos élaborations finales (je ne dis pas nier, nier ou affirmer l'absolu c'est le même vice de méthode), ramener vers l'homme les efforts combinés de sa raison et de sa conscience,

(1) Nous regrettons que l'auteur ne cite point le lieu où il a cueilli cette remarquable pensée. En général, nous estimons qu'il est bon et juste, même dans un livre destiné au public, d'indiquer ses sources, de dire les travaux qui vous ont inspiré; c'est une dette que l'on doit aux auteurs auxquels on emprunte; c'est une invitation et une facilité que l'on offre au lecteur, afin de l'encourager à approfondir par lui-même le sujet. C'est par nécessité que, dans ce travail, nous nous sommes affranchi de cette règle.

repas préparatoire, si l'on vient à leur donner, au repas expérimental, des aliments de nature variable, on découvre que l'énergie du pancréas et sa richesse en ferment actif subissent des influences différentes.

Lorsque l'on donne une nourriture exclusivement solide, viande albumine concrète, l'heure d'énergie maxima du pancréas n'a lieu en général que vers la huitième heure du repas au lieu de la sixième. Cette heure de maximum coïncide avec le moment où ces aliments se trouvent en bouillie dans l'estomac, presque entièrement dissous.

On peut remarquer que, plus l'estomac montre les aliments tardivement digérés dans sa cavité, plus aussi l'époque de l'énergie maxima du pancréas se trouve retardée; celle-ci peut ainsi reculer jusqu'à la neuvième heure du repas.

Cette corrélation est fixe à tel point que si, dans mes expériences, par une cause quelconque, les aliments ne se dissolvaient pas, et restaient solides dans l'estomac, le pancréas restait définitivement inactif.

Lorsque l'estomac est libre, que l'animal n'a subi aucune espèce d'opération, le retard de la production pancréatique causé par la lenteur elle-même de la digestion gastrique, indépendamment de la nature des aliments, est rare. Il est commun, au contraire, chez les animaux récemment captifs, désorientés, inquiets, maltraités; leur pancréas, pris à une heure avancée qui, dans une autre circonstance, aurait été convenable, révèle encore une inactivité plus ou moins grande, causée par la lenteur de la digestion gastrique; dans ces cas, l'examen du contenu dans l'estomac fait aussitôt remonter de l'effet à la cause, et fait voir combien l'élaboration du ferment pancréatique est tributaire de la digestion gastrique, combien celle-ci est tributaire de l'état normal.

En clinique, il est des relations semblables de cause à effet, par lesquelles l'estomac, dans les maladies, devenant impuissant à digérer, rend le pancréas lui-même inhabile à suppléer l'estomac; mais en clinique on ne peut remonter *de visu* de cet effet à la cause, avantage que nous présente heureusement l'expérimentation et l'observation physiologique.

La crainte peut arrêter la digestion gastrique. Aussi, la douceur envers les animaux, qui est un devoir même dans les sacrifices à la science, est également un calcul nécessaire de bonne expérimentation. Je conservais donc toujours les animaux au laboratoire pendant deux jours entiers; ils se tranquillisaient, s'habituaient, leur digestion gastrique ne se ralentissait plus, et ce laps de temps écoulé, je n'agissais sur eux que si leur vivacité, leur appétit, leur confiance m'assuraient contre tout sacrifice inutile.

Les remèdes pour dyspepsies dues aux causes morales analogues à celles que nous voyions dans les expériences précédentes ont d'ailleurs été bien saisis avant ces études par le bon sens vulgaire dont les bons et tendres soins rivalisent en effet avec les plus énergiques médicaments.

Ce qui rend les études sur la digestion si nécessaires, si intéressantes et si difficiles, c'est que tout influe sur elle; c'est comme un centre commun, tout y va.

A ceux qui voudront répéter mes expériences, je recommande absolument de le faire en plein hiver; à cette époque ils auront la régularité physiologique assurée. Mais au printemps, en été, en automne, la digestion a des irrégularités inattendues chez les animaux. J'ai observé d'une manière positive ces très fréquentes influences saisonnières, qui rappellent les dyspepsies estivales de l'homme.

A ce petit tableau, qui rapproche tant la digestion de l'animal que nous expérimentons de préférence et de l'homme, je rappellerai que quand je faisais une étude spéciale de la digestion de l'estomac, je voyais constamment les dermatoses *canines* suivre la fatigue gastrique que mes expériences réitérées amenaient nécessairement chez les animaux fistulés.

Jusqu'à présent, si nous avons vu la lenteur de la digestion gastrique, qu'elle vienne de la faiblesse de l'estomac ou de la résistance des aliments, retarder et affaiblir d'autant la formation du ferment actif, la fonction sécrétoire du pancréas, en ce qu'elle a de plus essentiel; l'inverse ne devra point étonner.

C'est ainsi que plus vite les aliments, par leur consistance molle, leur division, leur imbibition préalables, subissent la dissolution digestive, plus vite aussi le pancréas se charge au maximum du ferment actif. La production abondante du ferment pancréatique, telle que le jeu habituel des fonctions la nécessite, est donc SUBORDONNÉE COMME UN EFFET A SA CAUSE (1), A L'ACCOMPLISSEMENT ET AUX VARIATIONS DE LA DIGESTION ELLE-MÊME.

Mais ici la science a de nouvelles et légitimes exigences.

Ce mot digestion comprend un tel concours de faits physiologiques qu'il faudrait, pour se payer avec lui, une irréflexion bien grande, et dire que la sécrétion pancréatique dépend de la digestion, est, à proprement parler, dire peu de chose.

Quelles sont donc les causes réelles, efficientes, de la formation du ferment pancréatique?

Suivant nos connaissances actuelles, la digestion comprend une multitude de faits : 1° l'arrivée dans l'estomac des aliments; 2° l'impression que ses parois en reçoivent; 3° la sécrétion qui suit cette dernière; 4° le retentissement (action sympathique, réflexe) que ce contact ou cette sécrétion peut opérer sur divers organes, parmi lesquels le pancréas; 5° la dissolution des aliments; 6° leur transformation digestive s'il y a lieu; 7° l'absorption des peptones ainsi produites; 8° l'arrivée des aliments digérés dans l'intestin; 9° ou celle des aliments non digérés; 10° la sécrétion biliaire, intestinale qui la suit; 11° le retentissement que ce contact avec l'intestin ou cette sécrétion peut opérer; 12° la dissolution digestive intestinale des aliments; 13° leur absorption dans l'intestin. Tous phénomènes extrêmement distincts.

(1) *Cause* est pris ici dans le sens de *cause générale* ou *coïncidence*.

---

voilà l'œuvre commencée par les Grecs et les Latins, et victorieusement reprise par la révolution. Quel rapport cela a-t-il avec le monothéisme?

L'auteur consacre un paragraphe à la philosophie germanique, dont l'œuvre, dit-il, est la destruction.

« Le génie germanique a employé l'acide de sa pensée comme un dissolvant de la matière, de la forme et de l'esprit; il ne l'a épargné ni dans la religion, ni dans la philosophie; il a détruit l'idolâtrie, le paganisme, le monothéisme, qui sont combinés dans le catholicisme, et en font la religion la plus complète qui ait jamais existé; il a détruit le matérialisme, le formalisme et le spiritualisme, qui se combinaient dans la philosophie telle que l'antiquité grecque l'avait léguée aux âges modernes, et telle que l'Université française l'enseigne encore à cette heure; il a fait de la philosophie une négation. » Et ailleurs : « Cette manière de miner la religion par l'accumulation des travaux religieux, la philosophie par l'accumulation des travaux philosophiques, est particulière au génie allemand. » Jérémie peut pleurer sur les ruines de Sion; « mais le moraliste, qui sait l'impuissance des dogmes vieillis et la corruption qu'il propage au sein des peuples ne peut que se réjouir d'une œuvre d'assainissement ».

La quatrième étude est consacrée à l'étude des races. Il examine rapidement ce que devient la vénérable hypothèse de la communauté d'origine des types humains au flambeau des sciences historiques et linguistiques, et encore notre auteur néglige-t-il comme superflues les races de la Polynésie, de l'Australie, qui lui eussent fourni des éléments physiologiques de premier ordre.

M. Clavel conclut que les races nouvelles, issues des mélanges des types primitifs, sont supérieures à ceux-ci. L'auteur, cette fois, nous paraît beaucoup trop absolu; s'il est des sangs mêlés supérieurs à leurs auteurs, le contraire n'est pas moins fréquent. Il y a des métis humains si imparfaits, ou au moins si inférieurs aux races qui les produisent, qu'ils ne peuvent jamais s'élever jusqu'à constituer une race propre, et doivent ou s'éteindre, ou se renouveler sans cesse à la double source qui les a produits; d'autres mélanges enfin paraissent tout à fait inféconds.

Quel d'entre ces faits est le véritable premier moteur de la formation du ferment pancréatique?

Nous allons examiner tous les cas.

V. — *Les actions nerveuses sympathiques, parties de l'estomac ou du duodénum et provoquées par la présence seule des aliments, ne sont pas la cause principale.*

Tout d'abord il serait plausible de croire que l'estomac, au contact des aliments qui arrivent dans sa cavité, provoque une excitation particulière du pancréas, d'où résulterait la formation du ferment. Le rôle capital serait une impression réflexe ou sympathique née dans l'estomac, et transportée, par les voies nerveuses, au pancréas.

Or, le propre des actions nerveuses sympathiques et autres est de déployer toute leur activité *au début*, puis de s'affaiblir, en raison de la durée de l'excitation initiale, pour s'épuiser à la fin.

On devrait donc s'attendre à voir l'arrivée des aliments dans l'estomac, et leur rude contact exciter tout d'abord vivement la formation du ferment pancréatique, et cesser peu à peu de produire cet effet à mesure de la prolongation de leur séjour et des progrès de leur dissolution.

Or, nos expériences nous ont montré, au contraire, que, au début du contact des aliments avec l'estomac, le pancréas restait insensible ou du moins ne montrait pas à cette époque le maximum de la formation du ferment, c'est ainsi que, pendant les deux à quatre premières heures que les aliments résistent à la dissolution digestive, l'inertie du pancréas change peu, elle persiste jusqu'à huit, dix, douze heures, si la digestion gastrique est difficile; enfin elle persiste indéfiniment, si les aliments continuent à rester solides, indigérés.

L'excitation nerveuse réflexe, d'où l'on pouvait penser que vient l'activité du pancréas, ne paraît guère naître de l'estomac.

Mais on pouvait supposer qu'elle part du duodénum et naît seulement plus loin et *plus tard*, quand les aliments déjà dissous, au moins en partie, quittent l'estomac pour arriver au contact de la muqueuse duodénale et l'excitent.

On pourrait même expliquer par la nécessité de l'excitation du duodénum la tardive formation maxima du ferment pancréatique (sixième, septième heure du repas).

Dans le but de résoudre cette question, nous avons lié le pylore chez des animaux à jeun depuis douze heures, nous avons injecté *dans le duodénum* (laissé d'ailleurs libre par sa partie inférieure) des aliments venus du dehors et non encore digérés, afin de l'exciter par ces derniers.

Or, les pancréas restèrent immobiles. Pris à la première, deuxième, quatrième heure de cette expérience, ils ne fournirent que des infusions inertes sans ferment actif; l'excitation duodénale avait été totalement sans effet.

Le duodénum, dans cette expérience, communiquait avec le jéjunum et l'iléon; on aurait pu objecter que peut-être les aliments, libres de passer dans ces derniers, n'avaient point assez longtemps excité la muqueuse duodénale. En conséquence, nous avons encore injecté les aliments dans le duodénum, mais nous avons lié celui-ci aux deux bouts, afin que l'excitation provoquée par les aliments sur lui fût maintenue forcément en permanence (l'estomac étant toujours vide). Dans cette nouvelle condition, les pancréas pris à la deuxième, quatrième, huitième heure, restèrent également inertes.

Si le pancréas entre à la sixième heure en maximum de formation sécrétoire, ce n'est donc point par le pur contact des aliments à l'état solide, soit dans l'estomac, soit dans le duodénum ou le reste de l'intestin, et les actions réflexes nées *de ce contact* dans ces organes doivent être mises de côté.

Notons ici que nous parlons de l'acte de formation sécrétoire, de la création du ferment et non de l'acte d'excrétion.

VI. — *Ce n'est pas dans le passage de l'état solide à un simple état liquide des aliments que réside la cause productrice du ferment.*

Si l'abondante formation du ferment pancréatique se maintient silencieuse tant que les aliments restent solides dans l'estomac ou séjournent dans l'intestin; tandis qu'elle s'exerce, au contraire, tout aussitôt qu'ils ont passé par digestion à l'état liquide, il y a une nouvelle question à poser.

Est-ce l'état liquide, à l'exclusion de l'état solide, qui, pour les aliments, est capable d'exercer efficacement ces excitations nerveuses supposées?

Non encore; car, ayant injecté à des animaux (dont le repas préparatoire avait purgé le pancréas de tout ferment préalable), le liquide par excellence, l'eau en quantités variées, soit dans l'estomac libre ou fermé par des ligatures, soit dans le duodénum également libre ou fermé, cette injection ne fut jamais capable de provoquer la moindre production nouvelle de ferment pancréatique.

On aurait pu objecter que, pour que le ferment naisse, se développe sous l'influence des excitations réflexes, il faut du temps, beaucoup de temps, et que l'absence de ferment ne prouve point en conséquence l'absence de l'efficacité des seules actions réflexes.

Nous avons déjà remarqué comment ce qui est lent, la nutrition, peut exister, par exemple, dans l'embryon, sans actions réflexes; comment le cachet habituel des actions nerveuses est d'agir très spécialement sur des phénomènes de sensibilité et de mouvement, phénomènes susceptibles, au contraire, *de se développer très rapidement*, comme de s'épuiser avec promptitude.

Mais venons à l'expérience, j'injectai des quantités d'eau variées, je les augmentai au point de donner en une fois 300 grammes de ce liquide à des animaux de 10 kilog; de cette façon, le contact se prolongeait en raison de la plus grande durée nécessaire à l'absorption, atteignait les quatre heures après lesquelles le ferment pancréatique, dans le repas ordinaire, commence à appro-

---

Cependant, comme l'auteur n'avait en vue que les races arienne, sémite et mongole, son principe, beaucoup trop général en lui-même, devient ainsi, sinon incontestable et sans exception, au moins vraisemblable, souvent probable (1).

Les cinquième, sixième et septième études sont consacrées à la peinture des mœurs des diverses nations de l'Europe. L'auteur se complaît à montrer ces mœurs comme la conséquence naturelle des divers sangs dont la combinaison a donné issue aux types actuels. Il accorde partout à l'influence féminine une forte et vive puissance civilisatrice, moins encore par les vertus propres de la femme que par celles qu'elle éveille dans le cœur de l'homme. Mais pour cela il faut qu'elle ne soit ni esclave, ni courtisane, ni objet de mépris, ni objet de luxe, deux pôles qui aboutissent fatalement à l'avilissement de la femme; il faut qu'elle soit associée et compagne. « L'esprit féminin est un miroir, » dit un penseur; les images ne s'y engendrent guère, mais elles s'y reflètent pour servir de contre-épreuve au génie de l'homme, en lui renvoyant ses pensées sous un angle qui les fait paraître plus belles si elles sont justes, plus absurdes si elles sont fausses »

C'est du reste un charme inexprimable que de suivre l'auteur dans sa revue des nationalités. On retrouve ici toute cette indépendance d'esprit dont il a fait preuve en parlant du mythe. Il semble n'appartenir lui-même à aucune nationalité, tant il met d'équité et de bienveillance à peindre chaque peuple avec ses vices et ses vertus.

La force de résistance de la nationalité italienne, qui, sans mourir, a supporté le poids de la papauté, excite son enthousiasme, non moins que la poétique beauté de la belle Toscane.

L'Espagne a son tour. « Don Quichotte n'est pas, comme on affecte de le dire, une raillerie cruelle contre la chevalerie; c'est bien l'hidalgo au cœur droit et bon, à l'âme généreuse, à l'amour dévoué, qui trouve moyen d'agir contre la justice, contre la bonté, contre la générosité et contre l'amour. L'héroïsme éclate dans

(1) On peut consulter utilement sur ce sujet les *Bulletins* et les *Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*; voyez encore la *Presse scientifique des Deux-Mondes*, numéro du 1er novembre 1860.

cher du maximum de son abondance. J'eus même des cas où, l'estomac étant lié, ce contact de l'eau existait encore au moment du sacrifice, sept, huit, neuf heures après l'injection, et cependant le pancréas restait toujours absolument inerte.

On verra plus loin qu'une foule de substances injectées en dissolution dans l'eau ne changent point l'impuissance de celle-ci et ne peuvent provoquer la formation du ferment pancréatique par les actions réflexes supposées; l'excitation causée par cet état liquide est donc encore à négliger.

Toutefois nous savons que le passage des aliments de l'état solide à état liquide dans l'estomac ou dans le duodénum n'est point le fait d'une limple dissolution aqueuse.

En premier lieu, cette liquéfaction s'accomplit par le suc gastrique ou par les sucs versés dans l'intestin; en second lieu, elle est accompagnée d'une transformation des aliments.

Quel peut être de ces deux termes, sécrétion et présence des sucs dans les organes digestifs ou transformation des aliments par eux, celui qui provoque le pancréas à façonner son ferment?

VII. — *Ce n'est point la simple présence ou sécrétion des sucs dans l'estomac ou les intestins qui amène cet effet.*

Après avoir établi l'état d'appauvrissement primordial du pancréas par le repas préparatoire ordinaire, j'ai mis dans l'estomac ou dans le duodénum des corps étrangers, des cailloux, etc., capables d'exciter une certaine sécrétion gastrique. Celle-ci eut lieu, mais le pancréas resta dans son état de pauvreté.

Par des séries d'expériences plus difficiles, je suis arrivé au même résultat.

C'est ainsi qu'après les douze heures du repas préparatoire qui, ayant épuisé le pancréas, le rendait incapable de verser le ferment véritable dans le duodénum, j'ai ingéré dans ce dernier (l'estomac ayant été conservé vide) des aliments solides; les sécrétions biliaires et intestinales eurent lieu, parfois même celles-ci furent capables de dissoudre une certaine quantité de ces aliments; mais le sacrifice et l'essai du pancréas montraient toujours la même pauvreté de ce dernier en ferment.

Dans d'autres cas, au contraire, afin que le pancréas eût une réserve de ferment susceptible de s'écouler dans le duodénum, malgré l'*état de vacuité de l'estomac que je conservais soigneusement*, j'évitais de donner le repas préparatoire, et j'injectai ainsi à des animaux, dont l'estomac était à jeun, des aliments dans le duodénum fermé. Le suc pancréatique de réserve (1) s'écoulait, pouvait dissoudre ces aliments; et cependant cette sécrétion ne provoquait nullement une formation nouvelle, abondante, de ferment pancréatique.

(1) On prend un animal à jeun de solide et de liquide depuis trente heures; on injecte dans son duodénum, qu'on ferme aux deux bouts par une ligature, des aliments solides: viande, albumine en poids connu. Dix heures après on le sacrifie; souvent on constate que par la réserve du suc pancréatique versée dans l'intestin, et formée pendant le jeûne préalable, 10 grammes et quelquefois 20 grammes d'aliments se sont digérés: alors, si l'on infuse le pancréas, on constate qu'il est inerte.

De telle sorte que toutes ces expériences montrent que les sucs digestifs supérieurs, salive, suc gastrique, biliaire, intestinal, pancréatique, leur sécrétion ni leur séjour dans les cavités digestives, ne sont susceptibles de provoquer *par eux-mêmes* la formation du ferment pancréatique.

Et comme les seuls aliments ne possèdent également aucune action ni par eux-mêmes, ni par leur état de liquéfaction, ni par l'irritation sympathique que leur contact est susceptible de faire naître dans l'estomac ou dans l'intestin et porter au pancréas, nous arrivons à cette conclusion que ni les aliments ni les sécrétions *isolés*, ni les excitations que les premiers ou les secondes peuvent provoquer, ne sont les agents qui déterminent l'abondante formation du ferment pancréatique.

VIII. *Est-ce la transformation digestive elle-même des aliments ingérés qui est la cause de la formation du ferment?*

Mais de ce que les aliments n'ont, par eux-mêmes, aucune action sur la formation du ferment pancréatique, nous n'en avons pas conclu qu'ils fussent inutiles; de ce que, par elles-mêmes, les sécrétions gastro-intestinales n'ont pas non plus dans cette formation un rôle direct, il serait prématuré de conclure à l'inutilité des sécrétions.

Du conflit des sécrétions digestives avec les aliments ingérés résulte, en effet, un grand fait, la *transformation digestive* de ceux-ci par celles-là.

Or, on peut se rappeler précisément qu'une chose s'est constamment montrée absolument nécessaire à l'accomplissement de l'acte élaborateur d'où résulte la formation du ferment pancréatique: c'est le résultat de ce conflit, c'est-à-dire la dissolution digestive des aliments.

Étant reconnu que le ferment pancréatique ne se forme en abondance dans le pancréas que si les aliments ont été digérés, ont été transformés, est-il indifférent que cette transformation digestive soit opérée dans l'intestin ou dans l'estomac?

IX. *Ce n'est pas la transformation digestive intestinale qui provoque la formation sécrétoire du ferment pancréatique.*

Pour nous fixer sur le premier point, à savoir si la digestion intestinale des aliments a quelque pouvoir sur la formation du ferment pancréatique, nous avons fait plusieurs sortes d'expériences qui se prêtent un mutuel appui.

Étant connue la quantité d'aliments que le pancréas infusé peut dissoudre à la suite de la seule digestion gastrique, à l'exclusion de l'intestinale, nous avons mis dans le duodénum fermé aux deux bouts et dans l'estomac également fermé une double quantité d'aliments, l'une dans l'estomac, *l'autre dans le duodénum*; l'animal avait été pris à la vingt-quatrième heure du jeûne et avait par conséquent une réserve de suc pancréatique à la disposition de la digestion intestinale. Ayant sacrifié l'animal huit heures après, nous

---

toutes ses actions, mais il n'engendre que des sottises. Une chose lui manque pour obtenir les plus beaux résultats: le simple bon sens. »

Ce qui manque au héros de la Manche, le Français en aurait un peu trop; chez lui, le bon sens tue l'inspiration; il s'élèvera rarement au sublime, parce que le sublime est tout voisin de l'absurde. Mais plus qu'aucune autre nation, nous aurons le sentiment du vrai, du juste et du beau. L'auteur signale l'énergie des instincts sociaux en France. Le Français ne sait ni se réjouir, ni penser, ni vivre seul; l'isolement lui répugne et le laisse sans force; dans sa capitale, la société va presque jusqu'à la communauté. Aussi, sur notre sol, trouve-t-on plus que partout ailleurs l'échange spontané des services, des idées, des sentiments. De là cet empressement, cette politesse « qui seule sait ôter à chaque vice et ajouter à chaque vertu ».

« Une fortune bornée est ce qui convient le mieux au goût du Français: elle le dispense du métier de manœuvre, qui lui est antipathique.... » La terre acquise, le paysan l'aime et la cultive avec une sorte d'enthousiasme; malheur à qui y portera atteinte!

« Comme la Vénus antique, la Française, disputant le prix de la beauté, aurait avantage à dénouer sa ceinture; nulle pourtant ne sait mieux l'art de se vêtir. »

On voudrait citer tout, tant sont charmantes ces pensées par la forme et par le fond, mais il faut s'arrêter; d'ailleurs, en hachant ainsi les pages, on leur enlève la moitié de leur grâce et de leur valeur.

Le monde germanique, la forte race anglo-saxonne, sont également peints de main de maître.

« Ne trouvant pas dans son cœur le sentiment de la justice, l'Anglais est obligé de le demander au texte de la loi. »

« Un Français s'irrite de la partialité qui apparaît dans l'ancien Testament. Un véritable Anglais trouve la chose toute naturelle. Il fait sa lecture favorite d'un livre qui touche peu les populations douées du sens de la justice. »

J'omets les Slaves, sur lesquels l'auteur fonde de grandes espérances, les Grecs et les Turcs, et je touche aux conclusions.

vîmes que, en même temps que la digestion gastrique avait été accomplie, les aliments avaient *aussi* été en majeure partie non-seulement dissous, mais absorbés dans le duodénum.

La digestion ayant été doublée, si l'intestinale avait le même pouvoir que la gastrique, nous eussions dû vraisemblablement trouver le pancréas enrichi par le fait de la digestion intestinale ajoutée. Or, dans ce cas, le pancréas ne nous montra point une énergie sensiblement plus grande que si les aliments confiés à l'estomac eussent été seuls digérés.

La digestion duodénale n'avait point accru la richesse du ferment pancréatique (1).

Le résultat de cette première série d'expériences acquis, nous en avons fait une seconde; dans celle-ci, l'estomac resta tout à fait vide et par conséquent incapable de contribuer à la formation du ferment.

Chez ces animaux pris à la vingt-quatrième heure du jeûne, afin d'avoir, malgré l'estomac vide, une réserve de suc pancréatique pour la digestion du duodénum, nous avons injecté dans ce dernier organe fermé aux deux bouts 150, 200 grammes de bouillon.

Après deux, quatre, six heures, le bouillon se trouva digéré, absorbé même en totalité; mais le pancréas était resté inerte, *tant les aliments digérés par l'intestin sont impuissants* à provoquer la formation du ferment pancréatique.

Mais une objection peut être faite : il n'est point étonnant, pouvait-on dire, que le pancréas, malgré cette digestion intestinale, ne se soit pas enrichi de ferment, puisque l'excrétion de ce dernier était sans cesse provoquée par l'excitation produite sur les canaux excréteurs par les aliments en contact avec le duodénum; le pancréas avait beau s'enrichir, rien ne dit qu'il ne s'épuisait pas aussitôt par cette excrétion.

Nous avons donc fait l'expérience de digestion intestinale hors du duodénum, afin qu'aucun contact avec celui-ci ne pût exciter l'excrétion du suc. A cet effet, c'est dans le jéjunum fermé que nous avons porté les aliments déjà digérés *à l'aide d'un autre animal*, soit par le suc pancréatique recueilli par la fistule, soit par les sucs mixtes du duodénum.

Or, le pancréas, malgré l'absorption de cette digestion exclusivement intestinale, resta tout à fait inerte.

De telle sorte que, après ces expériences multipliées, il ne peut rester un doute à savoir que la digestion que les aliments subissent dans l'intestin, et la production des seules peptones intestinales est absolument impuissante à provoquer la formation du ferment pancréatique, soit par action réflexe, soit tout autrement.

Il en est tout différemment de la digestion gastrique des aliments.

X. *La formation, l'élaboration maxima du ferment pancréatique sont sous la dépendance directe de la formation des peptones gastriques.*

Autant nous avons vu la digestion dans l'intestin, c'est-à-dire la formation des peptones intestinales inhabile à provoquer la formation abondante du ferment pancréatique, autant les peptones gastriques sont puissantes à cet effet.

(1) Le contraire sembla plutôt exister, sans doute à cause de l'*excrétion*, de la perte de suc pancréatique provoquée par la présence des aliments à digérer dans le duodénum.

La digestion gastrique, en effet, avec ou sans ligature du pylore, avec *ou sans digestion intestinale aucune*, provoque constamment et par elle-même la formation abondante et maxima de ferment pancréatique dès la sixième heure du repas.

C'est ainsi que, dans toutes les expériences que nous avons rapportées ou que nous avons faites :

Soit que les animaux, n'ayant subi aucune opération, aient été laissés absolument à l'état normal;

Soit que les aliments, après avoir subi la digestion gastrique, aient été libres de franchir le pylore pour passer dans le duodénum et d'y subir la digestion intestinale;

Soit que les aliments ayant été mis et dans l'estomac et dans le duodénum, une ligature appliquée au pylore ait contraint les deux digestions à se faire séparément, sans communication aucune;

Soit que, le pylore étant encore lié, les aliments n'aient *été* mis que dans l'estomac, et que la digestion gastrique *seule* fût appelée à s'effectuer à l'exclusion de la digestion intestinale;

Il en est résulté constamment un fait unique; fait que ni les excitations sympathiques pures nées de l'estomac et de l'intestin, ni la liquéfaction, ni la digestion, ni l'absorption intestinales des aliments n'avaient été capables d'accomplir :

« Du moment que les aliments qui ont été confiés à l'estomac » s'y trouvent à l'état de dissolution digestive avancée, que les » peptones gastriques ont pu se former en abondance, le pancréas, » examiné à la septième heure du repas, se trouve richement » chargé de ferment pancréatique. »

Sans peptones gastriques, au contraire, tout ce qui précède est inutile; point (1) de production de ferment pancréatique.

Tel est ce fait.

Tel est le moteur nécessaire de cette partie de la *fonction sécrétoire* du pancréas. Il est nécessaire, mais suffit-il? En un mot, la formation abondante du ferment pancréatique s'effectue-t-elle, en vertu de la seule formation *préalable des peptones gastriques*; ou ces dernières, impuissantes par elles seules, ne deviendraient-elles efficaces que par l'absorption qu'elles peuvent subir : 1° soit dans l'estomac; 2° soit dans l'intestin? C'est ce que nous allons examiner.

(1) Ce mot n'est pas absolu; si, au lieu de digérer 50 grammes d'albumine, le pancréas en digère 1 seul gramme, je dis qu'il est inerte. Cette expression est toujours relative : *point* veut dire ici *extrêmement peu*. Il ne faut pas oublier que si, au milieu de la digestion et sous les influences puissantes que nous décrivons, le pancréas se charge à l'extrême de ferment pancréatique, en l'absence des peptones gastriques immédiatement fournies par le repas, il s'en forme toujours un peu pendant le jeûne prolongé. A vrai dire, pour moi il existe *toujours* du ferment dans le pancréas dès sa formation; mais la quantité en varie extrêmement suivant les conditions que nous avons examinées.

---

Combien je voudrais pouvoir suivre M. Clavel dans ces belles, nobles et séduisantes déductions! Mais le puis-je? L'auteur, réunissant en un faisceau les vertus et les vices de chaque race, et s'aidant de leur évolution historique, essaye de pressentir leur rôle politique et social, et, à vrai dire, le but même du livre est de montrer, par exemple, combien il importe que les considérations physiologiques entrent dans les conseils des gouvernements, de faire toucher de quel secours sont ces éléments scientifiques pour reconnaître les aptitudes et les destinées des peuples... L'impitoyable loi m'oblige donc à quitter la plume au moment de dire le dénoûment même du livre. Puisque je ne puis montrer les triomphes de l'auteur, je me dédommagerai par une critique.

« Mais, dit M. Clavel en terminant, il ne suffira pas à la civilisation de l'avenir que la conquête disparaisse, que l'égalité politique abolisse l'esclavage, le servage, et même le prolétariat; il ne suffira pas que les hommes obtiennent le bien-être, la moralité et l'instruction; tous seront menacés de décadence tant qu'un nouvel idéal ne viendra pas au secours de la religion, de la morale, de la poésie et des arts. »

« Ce promoteur indispensable de toute civilisation ne saurait surgir dans les contrées brumeuses de l'Ouest; il ne peut surgir du sang des Germains, des Celtes et même des Latins. Des races voyantes, comme les Sémites ou les Slaves, ont le privilége de son enfantement, etc. » Bref, notre confrère croit à la nécessité d'un nouveau Messie, et c'est de l'Egypte qu'il l'attend!

Vous demandez un idéal, mais il est trouvé; il fait battre des millions de cœurs généreux. C'est pour lui que nos valeureux pères et nous-mêmes avons tant souffert et tant combattu depuis la nuit du 4 août jusqu'à Solferino. Tout l'enthousiasme, depuis un siècle, n'a point d'autre mobile que d'établir sur la terre la justice et l'allégresse. Vous doutez et demandez comment un idéal placé dans l'homme même pourra suffire à l'art et à la vertu. Écoutez cette éloquente prosopopée du plus profond et du plus hardi penseur de ce siècle; ce sera ma péroraison et ma conclusion.

« Divin Platon, ces dieux que tu rêves n'existent pas. Nous ne connaissons rien au monde de plus grand et de plus beau que l'homme.

XI. *L'absorption intestinale des peptones gastriques n'est pas ce qui provoque l'élaboration sécrétoire abondante du ferment pancréatique.*

Relativement aux peptones intestinales, on a vu plus haut comment, en l'absence de digestion gastrique, celles-ci, absorbées soit dans le duodénum, soit au-dessous de lui, étaient absolument impuissantes à provoquer l'acte de FORMATION sécrétoire du pancréas.

Relativement aux peptones fournies par l'estomac, deux sortes d'expériences bien différentes que j'ai faites prouvent d'une manière évidente l'inutilité de leur absorption intestinale, pour la formation du ferment pancréatique. Voici la première :

1° Un animal reçut un repas copieux de viande. Au commencement de la cinquième heure, ce repas lui fut soustrait; la viande se trouvait presque entièrement digérée, méconnaissable ; le chyme était épais, chargé de peptones gastriques. Alors un autre animal à jeûn, à estomac vide (1), reçut par injection, dans le jéjunum, toute cette digestion gastrique. Une ligature empêchait le reflux vers l'estomac. Sacrifice fait quatre heures après, « le jéjunum avait absorbé toutes ces peptones gastriques ». Or, malgré cette énorme absorption par l'intestin, le pancréas était resté absolument inerte.

Donc l'absorption par l'intestin seul, même de peptones gastriques, est sans effet pour la formation pancréatique.

2° La seconde expérience, en supprimant l'absorption intestinale, en montre encore mieux l'inutilité. Liez, en effet, hermétiquement le pylore, injectez des aliments dans l'estomac, fermez l'œsophage. Le duodénum vide, sans communication avec l'estomac, ne peut dès lors recevoir ni une parcelle d'aliment, ni une goutte de chyme, pas même une bulle de gaz. Or, attendez sept à huit heures, ouvrez l'animal, *si la digestion gastrique s'est opérée* (2), cela suffit, vous trouverez le pancréas chargé à l'extrême de ferment pancréatique, et capable, pour un animal de 12 kilos, de digérer jusqu'à 60 grammes d'albumine.

L'inutilité de l'absorption par l'intestin peut-elle être plus évidemment démontrée ? Reste à examiner l'absorption par l'estomac.

XII. *Les peptones gastriques ne sont propres à développer la formation du ferment pancréatique qu'après avoir été absorbées par l'estomac même.*

D'abord nous devons proclamer très haut que nos expériences nous ont conduit de la manière la plus formelle à reconnaître à l'estomac, quoi qu'on ait pu dire, une force absorbante considérable.

Le pylore étant absolument fermé par la plus stricte ligature, nous avons injecté dans l'estomac, par une sonde, des quantités déterminées de bouillon ; l'œsophage était aussitôt ligaturé.

Après un temps variable entre demi-heure et six heures, nous enlevions l'estomac ; son contenu, qui n'avait pu échapper par aucune ouverture, avait dans ces cas diminué largement de volume ; c'est ainsi que 100 ou 150 centilitres de bouillon pouvaient avoir disparu en deux ou trois heures (1).

Ce fait avait eu lieu par une seule voie possible, l'absorption gastrique.

Mais ce qu'il importe de dire, c'est que, dans ces conditions d'absorption et sous l'influence du bouillon digéré dont nous venons de parler, le pancréas devenait actif, riche en ferment.

Quelle part avait ici la digestion, quelle part l'absorption ?

Si l'on pouvait supprimer l'absorption gastrique sans arrêter la digestion gastrique, on pourrait faire la part exacte qui revient, dans la production du ferment pancréatique, à chacun de ces phénomènes indépendamment de l'autre, la part de la transformation seule des aliments indépendamment de l'absorption, la part de l'absorption des peptones seules indépendamment de leur production.

Mais l'absorption gastrique s'opère à mesure que la dissolution digestive des aliments azotés dans l'estomac s'est effectuée, de telle sorte que les deux phénomènes sont trop étroitement unis pour qu'on puisse les séparer absolument. Une autre voie nous offrit heureusement la solution du problème.

Nous savons, en effet, que l'absorption gastrique elle-même, par elle seule, est tout à fait impuissante à provoquer la formation du ferment pancréatique. C'est ainsi que, quelle que soit la quantité élevée d'eau pure ingérée et absorbée par l'estomac, le pancréas reste inactif.

Or, nous allons voir l'estomac capable de digestion donner lieu à une formation de ferment pancréatique d'autant plus grande qu'il aura *absorbé* une plus grande quantité de peptones (2).

Si l'on injecte, en effet, à deux animaux égaux deux volumes égaux de bouillon, mais de bouillon inégalement chargé de maté-

(1) L'examen préalable du contenu de l'estomac à l'aide d'une sonde au commencement de l'expérience, et par l'autopsie à la fin de ce celle-ci, est toujours indispensable. Souvent, en effet, d'un côté, au début, l'animal peut n'être pas aussi à jeûn qu'on eût pu le croire.

(2) Cette double ligature arrête souvent la digestion gastrique ; il faut toujours examiner l'estomac préalablement à toute conclusion.

(1) Comme nous connaissions le poids des matériaux solides que la quantité de bouillon injectée contenait avant l'expérience ; après celle-ci, en lavant l'estomac et desséchant tout son contenu, nous constations, balance en main, la quantité de matériaux solides qui avait été enlevée par absorption.

(2) Cette proportionnalité n'a lieu que jusqu'à un certain point. Si le peu de richesse du pancréas est toujours en rapport avec l'absorption et la formation d'une *faible* quantité de peptones, une croissante proportion de peptones absorbées ne m'a pas conduit dans mes expériences à constater un accroissement également proportionnel et indéfini du ferment pancréatique. Sous ce rapport, l'activité fonctionnelle du pancréas, examinée par l'infusion, est limitée. Quoique ce fait puisse faire soupçonner, et bien que je ne l'eusse pas prévu, au contraire, il est réel. Par une riche alimentation, digérée dans les meilleures conditions, je n'ai jamais vu le pancréas, saisi à l'heure la plus favorable, me donner une infusion capable de digérer plus de 60 gram. d'albumine (animaux de 15 kilogrammes).

Ce chiffre pouvait être atteint par les animaux auxquels je donnais le repas expérimental mixte réglementaire de 250 grammes. Il n'était guère dépassé par ceux auxquels je donnai jusqu'à 500 grammes d'aliments.

---

» Mais l'homme sortant des mains de la nature est misérable et laid ; il ne devient sublime et beau que par la *gymnastique*, la *politique*, la *philosophie*, la *musique* (musa), et surtout, chose dont tu ne parais guère te douter, le *travail*.

» Qu'est-ce que le beau ? Tu l'as dit toi-même : c'est la forme pure, l'idée typique du vrai. L'idée, en tant qu'idée, n'existe que dans l'entendement ; elle est représentée, réalisée avec plus ou moins de fidélité et de perfection par la nature et par l'art.

» L'art, c'est l'humanité.

» Tous, tant que nous vivons, nous sommes artistes, et notre métier à tous est d'élever en nos personnes, dans nos corps, dans nos âmes, une statue à la BEAUTÉ. Notre modèle est en nous-mêmes ; ces dieux de marbre ou de bronze que le vulgaire adore, ce sont des étalons.

» La *gymnastique* comprend la danse, l'escrime, la lutte, la course, l'équitation et tous les exercices du corps. Elle développe les muscles, augmente la souplesse, l'agilité et la force, donne la grâce, prévient l'embonpoint et les maladies.

» La *politique* embrasse le droit civil, le droit public et le droit des gens, l'administration, la législation, la diplomatie et la guerre. C'est elle qui, tirant l'homme de la barbarie, lui donne la vraie liberté, le courage et la dignité.

» La *philosophie* enseigne la logique et la morale et l'histoire ; c'est le chemin de la science, le miroir de la vertu, l'antidote de la superstition.

» La *musique*, ou le culte des muses, a pour objet la poésie, l'éloquence, le chant, le jeu des instruments, les arts plastiques, la peinture et l'architecture.

» Son but n'est point, comme tu le supposes, ô sage Platon, de chanter les hymnes des dieux, de leur élever des temples, de leur ériger des statues ; de leur faire des sacrifices et des processions. C'est de travailler à la déification des hommes, tantôt par la célébration de leurs vertus et de leur beauté, tantôt par l'exécration de leur laideur et de leurs crimes.

» Il faut donc que le statuaire, que le peintre, de même que le chanteur, parcourent un vaste diapason, qu'ils montrent la beauté

riaux solides susceptibles de transformation digestive, la quantité de ferment pancréatique sera inégale.

Dans une expérience que je citerai, l'infusion du pancréas (1) de l'un des animaux se montra capable de digérer 16 grammes seulement d'albumine. Les 200 grammes de bouillon ingéré ne contenaient que 10 grammes de matériaux solides.

L'autre animal, dont les 200 grammes de bouillon ingéré contenaient, au contraire, beaucoup de matériaux solides (25 gram.), fournit à la même époque, après absorption entière, un pancréas capable, au lieu de 16 grammes, de digérer 45 grammes d'albumine dans le même temps.

Ainsi, non-seulement l'estomac absorbe, mais il est nécessaire qu'il absorbe, et plus il absorbe, plus il se fait de ferment pancréatique.

C'est ainsi que si, par défaut ou de temps ou d'activité de l'estomac, les aliments qui ont été confiés à cet organe n'ont point subi la liquéfaction et la transformation digestives, ils ne peuvent être absorbés, dès lors le pancréas reste également impuissant.

Si l'avance ou le retard que subit la liquéfaction ou la transformation digestive vient de la résistance des aliments, le même effet a encore lieu. Ainsi, lorsque l'on confie à l'estomac des aliments qui sont de nature à s'y digérer et dissoudre lentement, l'absorption gastrique des peptones est retardée, dès lors l'énergie maxima du pancréas se trouve reculée d'autant, et n'a guère lieu avant la septième ou huitième heure du repas. C'est le cas des viandes desséchées, des tendons, des viandes crues et coriaces.

Au contraire, cette heure se trouve avancée lorsque l'on confie à l'estomac des aliments qui se digèrent, se dissolvent et conséquemment peuvent être absorbés très vite, comme les viandes bien cuites, très divisées, les substances gélatineuses organisées. Les aliments liquides et non coagulables par le suc gastrique sont de cette catégorie, à ce titre, nuls plus que la gélatine dissoute et le bouillon n'exercent un effet plus rapide sur l'époque de l'énergie maxima du pancréas, qui se trouve extrêmement avancée.

C'est ainsi que, à la troisième heure, nous avons vu des animaux auxquels on avait administré seulement du bouillon présenter le maximum d'énergie du pancréas ; l'infusion de celui-ci digérait facilement alors 45 à 50 grammes d'albumine (2).

XIII. — *Lien étroit qui fait varier l'activité du pancréas avec la digestion gastrique. — Étude nouvelle des nutritions locales.*

On voit combien les variations que subissent l'heure d'élaboration maxima, et l'abondance de formation du ferment pancréatique se trouvent étroitement liées aux diverses conditions de la digestion gastrique.

(1) On sait que, dans ce cas, l'heure du maximum est vers la troisième heure ; c'est alors qu'il faut prendre le pancréas.

(2) Lorsque l'heure du maximum d'énergie du pancréas vient plus tôt, l'heure d'épuisement *peut* aussi se trouver avancée d'autant. Dans le cas précédent, celle-ci peut arriver à la sixième heure.

On conçoit, dès lors, combien, avant que je n'eusse fait la remarque de ces particularités, l'observation était difficile, puisque je pouvais trouver, suivant l'heure, la nature des repas, etc, des pancréas tantôt très actifs, tantôt encore inertes et déjà épuisés, et combien il importe aux expérimentateurs qui voudront nous suivre de fixer avec une précision extrême la quantité, la nature des aliments administrés, et de faire précéder les conclusions tirées de l'essai du pancréas par l'examen précis de la digestion et de l'absorption gastriques.

On voit aussi comment par notre travail, quelque imparfait qu'il soit, aux purs phénomènes nerveux et vasculaires auxquels jusqu'à présent on avait fait, en général, honneur de la sécrétion, se trouve substituée, si nous ne nous trompons, une doctrine absolument contraire, à savoir que la principale nécessité du pancréas pour former les matériaux distinctifs et fonctionnels de la sécrétion, c'est l'arrivée en son sein de matériaux déterminés, façonnés par la digestion gastrique, traversant la muqueuse de cet organe, apportés par la circulation, LES PEPTONES GASTRIQUES.

Qu'est-ce que les peptones gastriques, disent quelques physiologistes? Nous nous sommes expliqué ailleurs sur leur nature, mais ici peu importe.

Quelle que soit leur nature chimique, qu'elles ne constituent qu'une seule espèce (albuminose), ou, comme nous l'avons soutenu, qu'elles soient aussi nombreuses que les aliments qui leur ont donné naissance par la digestion; qu'elles constituent des corps définis ou non, puissent naître d'une seule façon ou de plusieurs, de quelque appellation (chyme gastrique, nutriments azotés, peptones, albuminose) qu'on veuille les décorer, ELLES EXISTENT, et de plus elles provoquent la formation du ferment pancréatique. Laissons à l'avenir d'accomplir d'autres progrès.

Mais si le suc pancréatique naît des peptones gastriques absorbées par l'estomac, à quelles nutritions locales *servent les* peptones gastriques absorbées par l'intestin, à quoi servent surtout *les* peptones intestinales, etc.?

Par quels matériaux déterminés se font la bile, le sperme, le tissu musculaire, cellulaire, cancéreux? *Telles sont* des questions à soulever. Mais ce qui doit frapper, c'est l'espoir de pouvoir un jour, à l'aide de connaissances plus précises, cherchées dans la voie ouverte, diriger, maîtriser pour ainsi dire chacune des digestions l'une par l'autre, et donner par la physiologie de la digestion un puissant secours à la thérapeutique.

On voudra bien remarquer que les expériences relatées dans ce mémoire ont été, pour la plupart, faites depuis longtemps, et que c'est en juillet 1859 que j'en ai formellement annoncé les principaux résultats.

« Le suc gastrique, s'il a digéré les aliments albuminoïdes dans l'estomac et a été absorbé avec les peptones, favorise tellement l'action pancréatique par un effet direct qu'à la cinquième heure de la digestion gastrique le pancréas a le maximum de puissance;

---

tour à tour lumineuse et assombrie, dans toute l'étendue de l'échelle sociale, depuis l'esclave jusqu'au prince, depuis la plèbe jusqu'au sénat. Vous n'avez su peindre que les dieux : il faut représenter aussi les démons. L'image du vice comme de la vertu est aussi bien du domaine de la peinture que de la poésie. Suivant la leçon que l'artiste veut donner, toute figure, belle ou laide, peut remplir le but de l'art. Que le peuple se reconnaisse à sa misère, apprenne à rougir de sa lâcheté et à détester les causes de son abaissement; que le parasitisme, exposé dans sa grosse et obscène nudité, reçoive sur chacun de ses muscles la flagellation de sa paresse, de sa corruption, de son hypocrisie et de son insolence. Que le magistrat, le militaire, le marchand, le paysan, que toutes les conditions de la société se voyant tour à tour dans l'idéalisme de leur dignité et de leur bassesse, apprennent par la gloire et par la honte à rectifier leurs idées, à corriger leurs mœurs et à perfectionner leur institution. Et que chaque génération, déposant ainsi sur la toile et sur le marbre le secret de son génie, arrive à la postérité sans autre blâme ni apologie que les œuvres de ses artistes. C'est ainsi que l'art doit participer au mouvement de la société, le provoquer et le suivre.

» Et c'est pour avoir méconnu cette destination de l'art, pour l'avoir réduit à n'être que l'expression d'une idéalité chimérique, placée en dehors de l'humanité, que la Grèce, élevée par la fiction, perdra l'intelligence des choses et le sceptre des idées. »

Dr BERTILLON.

---

QUESTION DU CONCOURS. — A la Faculté de Strasbourg, MM. Tourdes et Stœber, dans leurs rapports sur les titres des candidats à la place vacante par le décès de M. Forget, et M. Schützenberger, dans l'éloge de ce regrettable professeur, ont émis une opinion très favorable à la restitution du concours.

EN UN MOT, IL FAUT QUE LE PANCRÉAS VIENNE D'ÊTRE NOURRI IMMÉDIATEMENT DE PEPTONES GASTRIQUES POUR QU'IL ACQUIÈRE SON MAXIMUM D'ACTION. » (*Académie des sciences*, 4 juillet, et *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1859, p. 442.) Et plus explicitement :

« Le pancréas ne se charge pas de ferment pancréatique en l'absence de digestion et de peptones gastriques; une pure action sympathique de l'estomac sur le pancréas est impuissante à faire effectuer une réelle production de ferment pancréatique, aussi bien que sont impuissantes, pour cet objet, l'absorption et la production, quelque grandes qu'elles soient, de peptones intestinales. » (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 22 juillet 1859, p. 456. Voy. aussi 1860.)

Le présent mémoire rapporte en détail ce sur quoi nous nous étions fondé, pour nous exprimer ainsi, à cette époque.

Ajoutons qu'en septembre 1859, M. le professeur Schiff passant à Paris, nous eûmes l'occasion de faire en commun avec lui de nouvelles expériences (1) sur ce sujet. Par celles-ci, notre manière de voir s'est trouvée confirmée, et sous d'autres rapports développée largement. Je renvoie à la publication prochaine que nous ferons de nos expériences.

---

## Toxicologie.

RÉSUMÉ D'UN RAPPORT DE MM. V. NIVET, DOCTEUR-MÉDECIN, ET A. GIRAUD, PHARMACIEN CHIMISTE A CLERMONT-FERRAND, SUR UN TRIPLE EMPOISONNEMENT PAR LE VARAIRE OU ELLÉBORE BLANC; EXTRACTION DE LA VÉRATRINE. — CONDAMNATION DE L'ACCUSÉE.

Le 13 octobre 1860, MM. V. Nivet et A. Giraud furent chargés par M. le juge d'instruction de Clermont-Ferrand, agissant par délégation de son collègue de Brioude (Haute-Loire), d'examiner les organes des deux frères Journy, et de rechercher les traces du poison qui avait pu déterminer la mort de ces deux individus.

Un court historique emprunté aux pièces de l'instruction rendra plus facile à comprendre quelle était la mission des experts :

Pendant l'été de 1860, au moment où le village de la Boissière (commune de Chastel, présentait des conditions sanitaires très satisfaisantes, trois membres de la même famille, habitant la même maison, furent successivement atteints de troubles des fonctions digestives qui se terminèrent par la mort des deux plus jeunes malades.

*Symptomatologie.* — Dans les derniers jours de juin ou premiers jours de juillet, Journy (Jean) aîné, âgé de vingt-trois ans, fut pris subitement de douleurs vives à l'épigastre, de soif intense, de vomissements, d'une sensation de chaleur très prononcée dans l'arrière-gorge et la partie supérieure du ventre, et d'un peu de diarrhée. Ces accidents ne tardèrent point à se calmer, et le malade put se rendre dans un bourg voisin pour consulter un médecin. Quelque temps après, les mêmes accidents se renouvelèrent sans cause connue; mais leur intensité fut plus grande que pendant les premières atteintes.

Voici les symptômes observés chez Journy par le docteur Chalvignac, le 29 août 1860 :

Figure amaigrie exprimant l'anxiété, yeux entourés d'un cercle noir; insomnie depuis plusieurs nuits; pas de troubles de la vue, si ce n'est pendant et après les vomissements; pas de délire, point de troubles des facultés intellectuelles; peau à la température normale, faiblesse assez grande; point de troubles dans les fonctions des poumons et du cœur; inappétence, soif inextinguible; sensation de brûlure, de chaleur, d'ardeur à l'épigastre et le long de l'œsophage; éructations acides, vomissements fréquents qui se renouvellent aussitôt que le malade boit. On raconte avoir remarqué dans les selles et les vomissements des matières noirâtres ressemblant à du sang.

Les évacuations alvines sont accompagnées de ténesmes; la sécrétion et l'excrétion de l'urine se font normalement.

La mort a eu lieu le 31 août 1860.

Le frère cadet de Journy, qui était allé le 31 août chercher des médicaments à Saint-Flour, présente bientôt les mêmes symptômes que son frère (moins les ténesmes et les selles sanguinolentes); mais cette fois, la marche de la maladie est continue, et ce jeune homme meurt le 14 septembre à l'âge de vingt-deux ans.

Enfin la mère des deux fils Journy, Marie Batifoulier, qui est très âgée, a offert une série de phénomènes morbides semblables à ceux qui ont déjà été énumérés.

Vers le 24 ou le 25 août, Marie Batifoulier, un peu fatiguée déjà, fut prise d'une douleur vive à l'arrière-gorge, de soif intense, de vomissements de matières verdâtres, accompagnés de douleurs dans la région épigastrique; elle rendait quelques selles liquides, et sentait souvent des bouffées de chaleur très douloureuses qui, partant de la partie supérieure du ventre, gagnaient la poitrine et la partie inférieure du col; elles se terminaient par des éructations acides.

Le 29 août, le docteur Chalvignac voit la malade, et constate l'état suivant : faiblesse assez considérable, bourdonnements d'oreille, pas de troubles de la vue, si ce n'est pendant la durée des efforts de vomissements; cette femme voit alors les objets comme à travers un nuage; insomnie, pouls régulier (75 pulsations à la minute); rien dans le cœur ni les poumons; langue saburrale, plate, humide; inappétence, soif moins vive que les jours précédents; rougeur uniforme de la muqueuse de l'arrière-gorge et légère tuméfaction des amygdales; la douleur du cou a en partie disparu; les bouffées de chaleur sont moins fréquentes; sensation de brûlure à l'estomac s'accompagnant d'envies de vomir et d'éructations acides; pas de selles depuis la veille.

Le traitement consista dans l'emploi des moyens suivants : Tisane délayante, gargarisme astringent, vésicatoire épigastrique, bicarbonate de soude, craie préparée, sous-nitrate de bismuth; amélioration, mais il reste une grande faiblesse, des tremblements dans les jambes, des envies de vomir; elle se lève.

Lorsque son deuxième fils devint malade, Marie Batifoulier rechuta, et ce n'est que le 20 ou le 22 septembre que sa convalescence fut définitive. Cette femme est encore vivante.

Pendant notre séjour au Puy, nous avons interrogé la malade qui, en outre des symptômes indiqués ci-dessus, nous a dit que, lorsqu'elle se levait, pendant qu'elle était très souffrante, sa marche était incertaine, ses jambes étaient faibles, elle était obligée de s'appuyer contre les meubles.

V. Nivet.

*Phénomènes pathologiques produits par les substances qui contiennent de la vératrine.* — Il convient maintenant de rapprocher les symptômes éprouvés par les frères Journy de ceux qui sont déterminés par les substances qui contiennent de la vératrine, et spécialement par la racine de varaire ou ellébore blanc et par le colchique.

Lorsque la dose de poison n'est pas très forte, on observe des vomissements, des déjections alvines, un affaiblissement général. Si la dose est plus élevée, des vertiges, de l'incertitude dans la marche, des tremblements et des mouvements convulsifs plus ou moins graves.

D'expériences précises, faites par M. Aran, avec la vératrine elle-même, il résulte qu'à faible dose, les malades éprouvent des nausées, des vomissements, de la chaleur à l'œsophage et à l'estomac; le pouls se ralentit, la chaleur animale baisse; la peau se décolore, se couvre d'une sueur froide; il y a affaissement général; la langue reste humide, la soif est augmentée. L'intelligence se conserve tout entière.

Des doses très élevées provoquent des coliques violentes, des superpurgations, d'affreux vomissements, le tétanos, etc. (Soubeiran).

*Autopsies.* — Les autopsies des deux frères Journy ont été faites le 2 septembre : les organes étaient déjà altérés par la putréfaction; beaucoup d'entre eux n'ont pas été examinés afin de ne pas nuire à la recherche des poisons, s'il en existait. Les faits révélés par l'examen cadavérique n'ont aucune importance.

Le 13 octobre, les viscères principaux extraits de l'abdomen et de la poitrine de Journy aîné et de Journy jeune ont été remis aux experts; ils étaient enfermés dans deux vases de grès; ils ont été isolés et placés dans des vases de verre, bouchés au liége.

*Renseignements.* — L'instruction a démontré : 1° qu'une poudre blanche avait été administrée aux malades; 2° que de la racine de varaire ou ellébore blanc avait été remarquée dans une marmite qui était placée près du foyer de la maison Journy. Les experts devaient, d'après cela, examiner si un poison minéral n'avait pas été mêlé à cette poudre, et si les organes des fils Journy ne contenaient point un alcali vénéneux, et spécialement la vératrine, qui donne à la racine d'ellébore blanc ses principales propriétés toxiques.

*Première série d'opérations.* — Dans une première série d'expé-

(1) Ce travail commun a été déposé en paquet cacheté à l'Académie des sciences le 31 octobre 1859. M. Schiff en a déjà dit quelques mots dans le *Schmidt's Jahrbücher*, 1860, vol. CV, p. 269.

riences, les experts ont brûlé une portion des organes des fils Journy à l'aide de l'acide sulfurique : l'oxydation des substances minérales a été complétée par l'addition d'une petite quantité d'acide azotique. Les charbons, desséchés avec beaucoup de précaution et de ménagement, ont été traités par l'eau distillée bouillante et jetés sur un filtre.

L'appareil de Marsh et les réactifs n'ont révélé dans le liquide filtré aucune trace d'arsenic, d'antimoine, de cuivre, de plomb, d'étain ou de zinc. Le fer est le seul métal dont l'existence ait été constatée.

Ces expériences ont été faites sur les charbons suivants :

1° Charbon obtenu en brûlant l'estomac et une partie de l'intestin de Journy aîné;

Charbon obtenu en brûlant une partie du foie et du sang du même Journy.

2° Charbon obtenu en traitant de la même manière du sang provenant de Journy jeune;

Charbon obtenu en brûlant l'estomac et une partie de l'intestin du même individu;

Charbon obtenu en brûlant un tiers du foie du même Journy jeune.

Les experts n'ont rencontré dans ces divers charbons aucune trace de poison minéral.

*Deuxième série d'expériences.* — La deuxième série d'expériences avait pour but de rechercher la présence de la vératrine ou de tout autre alcali organique vénéneux.

Les experts ont employé le procédé de Stas publié dans le *Manuel de médecine légale* de Briant, Chaudé et Gaultier de Claubry, édition de 1852, page 670. Ils ont cependant fait à ce procédé quelques modifications qui sont indiquées dans le *Précis d'analyse qualitative* de Gerhardt et Chancel.

1° L'acide oxalique a servi à séparer la base alcaline de ses combinaisons avec les matières organiques, puis l'oxalate a été isolé des matières étrangères à l'aide de l'alcool concentré chauffé à 75 degrés.

2° Le liquide refroidi a été jeté sur un filtre mouillé qui a retenu une grande partie des matières grasses. Il a été ensuite placé dans une capsule au-dessus d'un vase rempli d'acide sulfurique, et les deux récipients ont été couverts avec une cloche jusqu'au moment où la solution alcoolique a présenté la consistance sirupeuse. Nouvelle dissolution de cet extrait dans de l'alcool concentré froid, filtration nouvelle, évaporation.

3° Dissolution du dernier résidu dans très peu d'eau; saturation par le bicarbonate de potasse pur (au lieu du carbonate) jusqu'à cessation d'effervescence, puis traitement par l'éther à plusieurs reprises.

La solution éthérée a été évaporée à l'air libre dans une capsule recouverte d'un papier à filtre. Elle a laissé au fond de la capsule une matière brune d'une odeur forte et désagréable dont la saveur était âcre et nauséeuse.

4° Cette matière brune a été traitée par une solution étendue de potasse caustique pure; ce mélange a été ensuite agité dans un tube à plusieurs reprises avec de l'éther, puis la solution éthérée a été évaporée dans une capsule recouverte d'un papier à filtre. Il est resté un résidu jaunâtre.

Ce procédé d'analyse a donné les résultats suivants :

*Expériences faites sur les organes de Journy (Jean) aîné.* — La moitié du foie, une partie de l'intestin grêle, le pancréas, le cœur, représentant en volume les deux tiers d'un litre d'eau, ont été coupés très menu et traités par le procédé ci-dessus exposé.

Les experts ont obtenu en dernière analyse une matière organique d'apparence résinoïde, d'une odeur nauséeuse, d'une saveur âcre, soluble dans les acides étendus, et ramenant au bleu le papier de tournesol préalablement rougi par un acide. Sa solution dans les acides précipite en jaune le chlorure de platine dissous dans l'eau distillée. La matière elle-même, traitée par l'acide sulfurique concentré, prend une teinte jaune; puis, quand on la chauffe à 28 ou 30 degrés, elle devient d'un rouge pourpre qui persiste plusieurs heures.

*Expériences faites sur les organes de Journy jeune.* — Une partie du foie, de l'intestin et du poumon de cet homme, représentant à peu près en volume un demi-litre d'eau, ont donné une petite quantité de matière offrant les mêmes caractères que celle retirée des organes de Journy aîné.

*Expériences faites sur le foie d'un militaire mort à l'Hôtel-Dieu d'une albuminurie.* — Du sang et une quantité de foie représentant en volume un demi-litre d'eau ont été soumis à l'action des mêmes réactions et des mêmes réactifs.

Il est resté une très petite quantité de matière extractive jaunâtre qui n'est ni âcre ni nauséeuse, et qui, mise en contact avec l'acide sulfurique concentré, a jauni d'abord, mais n'a pas pris, quand on l'a chauffée à 28 ou 30 degrés, la teinte rouge pourpre: elle a pris une couleur brunâtre presque noire, tirant un peu sur le jaune.

*Expériences faites sur un poulet.* — 5 centigrammes de la matière incomplétement desséchée et impure qui provenait des organes de Journy aîné ont été dissous dans une cuillerée à café d'eau pure aiguisée avec deux gouttes d'acide acétique pur. De la mie de pain a été émiettée dans cette solution; ce mélange a été administré à midi à un poulet bien portant âgé de trois mois et demi, et à jeun depuis la veille. Après avoir avalé la mie de pain, cet animal a bu quelques gorgées d'eau.

Pendant la première heure, il n'a offert rien de remarquable : il a conservé la vigueur et l'aspect qu'il avait au début de l'expérience.

Une heure plus tard, ses mouvements sont devenus moins vigoureux; il a paru triste, il penchait la tête, ses plumes se sont hérissées. De midi à une heure, il a fienté quatre fois. Un quart d'heure plus tard, il a présenté des phénomènes d'ivresse : quand il voulait marcher en avant, il tombait sur le bec; s'il voulait reculer, il tombait sur la queue ou sur le côté; il se relevait avec beaucoup de peine. Cet état a duré jusqu'à trois heures et demie du soir. A cette époque, l'ivresse a diminué rapidement : le poulet a paru disposé à manger; ses mouvements, sans être aussi vigoureux que le matin, sont devenus réguliers. A quatre heures, un peu de mie de pain et de l'eau pure lui ont été *donnés : il a bu et mangé* avec appétit.

Le soir, à six heures, rien d'extraordinaire; on enferme l'animal dans un panier, qui est placé dans un appartement où il ne gèle pas. L'observation est reprise le lendemain matin à huit heures. Le panier est ouvert : ce poulet ne cherche point à sortir; il paraît inquiet, abattu, engourdi; son plumage est fortement hérissé, il remue à peine.

A midi, les deux experts sont réunis : le poulet est retiré du panier et mis sur ses deux jambes. L'un des experts le tourmente, et, lorsqu'il le pousse en avant, l'animal tombe et présente des mouvements convulsifs; les membres sont roides, les muscles contractés. A midi et demi, ce poulet tombe sur le flanc droit, pousse quelques piaulements et meurt en présentant les symptômes du tétanos.

NOTA. *La deuxième digestion avait provoqué l'absorption d'une partie du poison qui était probablement restée dans le jabot pendant la première partie de l'expérience.*

### CONCLUSIONS.

Il résulte des faits exposés dans ce rapport que la maladie des frères Journy s'est manifestée dans un village où l'état sanitaire était excellent et dans lequel aucune maladie semblable ne s'était montrée;

2° Que cette maladie a offert les mêmes symptômes que les empoisonnements provoqués par des substances contenant une petite quantité de vératrine;

3° Que les organes des frères Journy ont fourni une petite quantité de matières offrant les caractères de la vératrine;

4° Que la matière retirée des organes de Jean Journy aîné, administrée à un poulet, a provoqué les phénomènes qui sont déterminés par les substances contenant de la vératrine.

Ce qui autorise les experts à conclure que les frères Journy sont morts empoisonnés par une substance contenant de la vératrine.

Enfin un témoin a déclaré que des cochons qui avaient mangé les déjections des frères Journy ont offert les symptômes de l'empoisonnement par l'ellébore blanc.

NOTA. Les débats ont révélé plusieurs faits qu'il importe de rappeler en quelques mots :

1° La fille Journy, qui est accusée d'avoir empoisonné ses deux frères et sa mère, a été atteinte, pendant qu'elle habitait l'Angleterre, d'une manie hystérique d'après certains médecins anglais, d'une manie aiguë liée à un trouble des fonctions menstruelles d'après d'autres; cet état a duré environ deux ans; 2° cette fille a appris en Angleterre que l'ellébore blanc était un poison dangereux; 3° l'empoisonnement paraît avoir été déterminé par le mélange, avec les boissons et les aliments des personnes empoisonnées, du suc ou de la décoction de racine d'ellébore blanc; 4° des rapports verbaux faits par les docteurs Pissis et Nivet à l'audience du 13 mars 1861 ont établi que la fille Journy n'a offert aucun symptôme d'aliénation mentale, soit pendant sa détention préventive qui a duré plusieurs mois, soit à l'époque où elle administrait le poison à ses frères et à sa mère. Cependant l'état mental présenté antérieurement par cette femme a probablement motivé l'admission des circonstances atténuantes. Toujours est-il que, le 13 mars 1861, la fille Journy, âgée de trente-cinq ans, a été condamnée à la réclusion perpétuelle (1).

## III.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de feu M. Rathke.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 41, M. Purkinje obtient 40 suffrages; M. van Beneden, 1.

M. Purkinje, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

— M. *le ministre d'État* transmet un mémoire de M. Duvignau sur un appareil de son invention destiné à l'usage des aveugles qui ont besoin d'écrire. Le mémoire et l'appareil qui y est joint sont renvoyés à l'examen de MM. Serres, Andral et Combes.

THÉRAPEUTIQUE. — *Traitement du diabète sucré par l'emploi simultané de l'alun calciné et de l'extrait de ratanhia*, extrait d'un mémoire de M. *Demeaux*. — Depuis plusieurs années j'ai traité le diabète sucré par l'extrait de ratanhia et l'alun calciné mélangés dans des proportions égales; j'ai obtenu des résultats qui d'abord m'ont encouragé, que j'avais communiqués déjà en 1856 à mon illustre ami M. Bernard. J'avais eu l'occasion d'observer des malades à diverses périodes de l'affection, et aussi des malades chez lesquels l'affection présentait divers degrés d'intensité. Chez presque tous, j'avais remarqué que l'emploi du médicament que je viens de signaler modifiait d'une manière notable les symptômes principaux. Chez quelques autres, où la maladie n'était pas encore suffisamment caractérisée pour permettre de porter un diagnostic formel et précis, j'ai vu dans quelques semaines les malades recouvrer leur santé primitive. (*Comm.:* MM. Chevreul, Rayer, Bernard.)

— M. *Demeaux* soumet également au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : *De l'influence du coaltar sur la décomposition des matières organiques*. (*Comm.:* MM. Chevreul, Rayer, Bernard.)

(1) Le pourvoi en cassation a été rejeté le 11 avril 1861. (*Lettre de M. Salneuve, procureur général près la cour impériale de Riom.*)

— *Action thérapeutique des sels alcalins produite par l'acide phénique ou ses homologues*, note de M. *Bobœuf*. — L'auteur, en terminant son mémoire, résume dans les termes suivants les résultats des recherches qui y sont exposées :

1° Les phénates alcalins solubles (de soude ou de potasse), appliqués à 5 ou 10 degrés au moyen de compresses qui en soient imbibées sur des blessures vives produites par des instruments tranchants, agissent avec la plus grande énergie comme agents hémostatiques, et arrêtent instantanément les hémorrhagies; 2° les dissolutions étendues des phénates alcalins solubles, ainsi que toutes les dissolutions aqueuses de l'acide phénique et celles des huiles saponifiables, des huiles essentielles végétales et minérales, guérissent la gale et toutes les affections analogues; 3° les phénates métalliques, notamment le phénate de mercure, devront rendre à la thérapeutique d'immenses services; 4° les charbons phénatés seront souvent pour la médecine un puissant auxiliaire; 5° les huiles essentielles obtenues des ligneux (charpie, chiffons, papier, etc.), en les extrayant sous forme de vapeur au moyen de la *pipe*, et en les agitant ensuite avec l'eau pour obtenir des dissolutions aqueuses d'huiles essentielles, seront d'une grande utilité aux soldats en campagne pour prévenir, soit l'inflammation de leurs blessures, soit la gangrène. (*Comm.:* MM. Flourens, Velpeau, Jobert.)

MÉDECINE. — M. *Labalbary* soumet au jugement de l'Académie une *Note sur les végétations dites syphilitiques*.

M. Andral est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie s'il y a lieu de la renvoyer à l'examen d'une commission.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a*. Une série de rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs *Grosgurin* (de Saint-Claude), *Secourgeon*, médecin militaire à Perpignan, *Contesse* (de Cernon), *Madin* (de Blerecourt), *Malichecq* (de Mont-de-Marsan). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de l'Ardèche et de Seine-et-Marne. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les rapports sur les eaux minérales de Vals (Ardèche), par M. *Chabanne*; d'Audinac (Ariége), par M. *Dehoey*; de Chaudesaigues (Cantal), par M. *Chevalier*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur l'utilité de la revaccination, par M. le docteur *Bruguier*. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Une lettre sur l'emploi du sulfure de chaux en frictions comme agent régénérateur des os, par M. le docteur *Lavau* (de Birac).

*Lectures.*

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un certain nombre de rapports dont les conclusions sont adoptées.

Un de ces rapports concerne un procédé de préparation et d'administration d'*iodure de gluten* destiné à masquer la présence de l'iode dans les substances alimentaires, par M. *Lafond-Lacrosse*.

M. *Gibert* doute que l'association de l'iode aux féculents soit une bonne préparation; il pense que l'administration de ce médicament ou de ses dérivés, à l'état de pureté, est plus énergique et préférable.

L'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de M. Poggiale sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

M. *Rufz* présente le cadavre d'une poule atteinte d'une lésion des vésicules aériennes thoracique et abdominale, caractérisée par la présence de fausses membranes croupales sur la muqueuse des voies respiratoires post-pulmonaires.

M. *Reynal* déclare que cette affection est très fréquente depuis une dizaine d'années, surtout chez les volailles importées d'Angleterre ou de Normandie. Il rappelle qu'il a présenté lui-même à l'Académie un cas de ce genre, et qu'il a donné une description détaillée de la diphthérite chez les gallinacés.

La séance est levée à cinq heures.

**Société de médecine du département de la Seine.**

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 2 AOUT 1861.

M. *Collineau*. Observation; abcès phlegmoneux de la fosse iliaque après un accouchement laborieux.

M. *Bauchet*. Observation sur des tumeurs qui prennent naissance sur le trajet des vaisseaux et des nerfs.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCE DU 31 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

PALATOPLASTIE PAR LE PROCÉDÉ DE M. BAIZEAU. — SUTURES MÉTALLIQUES. — TUMEUR CONGÉNITALE DE LA RÉGION MAMMAIRE CHEZ UN HOMME.

M. *Gosselin* a présenté à la Société un jeune homme chez lequel il a fait avec succès une palatoplastie par le procédé de M. Baizeau. La perforation se trouvait, chez ce jeune homme, au côté droit de la voûte palatine, et avait 9 millimètres de largeur. La syphilis paraissait n'être pour rien dans cette lésion, qui se rattachait à un coryza chronique non spécifique. Ce coryza, M. Gosselin, avant d'entreprendre l'opération, l'avait notablement amélioré par des injections d'eau chlorurée dans les fosses nasales. Pour ces injections, il se sert d'une forte seringue, à l'aide de laquelle il pousse dans une narine un courant abondant et rapide qui revient par l'autre narine, et a ainsi une action détersive très puissante.

Avant de se décider à une autoplastie, M. Gosselin essaya de remédier à la perforation par un obturateur fabriqué sur le modèle de ceux qu'emploie M. Diday; mais les bords de la perforation, bien que la cicatrice fût complète depuis longtemps, étaient d'une telle sensibilité que l'application de l'obturateur était des plus difficiles à supporter. Le malade n'aurait assurément pas pu renouveler cette application tous les matins; d'un autre côté, il insistait vivement pour qu'on l'opérât, car cette perforation l'empêchait d'exercer sa profession, dans laquelle il a souvent besoin de souffler au chalumeau.

Le 6 juillet dernier, M. Gosselin fit cette palatoplastie, et choisit le procédé que M. Baizeau a exposé, en 1858, devant la Société de chirurgie, et à propos duquel M. Larrey a lu devant la Société médicale d'émulation un rapport qui est l'histoire tout entière du traitement des perforations de la voûte palatine. Nous rappellerons en quelques mots en quoi consiste ce procédé : on fait de chaque côté de la perforation deux incisions parallèles, antéro-postérieures, en tout quatre incisions, dont les deux moyennes rasent les bords de la perforation et se réunissent en avant et en arrière. Il y a donc de chaque côté de la perforation deux ponts muqueux qu'on détache de la voûte par leur face profonde, et qui restent adhérents par leurs extrémités. Ce sont ces ponts qu'on rapproche, et dont les bords voisins sont fixés par des sutures.

Dans l'opération de M. Gosselin, le rapprochement fut si facile que les lambeaux auraient suffi pour combler une perte de substance plus considérable. La suture fut faite à l'aide de cinq fils métalliques qui restèrent pendant dix jours, au bout desquels deux fils avaient coupé les lèvres de la plaie. La réunion n'en était pas moins aussi complète que possible.

Le malade perdit beaucoup de sang pendant l'opération. Les sutures une fois placées, il en perdait encore, et il fut nécessaire d'appliquer des tampons imbibés de perchlorure de fer pour arrêter cette hémorrhagie, qui se reproduisit le lendemain de l'opération, mais fut cette fois définitivement arrêtée.

M. *Verneuil* fait observer que l'écoulement du sang, presque toujours très abondant, constitue la plus grande difficulté de ces sortes d'opérations. Plusieurs fois il s'est trouvé en présence d'hémorrhagies qui auraient pu être fort inquiétantes si elles n'avaient été arrêtées à temps.

Tout porte à croire que le succès de la palatoplastie que vient de faire M. Gosselin est un succès définitif; mais l'opération est encore de date trop récente pour qu'on puisse se prononcer avec certitude sur ses résultats.

Le fait suivant prouve la facilité des récidives : dans un cas, M. Verneuil avait à refaire la voûte palatine presque tout entière. Les deux moitiés de cette voûte étaient relevées presque verticalement. La muqueuse, détachée de ces deux moitiés de voûte, et abaissée, fut réunie sur la ligne médiane. Le succès paraissait d'abord magnifique; pendant un mois la réunion se maintint; mais les bords se désunirent insensiblement, et, au bout d'un certain temps, les lambeaux avaient repris leur place primitive.

Relativement aux sutures, M. Verneuil pense que les fils métalliques doivent pour ces opérations rendre les mêmes services que pour les perforations vésico-vaginales. La muqueuse palatine est plus sécable que la muqueuse du vagin : c'est une raison de plus pour employer ces fils, qui coupent moins que les fils de chanvre ou de soie.

M. *Richet* n'est pas aussi convaincu que M. Verneuil de la supériorité des fils métalliques. Il a voulu, dans un cas d'uréthroplastie, les comparer aux fils ordinaires en les plaçant dans les mêmes conditions : un côté du lambeau fut fixé avec trois fils de chanvre, l'autre avec trois fils métalliques; la distance des fils et leur tension étaient les mêmes. Pendant que les fils ordinaires ont tenu, les fils métalliques ont coupé les lèvres de la plaie en trente-six heures.

M. *Broca* pense que, quand on veut obtenir des fils métalliques tous les avantages qu'ils peuvent donner, il faut les appliquer en très grand nombre. Trois fils, pour les dimensions du lambeau qu'avait fait M. Richet, étaient insuffisants.

M. *Gosselin*, dans un cas de staphylorrhaphie, a fait la suture avec neuf fils métalliques qui sont restés onze jours sans qu'un seul ait coupé la muqueuse. Le résultat fut des plus satisfaisants. Mais M. Gosselin n'a pas été aussi satisfait dans les cas où il a employé les sutures métalliques pour réunir des lambeaux cutanés. Il a vu souvent les fils de métal sectionner les bords des plaies au bout de cinq à six jours, de la suppuration s'établir sur le trajet des fils et dans les plaies, enfin la réunion immédiate manquer totalement.

M. *Bauchet* n'a pas eu à se féliciter des sutures métalliques dans deux cas d'uréthroplastie, bien qu'il n'ait pas mis plus de 3 millimètres de distance entre chaque fil.

A ces faits, M. *Verneuil* oppose une uréthroplastie dans laquelle les fils métalliques ont parfaitement réussi. Il est vrai que, dans ce cas, les fils avaient été serrés sur une plaque de plomb, comme dans les opérations de fistules vésico-vaginales. Dans un autre cas, M. Verneuil a obtenu, à l'aide de ces fils, une réunion aussi immédiate que possible, après l'ablation d'une tumeur sous-cutanée.

— M. *Morel-Lavallée* a présenté une tumeur énorme enlevée le matin même chez un homme qui avait, depuis sa naissance, une tuméfaction de la région mammaire. Pendant très longtemps cette tumeur était restée stationnaire; mais elle avait pris, dans ces deux derniers mois, un tel accroissement que le malade demanda à en être débarrassé. Cette tumeur siégeait entre les deux muscles pectoraux. Elle était constituée par du tissu fibreux à la périphérie, au centre par du tissu cartilagineux dégénéré et ramolli dans un grand nombre de points.

Dr P. Chatillon.

---

IV

## VARIÉTÉS.

L'école impériale d'application de médecine militaire vient de faire une perte aussi regrettable pour l'armée que pour la science dans la personne du professeur agrégé Albert Dujardin, fils de

l'illustre naturaliste de ce nom. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier avec les honneurs militaires dus à son grade, et au milieu d'une affluence considérable de médecins militaires et de notabilités, parmi lesquels on remarquait MM. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Delafosse (de l'Institut), Wallon (de l'Institut), les officiers de santé en chef de l'hôtel impérial des Invalides, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, etc. L'école du Val-de-Grâce toute entière, directeur et professeurs en tête, s'y trouvait.

Deux discours ont été prononcés, l'un par M. le directeur de cette école, l'autre par M. Ludger-Lallemand; le plus ancien des professeurs agrégés.

Voici le discours prononcé par M. l'inspecteur Michel Lévy :

**Messieurs**,

La disparition des hommes de cœur et d'intelligence est toujours une calamité; mais quand ils sont enlevés dans la plénitude de la jeunesse et dans la floraison de leur talent, la douleur est plus grande, et il s'y ajoute quelque chose de cette stupeur que produisent les catastrophes soudaines. Depuis longtemps nous assistons pour ainsi dire au spectacle d'une lutte héroïque, mais désespérée, entre un organisme qui tombait en ruine et une volonté inspirée par le devoir, s'efforçant de retenir à son service une vie de plus en plus défaillante, et cependant, à la première nouvelle de la crise suprême qui venait terminer la lutte, au bruit de la mort, hélas! prévue, de notre Dujardin, qui de nous n'a senti, ne sent encore le poids de cette tristesse mêlée de stupeur? En présence de la tombe ouverte, notre esprit se refuse à la réalité; nous nous demandons comment tant de verve, de facultés, de connaissances variées, de savante curiosité, de fine et diserte causerie, comment tant d'activité et d'entrain pour le bien des malades et pour le progrès de la science, se sont anéantis en quelques heures de souffrance aiguë! Il y a quatorze ans qu'une exploration motivée par une soudaine hémorrhagie des voies respiratoires, nous a révélé l'existence de la maladie qui vient de l'entraîner, et cette mort que nous avons vue s'approcher pas à pas, avec une lenteur que l'on eût dite calculée, trouble et consterne nos cœurs, comme si elle avait frappé à l'improviste. Tant l'idée de la fragilité nous répugne, tant la jeunesse ornée des plus beaux dons de l'intelligence inspire d'espoir et convie à la sécurité, même alors qu'elle laisse déjà paraître à l'œil exercé les premiers indices d'une destruction commencée!

Albert-Félix Dujardin est né à Tours le 12 octobre 1824; son père, professeur et ancien doyen de la Faculté des sciences de Rennes, correspondant de l'Institut où sa place était marquée parmi les titulaires, a présidé à son éducation et dirigé ses études jusqu'au jour où il confia ce fils unique à la médecine militaire. Cette origine, cette sorte d'incubation prolongée sous l'aile d'un homme supérieur et d'une instruction profonde, explique la précocité scientifique du jeune Dujardin. A un âge où d'autres bégayent les définitions les plus élémentaires et accomplissent lourdement la tâche du labeur scolastique, il se jouait dans le détail de la botanique, de la zoologie, de la géologie; il était un familier des laboratoires de physique et de chimie; joignant, dans ses divers ordres de connaissances, la pratique à la théorie, herborisant, martelant, manipulant et étonnant tour à tour par la précision et l'étendue d'une mémoire incomparable, par l'ingénieuse sagacité des rapprochements et des interprétations, par la finesse des aperçus.

A l'âge de vingt-trois ans, je l'ai connu, et laissez-moi vous le dire sans hyperbole, je l'ai admiré. Avec une élocution aussi facile qu'élégante, avec une saine abondance d'idées et d'observations, il était peu enclin à la discussion où il savait pourtant se rendre redoutable aux adversaires; avec un talent de rédaction qui se prêtait à tous les genres, il n'éprouvait point le besoin d'écrire. Les observations qu'il m'a remises et que je conserve, sont des modèles de précision et de clarté, ses lettres intimes ont un parfum littéraire en même temps qu'elles portent l'empreinte d'une exquise délicatesse de sentiment. Tel vous l'avez connu, messieurs les stagiaires, dans les conférences qu'il présidait naguère et où vous avez montré plus d'une fois, sous sa docte impulsion, le goût des controverses utiles, tel je l'ai apprécié au début de sa carrière médicale: esprit lucide, concis, sobre, nourri de fortes études, appuyé sur les plus positives données de la science, observateur toujours exact et scrupuleux sinon toujours à l'abri de l'erreur, dédaigneux de la publicité hâtive et des élaborations incomplètes, amant de la vérité, ennemi de tout ce qui pouvait adultérer la science et nuire à la dignité professionnelle, remplissant les devoirs de l'élève et du sous-aide avec le même sentiment qu'il a plus tard compris ceux de médecin major des ambulances d'Afrique et des hôpitaux infectés de Varna et de Constantinople. Singulier exemple de maturation rapide et simultanée de l'intelligence et du caractère! Le médecin, le savant, l'homme de famille, le citoyen, étaient tout d'une pièce et comme coulés dans un moule qui avait ses reliefs; il avait la vraie modestie qui est la réserve, non l'hypocrite ignorance de soi-même. Il n'était médiocre ni dans ses aspirations ni dans ses répulsions; il n'était faible de principes ni de conduite, il avait, dans les lignes de son individualité morale, l'harmonie qui appartient à la Touraine où il est né, et la rigidité de la race bretonne au milieu de laquelle il a placé les années de son adolescence. De là un mélange de mansuétude et de fermeté dans le caractère, de tolérance et de foi dans l'esprit, plein de scepticisme et contrôleur inexorable en matière de faits scientifiques, soumis et croyant de parti pris quand il s'agissait de religion, impassible dans le tourbillon des événements politiques. En 1848, il était mon aide de clinique au Val de-Grâce et parfois l'unique coopérateur de mes visites, son exemple m'a aidé à ramener la jeunesse de l'école au calme et à la régularité, il résistait aux suggestions impérieuses de la foule avec sérénité des convictions qui faisaient de lui un champion de l'ordre et de l'autorité; il agissait sur ses collègnes avec aménité et persuasion. Voilà quels ont été ses débuts auprès de moi; c'est ainsi qu'il a justifié de toute manière l'adoption que j'avais faite de lui en 1847, sous la pression d'un ami commun, M. de Quatrefages, membre de l'Institut, qui confondait Dujardin père et fils dans une égale estime, dans une égale sympathie.

A cette époque se rattache le souvenir néfaste que j'ai mentionné: au sortir d'une longue visite de nos malades, dans la cour même du Val-de-Grâce encore tumultueuse des derniers bruits de l'insurrection, Dujardin eût une première et violente atteinte d'hémoptysie: nul doute que les émotions comprimées et les turbulences extérieures n'aient contribué au développement d'une maladie jusqu'alors latente.

Avant de devenir mon aide de clinique au Val-de-Grâce, il avait rempli la même fonction à l'hôpital d'instruction de Lille; il y avait été envoyé comme sous-aide à la suite d'un concours où il avait obtenu le premier rang; dans l'intervalle, il avait acquis le titre de docteur (à vingt-deux ans) et produit une thèse sur l'intermittence dans les *fièvres catarrhales*, œuvre de judicieuse observation et d'utiles inductions pour la thérapeutique. A la fin de 1848, il disputa de bien près le premier rang au concours pour le grade d'aide-major et partit pour l'Afrique où il participa très activement, comme aide-major du 1er chasseurs à cheval et du 4e chasseurs d'Afrique à diverses expéditions, dont quelques-unes le conduisirent dans le Sahara. Dirai-je la confiance et l'affection qu'il inspira partout? Officiers et soldats entouraient de leurs vives sympathies le jeune aide-major, toujours prêt à les assister avec compétence et sûreté, toujours en haleine de dévouement ou de recherches scientifiques: le botaniste, le géologue, le zoologiste utilisaient les loisirs de l'aide-major; mais tous disparaissaient devant le médecin, dès que celui ci était mis en demeure.

L'Empereur m'ayant confié en 1854 la mission d'organiser et de diriger pendant quelque temps le service de santé de l'armée d'Orient, Dujardin, qui était en Afrique, s'empressa de solliciter auprès de moi le poste de secrétaire; je lui donnai rendez vous à Marseille, où il se trouva au jour fixé pour notre embarquement. Ses épreuves commencèrent avant le terme de la traversée; le choléra se déclara sur les hommes du 5e léger embarqués avec nous et qui n'avaient point de médecin, il se chargea de ce service. Peu de temps après, il m'assistait au milieu des cholériques de Varna, passant les journées en visites et en excursions dans les ambulances et les hôpitaux, et une partie des nuits en travaux de correspondance et d'écritures officielles. Une dysenterie cholériforme, suivie d'une émaciation inquiétante, l'obligea à rentrer en France, mais à peine rétabli, chétif encore et décoloré, il revint à Constantinople où je lui assignai cette fois un emploi dans les hôpitaux, plus en rapport avec les conditions de sa frêle santé que les attributions de secrétaire; il y resta jusqu'à la fin de la guerre et fut mêlé activement au traitement des scorbutiques, des typhiques et de toutes les formes morbides complexes qui marquèrent les dernières phases de cette vaste maladivité. Le grade de major, la croix de chevalier de la Légion d'honneur, celle du Medjidié furent les récompenses successives du dévouement et du talent déployés par notre ami dans ces difficiles conjonctures.

La campagne d'Orient terminée, il retourne en Afrique; il y passe les années 1856 et 1857; en 1858, un concours est annoncé pour un emploi d'agrégé du Val-de-Grâce: vacance improvisée par la mort la plus inattendue! Félix Jacquot, encore ébranlé par les fatigues de la guerre d'Orient, avait convoité le titre d'agrégé comme la meilleure récompense de ses travaux, il l'avait obtenu dans une lutte aussi solide que brillante et c'est au terme de sa première année d'exercice, qu'il disparut subitement, frappé par une forme aiguë de la même maladie qui vient de nous enlever notre Dujardin, emportant comme lui dans la tombe un talent vivace et les premiers applaudissements de son auditoire. Dans sa déférence accoutumée, Dujardin m'écrivit pour me consulter sur son projet de candidature; mon silence ne put l'en détourner; son ardeur pour l'enseignement l'emporta sur le soin d'une santé qui ne pouvait que perdre sous le climat de Paris et dans les labeurs d'une école. Ses juges l'ont écouté avec admiration, mais avec tristesse, et sa nomination, faite à l'unani-

mité, eut la solennité d'un pronostic. Vous savez combien il lui devint difficile, dès les débuts de son agrégation, de soutenir la fatigue d'un service considérable de malades et celle de conférences d'épidémiologie! Vous savez aussi tous les ménagements qui lui furent prodigués, et malgré cette affectueuse condescendance, les intermittences fréquentes de sa collaboration! Assis à côté de cette belle chaire d'épidémiologie dont je me féliciterai toujours d'avoir provoqué la création, quand ses forces lui permettaient d'en répéter l'enseignement, il savait le maintenir à la hauteur où l'a porté un éminent professeur. C'est par cet éloge que je termine cette imparfaite notice; je ne vous ai pas montré l'homme, le fils, l'époux, le père... Le courage me manque d'envisager par tous ses côtés la perte qui vient de frapper sa famille, l'école du Val-de-Grâce, le corps médical de l'armée. Plus il m'a été donné d'apprécier cette belle âme, cette grande intelligence, ce vaste savoir si modestement contenu, ce caractère droit et ferme, cette piété douce et tolérante, cette tendresse réfléchie qui concentre le bonheur domestique et l'épure par la reconnaissance envers Dieu, moins je me sens en état de détailler ici les motifs de ma douleur ou d'offrir un tempérament à celle de sa famille et de ses camarades; je n'ajouterai qu'un mot qui est une action de grâces envers le dispensateur suprême de la vie et de la mort: j'étais éloigné de Paris pendant le dernier épisode de sa maladie; Dujardin aspirait à me revoir, à serrer la main d'un maître qui ne lui a jamais fait défaut, je l'ai revu, messieurs, le jour même de sa mort, j'ai pu lui adresser encore quelques paroles du cœur, il a pu serrer ma main avec une admirable énergie, et une heure après il a rendu sa belle âme à Dieu, avec douceur et sérénité.

Adieu, Dujardin! adieu, mon élève et mon ami!

---

C'est par oubli que l'analyse de l'ouvrage de M. Dutroulau, insérée dans le dernier numéro, a paru sans signature. Cet article est de M. Jules Rochard, médecin en chef de la marine à Brest.

---

BAINS DE FEUILLES DE PIN. — Nous avons fait connaître récemment (n° 21), l'existence et l'organisation d'établissements allemands destinés à l'administration des *bains de feuilles de pin*. Nous devons à la justice de dire qu'un établissement tout à fait semblable a été institué à Bouquéron (près de Grenoble), avec bains, douches, fumigations, inhalations, etc., par les soins de M. le docteur Armand Rey. Nos confrères ont donc le moyen d'expérimenter, sans trop de déplacement, un mode de traitement à peine connu en France.

— M. Groult, élève de l'hôpital Necker, a été atteint d'érysipèle grave; nous sommes heureux d'apprendre qu'il est maintenant hors de danger.

— M. le directeur de l'Assistance publique vient de nommer une commission dans le but important d'étudier les « causes de la mortalité des nouveau-nés » déposés à l'hospice des Enfants assistés, et les moyens de la prévenir. Cette commission devra aussi chercher les moyens propres à prévenir ou à empêcher le développement des affections syphilitiques, qui se manifestent si fréquemment, soit chez les enfants assistés, soit chez les enfants présentés à la Direction municipale des nourrices. Cette commission se compose de :

MM. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, président; Vée, chef de division, vice-président; Guersant, Danyau, Bouchut, Depaul, Hervieux, Giraldès, Matice; le directeur de l'hospice des Enfants assistés; le directeur de la Maison d'accouchements; le chef du bureau des Enfants assistés, secrétaire.

— Le docteur Marco Bey Picipio, médecin en chef de S. M. le sultan Abd-ul-Aziz, promu il y a quelques jours au grade de liva, vient d'être nommé inspecteur général des hôpitaux militaires de Constantinople. (*Gaz. méd. d'Orient.*)

— MM. Cruveilhier et Perrier viennent d'être nommés aides d'anatomie, à la suite du concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Lambron, médecin-inspecteur de Luchon, a fait don à l'Association générale des médecins de France d'une somme de 500 francs, et d'une somme de 200 francs à la Société locale du département de l'Indre.

— Suivant la décision du dernier congrès tenu à Kœnigsberg, le trente-sixième congrès annuel des naturalistes et médecins allemands aura lieu cette année à Spire, le 17 septembre. Il sera clos le 24 du même mois. Les directeurs de ce congrès, MM. Jos. Heine, conseiller médical, et le docteur Keller, professeur au lycée de Spire, prient ceux qui voudraient prendre part à la réunion de leur annoncer au moins quinze jours d'avance, pour être certains d'avoir un logement.

## V

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — N° 193. Affections des ganglions lymphatiques (suite). — Albuminurie (suite). — Chorée et péricardite aiguë, par *Hinds*. — Observations sur l'action de la belladone, par *Hughes*. — 194. Traitement alcoolique des maladies accompagnées d'épuisement, par *Pursell*. — Affections des ganglions lymphatiques (suite). — 195. Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — Traitement des végétations à l'anus, par *Griffith*. — 196. Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — Affections des ganglions lymphatiques (suite). — Cas de convulsions, par *Watson*. — Traitement de l'asthme (suite). — 197. Urine, dépôts urinaires, etc. (fin). — Dix années de pratique chirurgicale, par *Prichard*. — 198. Affections des ganglions lymphatiques (suite). — Dix années de pratique chirurgicale (suite). — Changements de forme des globules sanguins sous l'influence de certains liquides, par *Addison*. — 199. Action du mercure sur le foie, par *Inman*. — Affections des ganglions lymphatiques (suite). — Dix années de pratique chirurgicale (suite). — 200. Le bain d'air chaud, par *Wollaston*. — Dix années de pratique chirurgicale (suite). — Méningite tuberculeuse, par *Hill*. — Cas de diphtérie, par *Crisp*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°s 41 et 42. Revues.

EDINBURGH VETERINARY REVIEW. — Octobre. Tumeur pileuse congénitale de la cornée et de la sclérotique, par *Edwards*. — Dystocie par monstruosité du fœtus; anémie et anasarque chez les poulains, par *Sarginsen*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 533. Deux trachéotomies faites chez des épileptiques, par *Williams*. — Perfectionnement de la paracentèse abdominale, par *Carter*. — Cas d'éclampsie puerpérale, par *Candy*. — Désinfection (suite). — Version (suite). — 534. Programme des cours, etc. — 535. Traitement du delirium tremens par la digitale à haute dose, par *Jones*. — Résumé de 26 opérations d'iridectomie, par *Hulke*. — 536. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Clinique obstétricale (suite). — 537. Sur le traitement général à employer avant et après les opérations, par *Symonds*. — Observation de kélotomie, par *Walker*. — Version (suite). — 538. Cas intéressants de chirurgie, par *Meade*. — Abcès du foie ouvert dans le péritoine, par *Chapple*. — Cas d'éclampsie, par *Allen*. — Version (fin). — 539. Histoire de la médecine en Chine, par *Hobson*. — Clinique obstétricale (suite).

THE LANCET. — N° 12. Règlements des diverses universités. — 13. Cas de rupture de l'utérus, par *Ormerod*. — Valeur du laryngoscope, par *Gibb*. — 14. Parallèle de l'iridectomie et de la section du muscle ciliaire dans le traitement du glaucome, par *Hancock*. — 15. Iridectomie, etc. (suite). — Sur les épanchements sanguins des méninges, par *Callwey*. — 16. Leçons et comptes rendus cliniques. — 17. Sécrétion de lait par l'aisselle, par *Hare*. — Cas d'hépatite chronique, par *Purnell*.

ATLANTA MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Septembre. Accidents produits par la piqûre d'une araignée, par *Banks*. — Clinique, par *Westmoreland*. — Sur la teinture alcoolique de valériane contre les convulsions des enfants, par *Hardee*.

JOURNAL OF THE FRANKLIN INSTITUTE OF THE STATE OF PENNSYLVANIA. — N° 3.

THE CINCINNATI LANCET AND OBSERVER. — Juin. Du climat et du froid comme cause de phthisie, par *Dutcher*. — Emploi du chlorate de potasse contre la syphilis secondaire, par *Bryant*. — Diphtérie, par *Darboux*. — Juillet. (Manque.) — Août. Diphtérie, par *Hartmann*. — Engorgement laiteux, par *Greenbaf*. — Septembre. Physiologie et pathologie de la rate, par *Hutchinson*. — Sur la vaccination, par *Hart*. — Empoisonnement par la strychnine, par *Thomas*. — Octobre. Ablation d'un ostéosarcome énorme du maxillaire inférieur, par *Blackman*. — Clinique ophthalmologique, par *Williams*. — Cas de kélotomie, par *Thacker*. — Mort par le chloroforme, par *Krause*.

THE JOURNAL OF MATERIA MEDICA. — Septembre. Toniques indigènes, par *Lee*.

THE MEDICAL AND SURGICAL REPORTER. — 25 août. Ophthalmoscopie (suite). — Cas de purpura corticans, par *Doughty*. — Hématine (fin). — Iodure de potassium et belladone dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par *White*. — 1er septembre. Cas de vices de conformation, par *Field*. — 15 septembre. Quatre cas d'élytrorhapie, par *Grant*. — Ophthalmoscopie (suite). — 22 septembre. Traitement prophylactique de maladies miasmatiques, par *Calhoun*. — Ophthalmoscopie (suite). — Empyème suite de pneumonie typhoïde, par *Bland*. — 8 octobre. Quatre cas d'élytrorhaphie pour remédier à la chute de l'utérus, par *Grant*. — Plaie du côlon; guérison, par *Clardy*.

### Livres.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE, par *A. Grisolle*. *Huitième édition*. En vente: tome I. Grand in-8 compacte de 882 pages. Paris, Victor Masson et fils. Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. grand in-8 compacte. 18 fr.

Cette huitième édition a subi d'importantes modifications et additions, et est en grande partie refondue. Le t. II sera publié dans le courant d'octobre.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE, par *E. Follin*. Tome I, contenant: *Inflammation*, — *Tumeurs*, — *Plaies*, — *Maladies virulentes (syphilis)*. Grand in-8 compacte de 800 pages, avec 80 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 10 fr.

L'ouvrage complet aura 3 volumes. Chacun des volumes suivants paraîtra en deux parties, et à des intervalles rapprochés.

MÉMOIRE SUR L'EXTRACTION DES CALCULS OU DES FRAGMENTS ARRÊTÉS DANS L'URÈTHRE, lu à l'Académie impériale de médecine par le docteur *Aug. Mercier*. Brochure in-8, avec figures. Paris, Asselin. 75 c.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 9 AOUT 1861. N° 32.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Partie officielle.** Arrêté ministériel — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine : Élection de M. Gobley. — Bains arsenicaux contre le rhumatisme noueux. — Discussion sur la morve et le farcin. — Société de médecine de Nancy : Cas de médecine légale; respiration du nouveau-né sans pénétration de l'air dans le poumon. — Question de la chromhidrose; lettre de M. Leroy de Méricourt. — Corps vulnérants dans l'épaisseur des parois du cœur; guérison. — II. **Travaux originaux.** Infiltration purulente des parois de l'estomac. — Granulations de la muqueuse utérine guéries par les cautérisations avec l'azotate d'argent fondu. — Grossesse consécutive chez une primipare âgée de quarante-trois ans. — Oblitération complète de l'orifice externe du col; hystérotomie vaginale. — Influence de la busserole sur les contractions utérines; accouchement heureux. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux.** Tumeur à myéloplaxes. — Résection de la mâchoire inférieure. — Fractures de la rotule. — Végétations syphilitiques du larynx. — Sur les affections syphilitiques du larynx. — V. **Bibliographie.** De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 31 juillet, M. Farge, professeur de pharmacie et de toxicologie à l'École préparatoire d'Angers, est nommé professeur de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Bigot, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le docteur Drouet, professeur suppléant, est chargé provisoirement du cours de pharmacie et de toxicologie, en remplacement de M. Farge;

M. le docteur Meleux, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie;

M. le docteur Douet est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements;

M. le docteur Dézanneaux est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine;

M. le docteur Feilhé est nommé professeur suppléant pour les chaires de pharmacie et de toxicologie, matière médicale et thérapeutique; il est chargé provisoirement du cours de matière médicale et thérapeutique, en remplacement de M. Castonnet, dont la démission est acceptée;

M. le docteur Firmin Fleurot, chargé provisoirement du cours d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'École préparatoire de Dijon, est nommé professeur titulaire de ladite chaire;

M. le docteur Malapert est nommé professeur suppléant pour la chaire de pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers (emploi nouveau);

M. le docteur Rebert est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à la même école, en remplacement de M. Lepetit, appelé à d'autres fonctions.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 8 août 1861.

*Académie de médecine :* ÉLECTION DE M. GOBLEY. — BAINS ARSÉNICAUX CONTRE LE RHUMATISME NOUEUX. — DISCUSSION SUR LA MORVE. — *Société de médecine de Nancy :* CAS DE MÉDECINE LÉGALE; RESPIRATION DU NOUVEAU-NÉ SANS PÉNÉTRATION DE L'AIR DANS LE POUMON. — QUESTION DE LA CHROMHIDROSE; M. LEROY DE MÉRICOURT. — PLAIES DU CŒUR; CORPS VULNÉRANTS DANS L'ÉPAISSEUR DES PAROIS DU MÊME ORGANE.

Comme devaient s'y attendre ceux qui connaissent les dispositions de l'Académie, M. Gobley l'a emporté sur M. Mialhe

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — Déclaration de naissances; est-elle obligatoire quand le fœtus n'a pas l'âge de la viabilité ou quand, parvenu à cet âge, il est mort-né? — Sociétés de secours mutuels : Soins médicaux; système de l'*honoraire par visite* et du *traitement fixe*. — Réveil de l'uroscopie. — Nouvelle méthode thérapeutique. — Application particulière du principe *similia similibus* par un curé. — Moyens peu propres d'exorcisme. — Homœopathes vétérinaires.

Une affaire récemment jugée par le tribunal de Tours, et dont nous trouvons la relation dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES PRATIQUES, soulève une assez grave question de jurisprudence, qui intéresse le médecin en certains cas. Il s'agit de non-déclaration de naissance et d'inhumation sans autorisation de l'officier civil, et l'on sait que, en l'absence du père, c'est par le médecin ou la sage-femme que la naissance doit être déclarée. Cette formalité est-elle obligatoire quand le fœtus n'a pas atteint le cent quatre-vingtième jour? Voilà la question.

Le 3 mai 1861, M. le commissaire de police de Tours était averti qu'une femme P... était récemment accouchée de deux jumeaux dont la naissance n'avait pas été déclarée, et qui avaient dû être inhumés dans le jardin de la maison habitée par cette femme. Une enquête établit la réalité des faits ; l'accouchement avait eu lieu le 7 mars. Les époux P... et la sage-femme furent envoyés en police correctionnelle pour contravention à l'article 56 du Code Napoléon. A l'audience, il fut établi, par certificat émanant du chef de bureau de l'état civil, que la prévenue était déjà accouchée, le 10 septembre 1860; d'où il résultait que les enfants ne pouvaient avoir plus de quatre mois et demi. Le tribunal, après avoir entendu M. Perrot, substitut, et M. Ch. Sellier, avocat des prévenus, a renvoyé ceux-ci des fins de la plainte par ce double motif : d'une part, que les fœtus n'avaient « aucune des conditions médicales ou légales qui permettraient de les considérer comme nés viables, » et que le Code Napoléon « n'impose l'obligation de la déclaration de naissance que d'un enfant né ou mort-né, c'est-à-dire réputé légalement viable ou tout au moins venu à terme

dans le scrutin de mardi dernier. Il a été élu au premier tour, à une majorité considérable. Nous voudrions maintenant, et nous espérons, voir M. Gobley user de son influence pour préparer une place à un collègue dont les travaux sont de ceux qui paraissent devoir le plus naturellement conduire à une Académie de médecine.

— On avait d'abord entendu une très intéressante lecture de M. Noël Gueneau de Mussy sur le traitement du rhumatisme noueux par les bains à l'arséniate de potasse. Si les espérances qu'autorisent certains faits rapportés par l'auteur se réalisent, on peut dire que M. Gueneau de Mussy aura rendu un signalé service à la thérapeutique, car nous ne connaissons pas de forme rhumatismale plus rebelle et en même temps plus fâcheuse, par les douleurs et les déformations dont elle s'accompagne, que cette forme noueuse, qui s'attaque surtout aux doigts et aux orteils. Notre confrère a parfois employé, concurremment avec les bains arsenicaux, l'iodure de potassium associé au quinquina. Mais ces substances, qu'il avait antérieurement administrées seules un grand nombre de fois, étaient toujours restées inefficaces. Nous n'avons pas été plus heureux, du moins en ce qui concerne le sel potassique, que nous avons souvent essayé contre la même affection; en sorte que la guérison ou l'amélioration rapide, quand elles ont eu lieu chez les malades de M. Gueneau, n'ont pu être imputables qu'à l'action de l'arsenic. Voilà donc un pendant aux bains mercuriels de M. Trousseau, si utiles parfois dans le rhumatisme chronique. A qui restera la palme?

— Après le scrutin, la discussion sur la morve a été reprise.

Plus on réfléchit à la question débattue en ce moment devant l'Académie, plus on entend le promoteur de la discussion, M. J. Guérin, définir les termes dans lesquels il a entendu la poser, et plus on se persuade que la tribune pourrait réduire des trois quarts le plaisir qu'elle nous procure, sans rien diminuer du service qu'elle nous rend. Sous ce grand déploiement d'éloquence, qu'y a-t-il? Deux points à éclaircir. Premièrement, la médecine vétérinaire de nos jours apprécie-t-elle sainement l'étiologie de la morve, quant à la *cause* spécifique qui la fait virulente et contagieuse, et quant aux *causes* extérieures, variables, sous l'influence desquelles elle prend naissance? Secondement, peut-on établir, dans les manifestations anatomiques et symptomatiques de la morve, une échelle dont les degrés inférieurs, marqués par de simples lésions externes, un peu de jetage, un peu de glandage, comporteraient de fréquentes guérisons?

Sur le premier point, la vétérinaire est unanime à professer (autant que l'unanimité est de ce monde) que morve, farcin, morve farcineuse, à l'état aigu et à l'état chronique, sont des produits diversifiés d'un même principe morbide, et constituent, comme on dit techniquement, la *diversité dans l'unité*. M. Guérin ne conteste pas plus cet accord d'opinion qu'il n'hésite à s'y ranger. Il repousse même le secours que M. Bouillaud lui a tendu dans la dernière séance en essayant d'établir que la croyance en l'unité morbide est interdite aux partisans d'une étiologie complexe; il la repousse au nom des mêmes principes que nous avions opposés nous-même (nº 30) à l'argumentation du savant professeur de la Charité; il montre qu'une cause spécifique, telle qu'un virus, peut naître d'un concours de circonstances diverses, comme la putréfaction naît de la chaleur et de l'humidité; et si ses adversaires de l'Académie avaient un reproche à lui adresser sur ce point, ce serait d'envelopper des idées si simples d'un appareil de raisonnements et de mots qui, en leur donnant un air personnel, peut obscurcir leur signification commune et créer de fausses apparences de dissentiment. Aussi M. Renault et M. Bouley, de qui nous observions la physionomie, avaient-ils l'air tout étonnés d'être si philosophes sans le savoir. Mais puisqu'on s'entend sur les idées fondamentales, pourquoi discute-t-on, et que demande M. Guérin? Il veut qu'on s'occupe moins de la diversité et plus de l'unité; il se plaint qu'après avoir reconnu la source commune de la morve et du farcin, on s'applique à rechercher les *différences* phénoménales qui les distinguent, jusqu'à instituer des espèces séparées. Où est le mal, où est la faute? M. Guérin, sans qu'il s'en soit aperçu, a pesé tantôt sur la ressemblance, tantôt sur la dissemblance des manifestations de la morve et de celles du farcin, suivant les besoins de son argumentation, et finalement il a proposé une classification de ces maladies. Comment classer sans distinguer? Comment distinguer sans observer et sans noter des différences? Est-ce le mot *espèce* qui choque M. Guérin? Qu'importe le mot? L'essentiel est qu'on fasse de la morve et du farcin deux branches d'un même tronc. Ce seront deux *espèces* si l'on fait de la réunion des deux un *genre*. Pure dispute de mots.

Maintenant, porte-t-on la distinction trop loin? Il est certain que les vétérinaires marchent dans cette voie d'un pas inégal. Où est donc la question, en médecine surtout, au sujet de laquelle une même opinion nivelle toutes les têtes à la

---

légal; » d'autre part, que l'article 358 du Code pénal, défendant de procéder sans autorisation à l'inhumation d'un individu décédé, ne s'applique pas à l'espèce, puisque « le produit de la fausse couche de la femme P... ne constitue pas un individu, et encore moins un décès. »

La jurisprudence n'est pas parfaitement fixée sur la question que soulève cette affaire, bien qu'elle penche vers le sens adopté par les juges de Tours. La déclaration de naissance est obligatoire *au sujet de tout enfant venu à terme légal,* qu'il soit mort-né ou vivant. Rien de plus juste, puisque la loi impose la déclaration de *naissance*, et que la naissance est indépendante de l'état de vie ou de mort du nouveau-né. On comprend d'ailleurs que l'enfant à terme, ayant une existence légale, doit bénéficier de toutes les garanties civiles dont la loi a entouré l'individu à son entrée dans le monde et à sa sortie. Des arrêts de la Cour de cassation ont consacré cette jurisprudence, notamment ceux des 22 janvier et 2 août 1844, rendus contre Muret. Mais nous ne connaissons pas d'arrêt de Cour de cassation reconnaissant explicitement la non-obligation de déclaration de naissance pour les cas où l'enfant est âgé de moins de six mois. La Cour de Nancy (17 septembre 1859), la Cour de Grenoble (22 janvier 1844) ont reconnu formellement que l'enfant non arrivé au terme de la viabilité ne devait pas être considéré *comme un individu décédé*. Dans l'affaire de la veuve Fuss, en appel, le conseiller rapporteur à la Cour suprême soutint la même opinion; on peut même dire que la Cour ne la rejeta pas précisément: mais en même temps, elle posa ce principe général que, en raison des doutes qui subsistent souvent sur la durée de la gestation « il serait dangereux et difficile de préciser les cas dans lesquels l'accomplissement des formalités (déclaration de naissance et autorisation d'inhumer) est nécessaire ou inutile, et qu'il suffit, pour rendre applicables les dispositions de l'article 77 du Code Napoléon et les dispositions de l'article 358 du Code pénal, « qu'il y ait un individu décédé, *c'est-à-dire un être organisé appartenant à l'espèce humaine.* » Comme, dans le cas particulier, le fœtus avait plus de six mois, la condamnation de la prévenue ne préjugerait rien par elle-même quant à la question qui nous occupe: mais on

façon d'un joug? Nous voyons, par exemple, dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, que M. A. Rey creuse entre la morve et le farcin, entre la morve aiguë et la morve chronique, une division profonde, si profonde qu'elle entame sensiblement la doctrine de l'unité. De telles dissidences sont inévitables; et s'il suffisait, pour avoir raison, de trouver une autorité contre son adversaire, le triomphe serait trop facile. En fin de compte, ce qui est en cause pour le moment, ce ne sont pas les inégalités individuelles dans une opinion commune, mais cette opinion commune elle même. Or, nous avons beau y regarder avec la plus grande attention, nous n'apercevons pas la pointe sur laquelle M. Guérin fait reposer son opposition.

Reste la question des manifestations *graduées* de la maladie, comportant des différences de gravité corrélatives, depuis une entière bénignité jusqu'à la malignité la plus redoutable. Ici, nous comprenons mieux l'argumentation de M. Guérin. Tout à l'heure il faisait un *procès de tendance;* maintenant il s'en prend à des faits définis, élevant affirmation contre affirmation. Nous faisons mieux que de le comprendre; nous sommes *tenté* de l'approuver. Une tentation, mais rien de plus. On comprend en effet toute la réserve commandée, sur un point de fait, à qui n'a ni observé, ni expérimenté suffisamment, et ne possède pas cette sûreté de diagnostic que donne seule une longue pratique.

Il y a plus, ce ne sont pas les exemples et les citations présentés par l'orateur qui nous attirent le plus vers son sentiment. La proportion seule des cas de guérison qu'il dit avoir rencontrés dans une même écurie, à force de plaider pour sa thèse, la compromet; aux yeux de personne, la morve n'est curable à ce point; il ne s'agissait donc pas de la morve dans tous les cas, et si le diagnostic a été incertain, qui peut dire combien de fois il a porté à faux? De même, les emprunts faits à d'anciens auteurs qui ne discernaient pas nettement la morve de la gourme ne peuvent avoir grande valeur. Et quant à ces quatorze expériences dont l'orateur a chargé la conscience de M. Delafond, nous croyons fort qu'elles n'appartiennent pas à l'honorable professeur d'Alfort, mais bien à un vétérinaire italien; et si ce sont bien celles dont nous avons quelque souvenir, nous ne croyons pas nous aventurer beaucoup en disant qu'elles n'ont pas toute la rigueur exigible en pareille matière. Mais notre éducation médicale qui, sur le terrain des généralités, ne nous éloigne pas beaucoup de M Guérin, nous a habitué à voir les maladies virulentes et contagieuses graduer leurs expressions et, en même temps leur gravité. Il suffit de citer le typhus, la variole, la syphilis; la syphilis surtout qui a plus d'une analogie avec la morve et dont les enseignements au point de vue du débat actuel viennent précisément d'être relevés par M. Diday (*Gaz. méd. de Lyon*, n° du 16 juillet). Nous nous associons pleinement aux aperçus élevés de M. Guérin sur les différences d'intensité et de gravité qui peuvent naître du développement spontané ou de l'origine contagieuse d'une même maladie. En fait, ces formes atténuées de la morve qu'on rencontre assez souvent ne sont-elles qu'apparentes, ou cachent-elles de graves désordres viscéraux? Nous l'avons dit dès le premier jour, les affirmations de M. Bouley sur ce point nous semblent bien absolues. Ne seront-elles pas contredites en quelque mesure par des vétérinaires? Nous avons quelque raison de souhaiter que M. Leblanc en particulier s'explique à cet égard. En attendant, il résulte d'un passage de l'article déjà cité de M. A. Rey, qu'il ne saurait accepter dans sa forme la proposition de son collègue de Paris.

La discussion est continuée.

— Un travail de MM. Dégranges et Lafargue, déjà ancien, mais qui n'a été publié que tardivement dans les COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES, pour 1858-1859, contient un cas assez rare de médecine légale.

On sait que, dans le langage du médecin expert, *respirer* est à peu près synonyme de *vivre*. Pour savoir si un enfant tué au moment de l'accouchement a vécu, on cherche s'il a respiré. Le fait de la respiration et le fait de la vie ne sont pourtant plus associés aujourd'hui aussi indissolublement que paraissent le croire certains auteurs. Des experts prudents, quand ils se sont assurés qu'un enfant n'a pas respiré, ne concluent pas encore, sur cela seul, qu'il n'a pas vécu, alors même qu'ils ont la certitude que l'entrée de l'air dans la poitrine n'a été empêchée par aucun obstacle mécanique. On a vu quelquefois le premier mouvement de respiration ne s'exécuter qu'un quart d'heure, une demi-heure, une heure après la naissance, et cette observation n'a été négligée ni des accoucheurs ni des médecins experts. Les accoucheurs en ont déduit cette règle, qu'il ne faut pas se hâter, comme on le faisait autrefois, d'abandonner les nouveau-nés qui, sans respiration et sans mouvement, ont toutes les apparences de la mort, mais bien de les soumettre, pendant un temps très long, à l'action de moyens excitants. Quant aux auteurs de

---

peut voir, par le dispositif, que la haute Cour n'est favorable à l'exonération des formalités légales dans aucun cas.

Néanmoins, nous ne croyons pas qu'il existe un seul exemple de condamnation pour non-déclaration de naissance ou pour inhumation non autorisée, quand il s'agissait de fœtus âgés de moins de cent quatre-vingts jours. Les jurisconsultes les plus éminents s'accordent pour soutenir une doctrine contraire, et, en pratique, il est trop clair que l'autorité ne peut avoir à intervenir dans le nombre immense de fausses couches qui n'amènent au jour que des avortons. L'un de ceux mêmes qui redoutent le plus le danger de ces naissances soustraites au contrôle de l'autorité, M. Ledru-Rollin ne peut s'empêcher d'écrire dans son RÉPERTOIRE GÉNÉRAL : « Quand il s'agit d'un simple avorton, évidemment non viable, l'usage est contraire (à l'obligation des formalités). »

— Nous avons sous les yeux un très bon plaidoyer de M. Fournié (de l'Aude) en faveur de la substitution d'*honoraires par visite* au *traitement fixe*, dans l'organisation du service médical des *Sociétés des secours mutuels* (1). Cette mesure peut sembler périlleuse, parce qu'elle lance le budget des Sociétés dans l'inconnu; on a exprimé la crainte que les médecins ne missent pas assez de discrétion dans l'accomplissement de leur tâche, et ne multipliassent plus que de besoin leurs visites; mais, comme le dit l'auteur, du moment que la question est portée sur le terrain de la délicatesse, on peut tout aussi bien soupçonner le médecin de ne pas donner assez de soins que d'en donner trop. La question est de savoir lequel des deux systèmes prête le plus à ces défaillances du cœur qu'il est toujours permis de faire entrer en ligne de compte dans les calculs d'une institution. Le traitement fixe est un édredon; l'honoraire est un aiguillon. Si le médecin s'endort, l'abonné sera frustré; si le médecin est *trop* actif, le malade n'en souffrira pas; il aura tous les soins nécessaires, plus un supplément. C'en est assez pour que nous préférions *à priori* le premier système, tout administratif, au

(1) *Des rapports des médecins et des pharmaciens avec les sociétés de secours mutuels*, brochure in-8, chez J.-B. Baillière et Fils.

traités de médecine légale, ils ont recommandé, pour ces cas embarrassants, de rechercher, dans les blessures remarquées sur le corps, dans les désordres des organes profonds, certains caractères propres aux lésions accomplies pendant la vie. Un caractère de cet ordre est signalé par MM. Lafargue et Dégranges : c'est la coagulation du sang épanché. Nous le croyons, en effet, excellent ; mais nous devons faire remarquer qu'il a été souvent signalé, et que des expériences directes ont été instituées, notamment par Orfila, pour en démontrer la valeur.

Quoi qu'il en soit, le signe capital, décisif, de la vie, c'est l'acte de la respiration ; et l'accomplissement de cet acte est mis en évidence surtout par l'épreuve hydrostatique appelée *docimasie pulmonaire*, déjà indiquée par Galien et fort perfectionnée de nos jours. Un poumon, ou un morceau de poumon, qui n'est ni putréfié ni emphysémateux, ni artificiellement insufflé, surnage-t-il à l'eau, l'enfant a respiré : donc il a vécu.

Or il se peut qu'un enfant ait exécuté l'acte mécanique de la respiration, et que, néanmoins, en l'absence même de toute strangulation, de l'air n'ait pas pénétré dans les vésicules pulmonaires. C'est ce qui arrivera si la face est plongée dans un milieu dépourvu d'air. Tel est précisément le cas examiné par MM. Dégranges et Lafargue.

On leur remet le cadavre d'un enfant nouveau-né, trouvé la face contre terre, dans un fossé contenant de l'eau bourbeuse. L'enfant, de sexe masculin, est bien conformé, fortement constitué et né à terme. Absence de signes extérieurs de violence. L'autopsie fait découvrir un épanchement sanguin, *à demi coagulé*, sous la peau du crâne, au niveau de la région frontale, principalement vers les orbites et la racine du nez. Un second épanchement, de même nature, occupe la région de la tempe droite. Le nez et les tissus de la face, de couleur lie de vin, sont le siége d'une ecchymose profonde. L'intérieur du nez, des lèvres et de la bouche est d'un rouge foncé, recouvert d'une boue noirâtre, et contient des détritus végétaux. Il en est de même de la langue et du pharynx. Enfin, la même boue se rencontre jusque dans la trachée et les ramifications bronchiques. Quant aux poumons, ils sont petits, affaissés, non crépitants, *gagnent promptement le fond de l'eau* et ne laissent échapper aucune bulle de gaz à la pression.

Ainsi, pas d'air atmosphérique dans les poumons ; résultat négatif de la docimasie pulmonaire ; et pourtant l'enfant a respiré, pour ainsi dire, virtuellement, car les muscles du thorax ont exécuté un acte d'inspiration qui a appelé du liquide dans les voies respiratoires. L'enfant a donc vécu. Et un complément de preuves est fourni par le coagulum sanguin trouvé sous la peau du crâne. Néanmoins, dit le *Compte rendu*, « le jury, se basant sur ce que le nouveau-né est venu au monde avec les apparences de la mort, puisqu'il n'a pas respiré à l'air libre, n'a pas admis l'homicide et a acquitté les prévenus, qui, ultérieurement, ont été condamnés, devant une autre juridiction, à deux ans d'emprisonnement, comme coupables d'homicide *par omission de soins.* »

Sans porter atteinte à la chose jugée, on peut dire que, si le second de ces deux jugements atténue beaucoup, dans son motivé, le caractère de l'acte qui a amené la mort de l'enfant, le premier ne tient aucun compte d'un élément d'appréciation auquel des médecins doivent attacher la plus haute importance, à savoir, l'exercice positif de la fonction respiratoire, aussi probant dans l'espèce qu'aurait pu l'être la présence de l'air dans les poumons, puisque ce dernier fait n'a manqué que par des circonstances indépendantes de la fonction ellemême.

— La nomination, au sein de la Société médicale des hôpitaux, d'une commission chargée de contrôler un cas prétendu de chromhidrose, avait eu lieu à la suite d'un rapport fait par M. Lailler dans la séance du 26 juin. Ce rapport, antérieur par conséquent à celui de M. Béhier, et dont l'objet était seulement d'examiner « si la Société devait chercher à constater *de visu* l'existence de ce qu'on appelle *chromhidrose* », ce rapport vient d'être inséré dans l'Union médicale, journal officiel de la Compagnie. A ce sujet, M. Leroy de Méricourt nous écrit pour se plaindre de la publicité donnée à un travail où sont reproduits des fragments de sa correspondance privée avec M. Henri Roger, relatifs à des particularités qui intéressent des tiers.

En recevant cette lettre, notre première pensée avait été d'engager M. Leroy de Méricourt à saisir de sa plainte le bureau même de la Société. Mais les seules explications qu'il eût pu en recevoir pouvant être données ici, d'après de sûres informations, nous croyons devoir les lui adresser sans délai.

M. Lailler devait rechercher lequel de ces deux moyens conviendrait le mieux pour une enquête sur la chromhidrose : ou d'envoyer des délégués à Brest, ou d'attirer à Paris quelques personnes offrant la coloration noire des paupières. Des renseignements à cet égard ayant été demandés par M. Roger à M. Leroy de Méricourt, qui s'était empressé de les envoyer,

second, qui est tout humanitaire. Celui-ci est-il réellement plus dispendieux ? Une expérience plus étendue en décidera. Mais voici déjà un document assez rassurant : il est relatif à la Société du Jardin-des-plantes, à Paris.

Depuis le 1er janvier 1859 jusqu'au 1er avril 1860, 400 sociétaires ont fourni 111 malades, qui ont donné lieu au payement de 1,518 jours de maladie. Il faut extraire de ce dernier chiffre 309 journées résultant de quelques affections traitées à la consultation et qui n'ont pas exigé de visite. Il reste, par conséquent, 1,209 jours de maladie qui ont provoqué 422 visites de médecin. Chaque visite étant rétribuée 1 fr. 50 c., les frais médicaux de cette Société ont atteint le chiffre de 633 fr. dans l'espace de quinze mois. M. Fournié fait remarquer que, dans cette occasion, le nombre de visites est à peu près le tiers du nombre de jours de maladie. En supposant que la Société du quartier du Jardin-des-Plantes eût adopté le système de l'abonnement à 3 ou à 2 fr. par tête, les frais médicaux se seraient élevés pour les quinze mois, dans le premier cas, à 1,500 fr., dans le second à 1,000 fr.

Nous ajoutons que la dépense fût-elle un peu plus forte dans le système de l'honoraire que dans celui du traitement, ce ne serait pas une raison pour rejeter le premier.

— L'apparition d'une comète donnait la chair de poule à nos ancêtres : *diri arsere cometæ!* De nos jours, les bonnes femmes seules s'effrayent à l'aspect de l'astre chevelu, et l'on trouve peu de gens qui ne soient disposés à crier : *Vive la comète!* C'est que, depuis 1811, ces astres folâtres ont pris le bon parti de changer de rôle ; ils se sont transformés en messagers d'heureux événements… et de bon vin.

Or, une comète apparut au firmament dans la nuit du 30, d'autres disent du 29 juin ; et, le lendemain matin, je trouvai sur un guéridon, — non pas le mien (les comètes ne me sont pas à ce point favorables), mais celui d'un de mes clients, — un charmant petit journal intitulé : l'*Uroscopie*. La voilà donc ressuscitée cette *médecine des urines*, qui brilla naguère d'un si vif éclat! Elle tient officine rue Sainte-Marguerite-Saint-Germain, 28 ; elle fait appel à

il était indispensable de les communiquer au rapporteur; M. Leroy acceptait d'ailleurs qu'il fût « donné connaissance de quelques passages de ses lettres aux membres de la Société ». Or, le rapport ne renferme que les passages nécessaires à l'exposé de la question; il ne saurait donc encourir le reproche d'abus. Mais, rédigé sur des documents plus ou moins confidentiels, devait-il être publié? Notre honorable confrère de Brest apprendra sans doute avec plaisir que ce n'était pas l'avis du bureau. Le bureau avait l'intention formelle de laisser le rapport aux archives, comme il l'a fait en plus d'une autre occasion; malheureusement, aucune instruction n'ayant été donnée en ce sens, le manuscrit est venu naturellement entre les mains du journal officiel, qui a cru de son devoir de l'insérer.

Un malentendu, voilà donc l'origine du fait qui a éveillé la susceptibilité, légitime d'ailleurs, de M. Leroy de Méricourt.

Quant à la cause, non abandonnée, de la chromhidrose, nous attendons les nouveaux renforts qu'on lui prépare dans le Finistère. La plage de Brest est très houleuse depuis le rapport de M. Béhier; les paupières noires s'agitent; les médecins se concertent; une commission d'enquête a été instituée ces jours derniers, et le passage de M. Larrey à Brest vient d'être mis à profit pour une nouvelle expérience, dont le sujet a été la jeune personne déjà visitée par M. Hardy, et chromhidrosée aux paupières supérieures comme aux inférieures. On parle d'un appareil appliqué sur un œil parfaitement nettoyé avec de l'huile, exempt de toute agglutination des cils, ne présentant à la loupe aucune trace de granulations noires, un appareil, disons-nous, *scellé, cacheté, revêtu de signatures*, laissé en place pendant une nuit, trouvé intact le lendemain par les confrères qui l'avaient appliqué (Larrey, Leroy de Méricourt et Rochard), levé par eux et laissant voir les *deux* paupières colorées de nouveau en noir bleuâtre! On va jusqu'à assurer que M. Larrey s'est déclaré *satisfait*. Dieu veuille que cette demoiselle de dix-huit ans, qu'on dit charmante, ait, pour son bien, dormi toute la nuit!

L'observation sera publiée. Nous engageons à ne pas lésiner sur la description de l'appareil, non plus que sur la manière dont *les cils* ont été nettoyés.

A. Dechambre.

---

— La science possède un certain nombre de faits de guérison de plaies non pénétrantes du cœur, mais elle renferme fort peu d'exemples de guérison avec rétention du corps vulnérant dans l'épaisseur des parois ventriculaires. La pathologie comparée nous en fournit quelques-uns. Désidérius Jacot, cité par Ollivier, rapporte qu'on trouva un bout de flèche implanté, probablement depuis longtemps, dans le cœur d'un cerf. Harvey, dans une de ses vivisections, trouva, dans le cœur d'un cerf, une balle qui s'y trouvait enkystée. Au moment où il avait été pris, l'animal se portait à merveille. Duverney trouva le ventricule droit d'une vache traversé par une longue aiguille. J. C. Weber rencontra une balle dans le cœur d'un sanglier. Dolœus cite un fait semblable. Le cœur d'un porc était traversé par l'extrémité aiguë d'un bâton de la grosseur du petit doigt; l'animal, au dire de Henri de Hers, avait été blessé plus de six mois auparavant. Jean La Serre rapporte qu'il trouva un grain de plomb dans le cœur d'un chien gras et très vigoureux, tué pour des démonstrations anatomiques. En ouvrant un daim tué en 1816 et remarquable par son embonpoint et son état de vigueur, on trouva une balle entourée d'un kyste et contenue dans l'épaisseur des parois du cœur. Mais l'exemple le plus remarquable est celui qu'a rapporté M. Latour (d'Orléans). Un soldat avait reçu un coup de feu à la poitrine, suivi d'une hémorrhagie abondante qui fit, pendant trois jours, désespérer de sa vie. Il finit par guérir, n'éprouvant d'autre incommodité que des palpitations qui le tourmentèrent pendant trois ans. Il mourut d'une maladie étrangère à ces palpitations six ans après sa blessure. A l'autopsie, on trouva la balle enchatonnée dans le ventricule droit du cœur, près de la cloison interventriculaire et vers la pointe de l'organe.

Un journal américain, Medical Monthly and New-York Review, contient l'histoire d'un fait analogue:

Un jeune Irlandais nommé John Kelly reçut, par accident, en juin 1842, un coup de feu qui l'atteignit à l'épaule droite. La balle, avant de le frapper, avait traversé trois planches d'un pouce d'épaisseur. Un chirurgien fut appelé, sonda la plaie et trouva la balle logée sous la clavicule, aux environs de son tiers interne. Elle était entrée à travers le bord supérieur du trapèze, à deux pouces de l'acromion. Il y eut peu d'hémorrhagie; on ne crut pas prudent de tenter l'extraction du projectile, et après six semaines l'enfant put se remettre au travail.

Il y a quatorze ans, il fut dangereusement malade d'une pneumonie qui s'accompagna de violentes palpitations. Depuis cette époque, il a été repris plusieurs fois des symptômes annonçant une affection organique du cœur.

Sa dernière maladie fut due à un refroidissement suite d'un bain froid. Il eut de nouveau de fortes palpitations, accompagnées

---

tous les *malades abandonnés*, à tous les incurables de la terre, et leur crie avec les anabaptistes : *Ad nos venite, populi; venite ad salutares undas!* Approchez, messieurs et mesdames! Nous guérissons les maladies du foie, les engorgements de la rate, les affections de matrice, les maux d'yeux, les maux d'oreilles, les névroses et la folie; nous avons des remèdes infaillibles contre la phthisie à tous les degrés, les humeurs froides, les lésions organiques du cœur, le goître, les hydropisies, etc.; — les gouttes les plus enragées, les rhumatismes les plus invétérés, les paralysies les plus anciennes, les tumeurs de quelque nature qu'elles soient, ne résistent pas à l'application de notre méthode, qui a *guéri* en vingt années plus de 30,000 *incurables!* Venez donc au *cabinet uroscopique :* les consultations sont gratuites (et les remèdes?) Surtout n'oubliez point d'apporter vos urines du matin et du soir en deux vases séparés. — Vert-de-Gris! un peu de musique! — La Mort elle-même, cette camarde qui n'a peur de rien, recule épouvantée devant le grand-prêtre de l'uroscopie. Oyez plutôt cette strophe d'un dithyrambe qu'un père reconnaissant adresse à M. le docteur Goupil :

Quand finit ce sombre délire,
Vous étiez venu, cher docteur :
Blanche avait repris son sourire
Et perdu sa froide pâleur.
Choquant ses os avec colère,
Devant vous la Mort fuit soudain;
Elle se vengea, la mégère!
En prenant l'enfant du voisin.

Vous entendez! *en prenant l'enfant du voisin*. Malheureux enfant! malheureux voisin!

L'uroscopie ne se borne pas à guérir; elle fait bien d'autres prouesses! elle diagnostique la grossesse dans les quinze premiers jours qui suivent la fécondation. Et vous ne sauriez à quel point les femmes ajoutent une foi robuste à ses oracles. Dernièrement, une dame se présente dans mon cabinet : « Monsieur, me dit-elle, je viens voir si j'accoucherai bientôt. » Je l'interroge, je l'exa-

d'aphonie et de douleurs dans les épaules et les bras. Avant la mort, le membre supérieur droit présenta une rougeur remarquable accompagnée de refroidissement.

L'*autopsie* fut faite le 15 juin 1860, par le docteur Balch, accompagné du docteur Terry. L'artère sous-clavière droite était remplie d'incrustations calcaires; les autres artères étaient saines. Les veines jugulaire externe et sous-clavière droites étaient dilatées; la jugulaire externe du même côté était oblitérée à son embouchure.

Le lobe supérieur du poumon droit était congestionné; il n'y avait pas de tubercules pulmonaires, mais il existait des adhérences pleurales considérables. Le péricarde était entièrement adhérent au cœur, et ne pouvait en être séparé. A la partie inférieure du ventricule droit, on sentait une masse dure, placée dans la paroi ventriculaire près de la pointe. Une incision faite à ce niveau, de dehors en dedans et avec précaution, montra qu'elle était constituée par une balle de plomb légèrement aplatie (septembre 1860).

Les plaies du cœur ont fait également, il y a deux mois, le sujet d'une discussion à la Société chirurgicale d'Irlande, à propos d'un fait communiqué par M. Adams. Cette observation prouve une fois de plus que la mort n'est pas la conséquence immédiate d'une plaie pénétrante traversant même les deux cavités de l'organe, ce qui du reste ne peut faire doute aujourd'hui, puisque, sur 121 cas rapportés dans la thèse de M. Jamain, on en trouve 84 dans lesquels la mort n'a pas été immédiate ni même très rapide; mais elle montre que la théorie de Morgagni est le plus souvent vraie, et que la mort est, dans presque tous ces cas, due à l'épanchement du sang dans l'intérieur du péricarde. Cet épanchement peut mettre à se former un temps plus ou moins long, suivant le diamètre de l'ouverture accidentelle, et il amène la mort lorsqu'il est assez considérable pour déterminer la compression du cœur. Dans le cas rapporté par M. Adams, le corps vulnérant était un simple plomb de chasse.

Un enfant avait trouvé à sa portée un fusil qu'il ne croyait pas chargé; il mit en joue sa jeune sœur qui s'enfuit; malheureusement le coup partit; la charge de plomb de chasse n'atteignit pas la petite fille, mais elle traversa la porte, et un homme, passant sur le trottoir du côté opposé, reçut onze grains de plomb qui l'atteignirent à la face, au cou et à l'épaule. Cet ouvrier, âgé de quarante-trois ans, se sentant blessé, se rendit chez un pharmacien, qui le fit transporter en voiture à l'hôpital. Le malade, à son arrivée, était pâle; la respiration était anxieuse, le pouls imperceptible. On lui offrit un verre à vin d'eau-de-vie qu'il but avec plaisir; puis il désira s'asseoir, et, cinq minutes après, il expirait ayant vécu environ une demi-heure depuis la blessure.

L'*autopsie* montra qu'un grain de plomb isolé était entré au-dessous du mamelon gauche, avait frappé la cinquième côte; puis, passant dans le cinquième espace intercostal, avait traversé le péricarde et le ventricule gauche. Deux ecchymoses montraient sur le péricarde l'entrée et la sortie du projectile. La cavité péricardique était remplie de sang coagulé qu'on voyait sourdre à travers les deux orifices existant sur le ventricule, et dus au passage du projectile.

Dans la même discussion, le docteur Gordon a rapporté un autre cas, intéressant aussi, en ce qu'il montre que, si une aiguille peut traverser presque toujours impunément le tissu musculaire et les cavités du cœur, il n'en est plus de même quand elle atteint la racine des gros vaisseaux, l'ouverture tendant alors plutôt à s'élargir qu'à se fermer par la contraction des fibres musculaires.

Une jeune fille âgée de dix-neuf ans reçut un coup de poing sur la poitrine. Une demi-heure après, les troubles qui se manifestèrent l'engagèrent à venir à l'hôpital. On trouva, sur le côté droit du sternum, une petite tuméfaction qui offrait des battements isochrones à ceux du cœur. A son sommet existaient une petite ouverture capillaire et une mince ecchymose. La malade avait sur sa robe quelques aiguilles attachées comme le font les couturières; elle crut que l'une d'elles avait pu être chassée par le coup de poing qu'elle avait reçu, et elle demanda instamment qu'on l'enlevât. Le chirurgien fit une petite incision sur le sommet acuminé de la tumeur, et il put, en employant quelque force, retirer une aiguille longue de 3 à 4 centimètres, se dirigeant obliquement en bas, derrière le sternum.

L'état de la malade empira peu à peu; l'oppression augmenta, le pouls devint imperceptible, et la mort survint une demi-heure après l'entrée à l'hôpital.

A l'*autopsie*, on trouva le péricarde rempli par une *pinte* de sang coagulé; il présentait deux petites ouvertures. L'aorte, à un pouce et demi au-dessus des valvules sigmoïdes, présentait une ecchymose de la largeur d'un *schelling et quatre* petites ouvertures traversant toute l'épaisseur de ses parois. Il semblait que l'une d'elles s'était élargie, par suite des battements artériels, pendant que l'aiguille se trouvait enfoncée dans les parois du vaisseau. (*Dublin Medical Press*, 1851, p. 229.)

Léon Le Fort.

---

mine : menstruation persistante, ventre plat, utérus gros comme une poire ordinaire. « Mais, madame, vous n'êtes pas même enceinte! — Comment, monsieur, je le suis, vous dis-je, et à terme. — Qui vous a dit cela? — Un médecin que j'ai consulté il y a neuf mois, et qui, sur l'inspection de mes urines, m'a juré que j'étais grosse. » Malgré mes dénégations, la dame est sortie de chez moi persuadée que j'avais tort et que le *médecin des urines* avait raison.

— Si j'étais incurable ou malade abandonné (ce qu'à Dieu ne plaise), j'aimerais fort l'uroscopie; mais je lui préférerais encore la méthode de M. Dollin du Fresnel, « le doyen des capitaines en retraite. » Il guérit sans médicament, sans secours médical, les affections respiratoires, gastriques, constipantes, nerveuses, glaireuses, venteuses, gazeuses, cérébrales et urinaires, la gastralgie, l'hypochondrie, les hémorrhoïdes, l'enflure des jambes, etc. » C'est simple comme bonjour. Il suffit de respirer convenablement, de se moucher avec art, d'éternuer, de tousser et de cracher méthodiquement. Lire, pour plus de détail, une petite brochure intitulée : *Nouvelle théorie sur l'action dominante qui anime le mécanisme de l'homme.*

— Nous recommandons à vos prières ce bon curé savoyard qui vient d'adresser ses doléances au gouvernement, et qui implore la protection de l'Impératrice contre les persécutions jalouses des médecins et les menaces de la justice. En vérité, il y a bien de quoi s'acharner après ce brave et digne pasteur! Que fait-il donc de si pendable? Il fait avaler à ses paroissiens des bols composés d'un mélange de fiente et de crottin, quand ils ont la diarrhée (on se demande pourquoi il va chercher si loin son remède : un tube en caoutchouc allant de l'anus à la bouche ferait aussi bien l'affaire); il donne à boire aux femmes affectées de métrorrhagie le sang provenant de l'utérus... Faut-il inquiéter un saint homme parce qu'il applique avec une rigueur exemplaire le principe *similia similibus curantur?*

— Puisque le curé Descombes n'a pas trouvé grâce devant M. Boudet, le nouveau rapporteur de la commission des remèdes secrets, à

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie interne.

De l'infiltration purulente des parois de l'estomac. Rapport fait à la Société anatomique, par M. Maurice Raynaud, interne-lauréat des hôpitaux (médaille d'or).

**Messieurs,**

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un fait extrêmement intéressant qui vous fut communiqué par M. Cornil dans une des séances de l'année dernière, et qui vous parut alors digne de la plus sérieuse attention. Il s'agit d'un cas de *gastrite*. Ce mot seul vous en dit toute l'importance. Cette maladie, qui occupait une si grande place dans la pathologie, il y a trente ans à peine, a été depuis, l'objet d'un oubli, je dirais presque d'une proscription si générale, qu'entre deux opinions si contraires, il est aujourd'hui encore fort difficile de faire la part de la vérité et de l'erreur. Les études auxquelles je viens de me livrer pour la rédaction de ce rapport, m'ont convaincu qu'à part les cas de gastrite consécutive à l'ingestion des poisons, cas sur lesquels, en raison de leur extrême simplicité, tout le monde est à peu près d'accord, la plus grande confusion règne encore maintenant dans cette partie de la science.

J'éviterai autant que possible d'entrer dans les discussions de doctrine auxquelles la gastrite a pu donner naissance. Au surplus rien ne vaut, pour l'éclaircissement des questions litigieuses, les cas bien tranchés sur lesquels peut être appelé le témoignage de l'anatomie pathologique. Comme c'est précisément un cas de cette nature qui va nous occuper, permettez-moi de vous l'exposer tout d'abord.

Obs. I. — Un homme âgé de quarante ans, de constitution athlétique, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Nonat, le 26 mai 1860. Il est porteur aux halles, et (ce qui n'est pas consigné dans le récit de M. Cornil) il résulte des renseignements pris auprès de la famille, que cet homme était adonné à la boisson. Il n'a été l'objet d'aucune violence extérieure. On le dit malade depuis trois mois, mais il n'avait cessé de travailler que depuis quinze jours.

Au moment de son entrée, il est en proie à un délire violent, qui nécessite l'emploi de la camisole de force. Cet état dure le lendemain à l'heure de la visite. Le malade a eu des mouvements convulsifs; les parties du corps qui ne sont pas attachées sont dans une continuelle agitation. Il prononce des mots sans suite; la face est d'une pâleur mate sans expression; les lèvres sont rouges, la langue sèche, les pupilles dilatées et ne se resserrant pas sous l'influence de la lumière.

Les vomissements, dont il avait été pris deux jours auparavant ont fait place à une diarrhée abondante. Le pouls est très petit, très irrégulier; la respiration est lente; le ventre est ballonné, dur, et ne paraît pas douloureux à la pression.

Le malade meurt le jour même, avant d'avoir pu être soumis à aucun traitement.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi, messieurs, une réflexion. En présence d'un semblable appareil symptomatique, la première pensée du médecin ne devait-elle pas être celle d'une méningite. Rien n'y manque : vomissements au début, délire, convulsions, pâleur de la face, puis dilatation des pupilles, carphologie, évacuations involontaires, petitesse et irrégularité du pouls, lenteur de la respiration; et comme pour achever d'induire en erreur, l'exploration de l'abdomen ne réveille aucune douleur (ce qu'on peut, du reste, attribuer à la période ultime où en était arrivée la maladie). Aussi M. Cornil, qui nous a fort bien détaillé les symptômes, ne nous dit-il rien du diagnostic porté pendant la vie. Il pouvait l'avouer sans crainte; car s'il y a des erreurs de diagnostic qui sont légitimes, à coup sûr celle-ci est du nombre.

L'*autopsie*, faite vingt-quatre heures après la mort, nous laisse les plus grands doutes sur l'existence d'une véritable méningite. Une légère injection de la pie-mère, la présence de deux ou trois cuillerées de sérosité louche dans les ventricules latéraux, le cerveau étant d'ailleurs exempt d'altérations, ne me paraissent pas des lésions suffisamment caractéristiques, surtout lorsque nous trouvons ailleurs des lésions graves et bien autrement capables d'expliquer la mort. Toutefois nous en tiendrons compte.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le péritoine viscéral tapissé d'une couche de pus jaunâtre épais, qui, vers l'excavation pelvienne, prend l'aspect de sérosité purulente. La surface péritonéale de l'estomac n'échappe pas à cette altération. Elle présente, outre des adhérences celluleuses avec le grand épiploon, un ramollissement avec épaississement et infiltration d'exsudats plastiques et de pus.

Cette description, que j'emprunte presque textuellement à l'observation de M. Cornil, emporte assurément avec elle une grande présomption en faveur de l'existence d'une péritonite générale. Je regrette, toutefois, que le présentateur n'ait pas dit si le péritoine présentait cette vascularisation intense que l'on considère généralement comme la première lésion de la péritonite. Cette mention n'est faite que pour l'enveloppe séreuse de l'estomac. Or, elle est négative : l'estomac ne présentait pas d'injection vasculaire. Il en résulte que, si je n'avais pu m'assurer par un examen minutieux qu'il n'existait pas trace de perforation de cet organe, on pourrait à la rigueur admettre que du pus formé dans l'épaisseur des parois stomacales s'était consécutivement épanché dans la cavité de l'abdomen.

J'arrive à la partie la plus importante de la description anatomique qui nous a été remise : « L'estomac est épaissi et contient des gaz et du mucus louche. Sa muqueuse est injectée, surtout par places. Elle est ramollie, et présente en deux endroits des ulcéra-

---

l'Académie, je me demande ce qui serait advenu si le savant chimiste avait été chargé d'apprécier les hardiesses thérapeutiques de l'abbé Bouland et d'Adèle Chevalier. Voici, d'après un compte rendu judiciaire, quelques échantillons de cette curieuse pratique médicale : « L'abbé Bouland guérissait les maladies *diaboliques*. Une religieuse étant tourmentée par le démon, l'abbé Bouland, pour l'exorciser, lui crache dans la bouche; à une autre, il fait boire de son urine mélangée avec celle de la fille Chevalier; à une troisième, il ordonne des cataplasmes de matières fécales. »

M. l'abbé Bouland et Adèle Chevalier ont été condamnés en première et en deuxième instance, non point, comme vous pourriez le croire, pour exercice illégal de la médecine, mais pour délit d'escroquerie (car il y avait de tout dans cette affaire très complexe). En présence de tels faits, vous semble-t-il qu'un des collaborateurs de la Gazette hebdomadaire ait eu grand tort de présenter une pétition au Sénat dans le but de rendre plus sévères les lois relatives à la répression du charlatanisme médical?

— Les vétérinaires se sont émus pour leurs droits, et ils ont aussi appelé l'attention du premier corps de l'État sur l'exercice de leur art. Ils ont été bien avisés; car j'ai ouï-dire que certains homœopathes leur faisaient volontiers une concurrence acharnée. Je pourrais citer un sportman émérite, un membre du Jockey-Club, qui fait soigner sa femme, ses enfants et ses chevaux par un homœopathe, et par un des plus fameux, s'il vous plaît. Cet homœopathe, comme le loup de la fable, a l'honneur de servir nos seigneurs les chevaux et nos seigneurs les portiers, car c'est le même qui chaque année, le 1er janvier, gratifie son concierge d'une boîte de 365 granules jouissant de la propriété merveilleuse de guérir toutes sortes de maux. Aussi l'homme au cordon assure-t-il que depuis qu'il est à l'usage journalier de ces granules, il n'a souffert du plus léger rhume de cerveau, ni de la teigne, ni de la rogne. Il est enchanté de son locataire et de ses étrennes infinitésimales. Voilà deux petites ressources qu'on ne trouve que dans la médecine homœopathique. Soyez donc allopathes!

Dr Aliquis.

tions ne comprenant que la muqueuse, larges comme une pièce d'un franc. La coupe des parois de l'estomac a un demi-centimètre et près d'un centimètre en certains endroits. Dans toute son épaisseur, elle est infiltrée d'exsudats plastiques et de pus jaune caséeux, concret. Cette infiltration existe aussi bien sous la couche muqueuse que dans la couche musculeuse et celluleuse, et s'étend en nappe à tout l'estomac. »

L'étude attentive que j'ai faite de la pièce m'a mis à même de compléter et de rectifier plusieurs points de cette description.

L'épaisseur de la paroi stomacale va en diminuant du cardia, où elle a près d'un centimètre, au pylore, où elle n'atteint pas un demi-centimètre.

La muqueuse, très légèrement épaissie, ne m'a paru présenter aucun ramollissement. Le degré de consistance de cette membrane est si variable, si difficile à apprécier d'une manière exacte, qu'il importe d'avoir recours au procédé indiqué par M. Louis, et qui consiste à enlever en divers points des lambeaux de muqueuse dont il a déterminé par des chiffres la longueur normale. C'est ce que j'ai fait : partout j'ai pu enlever des lambeaux pour le moins aussi étendus que sur un estomac sain.

Sur la paroi antérieure, vers la petite courbure et non loin du cardia, j'ai trouvé une perte de substance comme taillée à l'emporte-pièce, longue de 2 centimètres sur un demi-centimètre de largeur. Au pourtour, je n'ai trouvé aucune trace d'inflammation. L'observation indiquait *deux ulcérations*. J'avoue n'avoir pas vu la seconde. Y a-t-il là un malentendu, ou bien l'une de ces ulcérations aurait-elle disparu lorsqu'on a fendu l'estomac? C'est ce que je ne saurais vous dire. En résumé, dans mon opinion, rien ne démontre anatomiquement un état de phlogose de la muqueuse.

Au-dessous de cette membrane se trouve une nappe de pus uniformément étendue et infiltrant les mailles du tissu cellulaire. Ce pus est concret et ne s'écoule pas si l'on se borne à arracher la muqueuse; mais si l'on fait à celle-ci une incision très superficielle et qu'on exerce à l'entour une légère pression, on fait sourdre avec facilité un liquide séreux contenant de petits grumeaux blanchâtres qui présentent tous les caractères du pus phlegmoneux.

Au-dessous on trouve les tuniques musculeuse et séreuse.

Comme contre-épreuve, j'ai cru devoir procéder de dehors en dedans. En commençant la dissection par la tunique séreuse, aux environs du cardia, là où toutes les fibres de l'estomac sont abondamment représentées, j'ai pu constater que la séreuse était saine et s'enlevait aisément. J'arrivais ainsi à la couche longitudinale des fibres musculaires. Celle-ci se séparait avec la plus grande facilité de la couche des fibres circulaires et obliques, laquelle se trouvait imprégnée de sérosité, dont la présence a contribué à faciliter la dissection. On arrivait enfin à la nappe purulente.

Ainsi, de quelque façon que l'on procède, on arrive à la preuve anatomique que le pus siégeait exclusivement dans la couche de tissu cellulaire sous-jacente à la muqueuse. Ceci a son importance, car, ainsi que vous le verrez bientôt, il existe dans la science des faits dans lesquels le pus paraissait confiné dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (1).

Je joins à cette description la note qui m'a été remise par notre collègue M. le docteur Luys, qui a bien voulu se charger de l'examen microscopique de la pièce :

« 1° La muqueuse est peu colorée; elle n'est pas ramollie.

» 2° Le tissu cellulaire sous-muqueux est considérablement augmenté de volume; il est boursouflé, coloré en blanc jaunâtre, d'une teinte qui rappelle celle du tissu cellulaire sous-cutané dans le phlegmon diffus. En pressant ce tissu entre les mors d'une pince, on en fait sourdre une pluie d'un liquide blanchâtre, composé en grande partie d'une prodigieuse quantité de cellules sphéroïdales contenant un ou plusieurs noyaux, et présentant tous les caractères physiques et chimiques des globules du pus. Elles nagent toutes dans un exsudat très abondant, composé de granulations granulo-graisseuses.

(1) Voy. plus loin l'observation de Mayor dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

» 3° Toutes les fibrilles du tissu conjonctif présentent l'aspect tomenteux, la teinte jaunâtre qu'on leur trouve dans tous les cas où il est enflammé.

» 4° Pas trace de capillaires contenant des globules sanguins.

» 5° Les fibres musculaires organiques ont pu encore être reconnues au milieu du tissu conjonctif qui les enserrait de toutes parts, ainsi que de nombreuses vésicules adipeuses.

» En somme, on peut dire que, dans ce cas, le tissu cellulaire sous-muqueux est dans le même état que le tissu cellulaire sous-cutané dans le phlegmon diffus ou l'érysipèle suivi de suppuration. »

Au moment où cette pièce remarquable venait de passer sous vos yeux, j'appris que, par une singulière coïncidence, un autre fait presque identique venait d'être observé à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur Lasègue. Comme cette observation est encore inédite et qu'elle se rattache intimement au sujet qui nous occupe, je vous demande la permission de la transcrire en son entier. Je la dois à l'obligeance de M. Proust, interne des hôpitaux et notre collègue à la Société anatomique.

Obs. II. — *Péritonite. Gastrite. Infiltration de pus dans les parois de l'estomac.* — S... (Pierre), âgé de quarante-quatre ans, charretier, est entré le 15 mai 1860 au n° 12 de la salle Saint-Louis. Malade au teint hâlé, au tempérament bilieux, d'une constitution assez robuste, mais amaigri par le travail et une nourriture insuffisante.

Il a plusieurs fois craché du sang, la première fois il y a une dizaine d'années; il en a encore craché il y a un mois ou six semaines. Depuis longtemps, la respiration est courte ; il tousse toujours un peu et transpire quelquefois la nuit. Cependant l'inspiration paraît assez normale, avec un peu d'expiration prolongée. Des râles sous-crépitants se font entendre à la base, à gauche ; à droite, quelques râles ronflants.

Au premier temps et après le premier bruit du cœur, bruit de souffle ayant son maximum à la pointe. Le pouls est très lent.

Il y a quinze jours, le malade fut pris de diarrhée, puis de coliques; simple diarrhée d'abord, accompagnée depuis quelques jours d'épreintes et de ténesme, avec du sang dans les garderobes. Le ventre est très sensible à la pression dans la fosse iliaque gauche, très peu dans les autres points. Le malade a eu des nausées, mais pas de vomissements. Langue rouge et lisse. Au pourtour de l'anus existent quelques veines bleues formant de petites tumeurs.

16 *mai*. On avait recommandé au malade de conserver ses garderobes, afin de pouvoir les examiner; mais, depuis son entrée, la diarrhée est arrêtée. Il est plusieurs jours sans aller à la selle.

On conserve le malade en expectation pendant quelques jours, lui donnant un peu à manger. Il ne se plaignait plus du ventre, se promenait dans la salle et descendait au jardin. On le considérait comme guéri, et on allait le renvoyer le 22 ; mais alors il dit que, depuis la veille, il est mal à son aise. Il n'a plus d'appétit; quelques coliques et des nausées.

Le 23, quelques vomissements depuis hier avec coliques. On croit à une légère indisposition, à une indigestion. On lui donne un ipéca.

Le 24, les vomissements ont continué; les douleurs abdominales sont plus vives. Le malade n'est pas allé à la selle depuis plusieurs jours; le ventre est douloureux à la pression, légèrement ballonné. Pouls petit, 120 pulsations. Les matières vomies sont verdâtres, porracées. (Vingt sangsues sur le ventre, lavement purgatif, bain, cataplasmes.)

Le 25, les coliques sont aussi fortes; le malade a encore vomi, mais un peu moins. Il a évacué plusieurs fois. Le pouls est toujours petit, les narines pulvérulentes. (Cataplasme *bis*, bain, lavement émollient.)

Le 26, le ventre est plus douloureux que la veille, ballonné, sonore. Pouls petit; la langue commence à se sécher au milieu. (Quinze sangsues, cataplasme *bis*, bain.)

Le 27, le malade a été plusieurs fois à la selle en diarrhée. Du sang rouge est mêlé à ses déjections. De nouveau, nausées et

quelques vomissements. Le ventre est toujours tendu, ballonné, le pouls petit, à 120. Cependant le malade dit se trouver mieux et souffrir moins. (Glace, une pilule opiacée, bain, cataplasme, lavement purgatif.)

Le 28, le facies commence à s'altérer; les narines toujours pulvérulentes. Pendant la nuit, le malade a de l'agitation et même un peu de délire; il veut se lever, disant qu'il n'est plus malade et que c'est le lit qui l'affaiblit. Langue très sèche, pouls très faible. (Poudre de racine de belladone, 0,10 en quatre paquets; cataplasme, bain, lavement au miel de mercuriale.)

Le 29, le facies est plus altéré, beaucoup moins cependant qu'il n'est à la période ultime de la péritonite. Pouls très petit, très faible, à 130. Peau sèche. L'agitation et le délire ont persisté la nuit. Langue complétement sèche. Pas de nouveaux vomissements. Ventre toujours tendu et ballonné. Affaissement profond du malade. (Glace, poudre de racine de belladone, 0,10 en quatre paquets; cataplasme, bain.)

Mort le même jour, à trois heures de l'après-midi.

*Autopsie faite le* 31 *mai*.—Tous les intestins sont distendus par du gaz, excepté à partir de l'S iliaque. Tous les organes contenus dans l'abdomen sont recouverts d'une matière jaunâtre glutineuse, qui n'est autre chose que du pus concret. Pas de trace de perforation. La muqueuse intestinale est saine. Dans quelques points cependant existe un peu d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

L'altération la plus curieuse est celle de l'estomac. Les parois ont une épaisseur d'environ 1 centimètre. La muqueuse non ramollie est épaisse de 1 à 2 millimètres. Vers le grand cul-de-sac est une plaque d'un rouge vif, paraissant être le résultat de l'inflammation. Dans un point, au niveau de la grande courbure, en se rapprochant du grand cul-de-sac, est une tumeur sessile du volume d'un marron, molle; le contenu de l'estomac est jaunâtre, et la pression en fait suinter un pus crémeux qui paraît infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, comme dans le phlegmon diffus. Dans les autres points des parois de l'estomac, la partie moyenne de la paroi, dans une épaisseur de 5 à 6 millimètres, est jaunâtre, et la pression en fait également suinter du pus. Ce pus se trouve-t-il entre la tunique muqueuse et la musculeuse, ou entre cette dernière et la séreuse? Le microscope pourra trancher la question (1). Cependant il semble que l'on distingue en dehors une tunique qui paraît être le péritoine épaissi d'un demi-millimètre, et qui, sur la tranche de la paroi, semble se détacher d'une autre tunique de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 d'épaisseur, et paraissant être la tunique musculeuse.

Le cœur est volumineux, les parois hypertrophiées. Les lésions des orifices n'ont pas été constatées.

Rien aux autres organes.

La nature de ces deux observations, si semblables par l'ensemble des symptômes et des lésions trouvées après la mort, m'a naturellement amené à penser qu'il en devait exister d'autres disséminées dans la science et qu'il y aurait avantage à les réunir pour en tirer, s'il était possible, quelques conclusions pratiques. J'ai feuilleté dans ce but un très grand nombre de traités ou de monographies sur les maladies de l'estomac, et, quelque incomplets que soient les résultats de mes recherches, je crois devoir ici vous en faire part.

Nos traités classiques ne contiennent rien ou presque rien sur la question qui nous occupe.

Le *Compendium de médecine*, à l'article ABCÈS DE L'ESTOMAC, ne mentionne que des collections purulentes consécutives, soit à l'ingestion de substances toxiques, soit à des dégénérescences encéphaloïdes ou autres. Il exprime des doutes sur la possibilité de la formation du pus dans les follicules mucipares, ce qui, on le voit, est déjà étranger à notre sujet.

M. Grisolle, à l'article GASTRITE, s'exprime ainsi : « Dans l'inflammation de l'estomac, le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse est quelquefois infiltré de sérosité et de pus; celui-ci es même parfois réuni en foyer; mais, dans ce cas, qui d'ailleurs est excessivement rare, l'abcès offre toujours un très petit volume (1). »

(1) L'examen microscopique n'a pas été fait.

MM. Hardy et Béhier se bornent à cette simple indication : « On a recueilli quelques observations d'infiltration purulente siégeant entre la muqueuse et la membrane celluleuse, et de petits abcès sous-muqueux (2). »

Valleix est beaucoup plus catégorique et nie franchement l'existence de cette maladie : « Celle-ci (la gastrite phlegmoneuse) donnerait quelquefois lieu à de véritables abcès qui s'annonceraient par des symptômes extrêmement graves. On chercherait difficilement dans les observations la preuve de l'existence de cette dernière gastrite, et les auteurs du *Compendium de médecine*, qui ont cité à ce sujet Cullen, Naumann et quelques autres auteurs, ont été obligés de reconnaître que l'on avait décrit sous le nom de gastrite phlegmoneuse plusieurs affections mal déterminées, et en particulier des abcès de différents organes voisins de l'estomac (3). »

Jusqu'ici, vous le voyez, les abcès proprement dits de l'estomac et l'infiltration purulente sont complétement confondus. La même remarque trouvera encore plus d'une fois son application.

Obligé par le silence des contemporains à remonter aux sources, j'ai cru ne pouvoir mieux faire, puisqu'il s'agissait de gastrite, que de m'adresser à celui des auteurs modernes qui s'est le plus attaché à l'étude de cette espèce morbide, jusqu'à vouloir y absorber, en quelque sorte, la pathologie tout entière. Je pensais trouver dans Broussais, peut-être des interprétations erronées, mais à coup sûr quelques-unes de ces descriptions comme il savait les faire : je n'ai pas été médiocrement surpris de n'en pas rencontrer une seule. Ainsi, les cas de gastrite suppurée ont totalement échappé au célèbre auteur du *Traité des phlegmasies chroniques*. Et il faut bien que ces cas soient excessivement rares pour ne s'être jamais présentés à un observateur si attentif à l'étude des affections de l'estomac, et qui eût été si heureux d'en tirer parti pour sa doctrine.

J'ai consulté sans plus de fruit, dans le recueil de la Faculté, plusieurs thèses sur la gastrite, se rapportant par leur date aux plus beaux temps du règne de la doctrine physiologique, et à une époque un peu plus rapprochée, la belle *Histoire anatomique des inflammations*, de M. Gendrin.

Dès lors, manquant d'un fil conducteur qui pût me guider dans mes recherches bibliographiques, j'en étais réduit à chercher un peu à l'aventure dans les différentes collections. Je ne puis donc avoir, tant s'en faut, la prétention d'être complet, et je ne vous donnerai mes conclusions qu'à titre provisoire et sauf rectification.

S'il s'agissait ici de faire de l'érudition, on pourrait à la rigueur remonter jusqu'à Zacutus Lusitanus, et même jusqu'à Rhazès, qui décrit le phlegmon du cardia, dit qu'il peut suppurer, et que le pus peut être rejeté par le vomissement. Mais les termes dont se servent ces auteurs sont beaucoup trop vagues pour qu'on en puisse profiter. Cette remarque s'applique à nombre d'observations, même de date beaucoup plus récente, et où les mots *estomac purulent*, *estomac squirrheux*, etc., sont employés tour à tour et indistinctement.

Bien que la connaissance de la gastrite soit, comme vous le voyez, extrêmement ancienne, le premier ouvrage où, à ma connaissance, le sujet soit traité *ex professo* est celui de Varandœus (4). Un chapitre est consacré au phlegmon de l'estomac, dont l'auteur étudie les différents modes de terminaison : par résolution, par suppuration, par induration, par gangrène, absolument comme on pourrait le faire dans un *Manuel* moderne. Il parle des conséquences terribles que pourrait avoir l'envahissement du foie par

(1) *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, t. I, p. 245, 6e édition.
(2) *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. II, p. 200.
(3) *Guide du médecin praticien*, 4e édit., revue par MM. Racle et Lorain, t. III, p. 779.
(4) *Tractatus de morbis ventriculi*, 1620.

le pus formé dans l'estomac, etc. Mais j'y ai vainement cherché une observation.

J'en dirai autant de l'ouvrage de Heurn (1), médecin hollandais du XVIIe siècle. Celui-ci va même plus loin que son prédécesseur dans le diagnostic; car il donne des signes pour établir si le phlegmon siége dans la paroi antérieure ou postérieure de l'estomac. Mais ce chapitre si complet brille par la même absence d'observations authentiques; ou plutôt il y en a une, et elle a trait évidemment à un ulcère chronique de l'estomac.

Obs. III.—Il n'en est plus de même de Pierre Borel (2), médecin de Castres, en Languedoc, qui écrivait vers la même époque, et que l'on confond quelquefois avec le célèbre Borelli. Il rapporte une observation suivie d'autopsie, et dans laquelle on trouve nettement un abcès des parois de l'estomac. Le malade avait succombé à une affection chronique des voies digestives.

Obs. IV. – Je trouve encore une indication très précise, bien que très brève, dans le *Sepulchretum anatomicum* de Bonet (3), publié, comme on sait, en 1700. Il s'agit encore d'un cas très chronique avec vomissements rebelles. Après la mort, on trouva dans les parois de l'estomac un abcès gros comme un œuf d'oie.

Obs. V.—Puis j'arrive à l'ouvrage de Stoll (4), dans lequel il est fait mention, mais en passant, et sans détails cliniques, d'une femme à l'autopsie de laquelle on trouva l'abdomen rempli d'une quantité de liquide séro-purulent, venant de la rupture d'un abcès situé *entre les membranes de l'estomac*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

## REVUE CLINIQUE.

**Granulations de la muqueuse utérine guéries par les cautérisations avec l'azotate d'argent fondu. — Grossesse consécutive chez une primipare agée de quarante-trois ans. — Oblitération complète de l'orifice externe du col; hystérotomie vaginale. — Influence de la busserole sur les contractions utérines; accouchement heureux; observation présentée à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur Costilhes, médecin de Saint-Lazare, etc., etc.**

Obs. — Madame C..., âgée actuellement de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution, mariée à seize ans, veuve à vingt ans, a contracté depuis de nouveaux liens; elle n'a jamais eu ni fausses couches, ni enfants; elle éprouve, depuis longues années, dans la région lombaire et le bas-ventre surtout, des douleurs, des pesanteurs pendant l'écoulement menstruel.

Il y a huit ans, cette dame avait reçu les soins du docteur Chérest, à l'occasion d'un catarrhe utérin. A cette époque, comme aujourd'hui, le col et le corps de l'utérus sont sains, mais l'orifice externe du col n'offre qu'un pertuis où entre avec peine une bougie de 2 millimètres, et d'où s'échappent, plusieurs jours après les règles, des mucosités séro-sanguinolentes avec coliques utérines.

En janvier 1858, les menstrues viennent, puis elles s'arrêtent tout à coup; surviennent alors des douleurs atroces dans l'hypogastre et dans les reins; la face est pâle, la marche est pénible. A l'examen, le col ne présente rien d'anormal. Je passe une bougie filiforme qui pénètre très lentement. En la retirant, il s'échappe un flot de sang noir, répandant une odeur infecte. Soulagement immédiat; le sang continue à s'écouler pendant deux jours.

Quelle était la cause de l'arrêt des règles? Je n'hésite pas à le dire: un certain degré de phlegmasie ou d'hypérémie, des granulations obstruant le canal utérin vers son isthme, aidée sans doute de petits caillots...

En juin, les règles viennent sans douleurs, mais persistent pendant quinze jours. Après deux jours d'arrêt, des douleurs atroces à jeter des cris surviennent dans l'hypogastre. Comme la première fois, j'introduis dans le col plusieurs bougies qui ne procurent aucun soulagement à la malade. Application de douze sangsues sur le col; aucune amélioration; cataplasmes laudanisés, potion calmante, lavements émollients et calmants.

Des nausées se montrent à chaque instant; inappétence, et, chose remarquable, absence de fièvre. Huit jours après, le sang apparaît de nouveau; l'hypogastre n'est plus sensible; cependant le sang continuant à couler, je donne des pilules composées de quinquina jaune royal et d'ergotine.

Persistance de l'écoulement sanguin. Enfin le 29 juin le sang est arrêté.

Le 1er juillet, je pratique le cathétérisme avec une bougie à bout olivaire; mais, arrivé à l'isthme de l'utérus, vers l'orifice interne du col, je sens manifestement un obstacle, et j'amène des mucosités sanguinolentes. Dans le but de modifier et réprimer cet état granuleux semi-phlegmatique de la muqueuse utérine, je cautérise avec le porte-nitrate la portion malade du canal utérin. La malade ne manifeste aucune douleur. Trois cautérisations sont faites, le 5, le 10 et le 16 juillet. Les dernières cautérisations ont répondu dans le rectum.

Le 20 juillet, plus de douleurs, plus d'écoulement; le 25, apparition des règles, mais quelques gouttes seulement.

Le 26 juillet, douleur et pesanteur à l'hypogastre, commençant à midi et se terminant à deux heures du matin. Vers cette heure apparaît un écoulement séro-sanguinolent qui s'échappe à flot, mêlé cependant de quelques gouttes de sang très rouge. A l'instant même, les douleurs cessent complétement. Le 29, cette dame se rend dans sa famille, qui habite les montagnes de la haute Auvergne où elle passe six semaines jouissant d'une santé florissante. Ses menstrues sont arrivées en août sans souffrance.

Dans les premiers jours de septembre, une rechute paraissant imminente, je me suis hâté de cautériser une cinquième fois, après avoir pratiqué le cathétérisme sans douleur. A part quelques débridements de l'orifice externe du col, la guérison de madame C... s'est maintenue.

Effectivement, en mai 1860, madame C... est devenue enceinte. Pendant trois mois, on pouvait croire que cette dame, âgée de quarante-trois ans, était arrivée au terme de la ménopause; mais bientôt il fallut se rendre à l'évidence. A certains mouvements presque imperceptibles d'abord, madame C... comprit qu'elle était mère. Du reste, cette dame, pendant la durée de sa grossesse, a joui d'une santé excellente.

Le 9 décembre 1860, à onze heures du soir, les premières douleurs d'enfantement se sont manifestées.

Appelé à une heure du matin, je reconnus d'abord une *présentation* céphalique; puis je constatai que le col était complétement effacé, mais que son orifice externe était oblitéré, ainsi que je m'en étais déjà assuré deux fois.

On sentait, en effet, quand on pratiquait le toucher avec soin, une simple dépression au centre du segment inférieur de l'utérus. D'ailleurs, le fond du vagin était sec et ne présentait par conséquent aucune sécrétion muqueuse; en outre, on ne constatait pas de liquide amniotique au-dessous de la tête de l'enfant.

Pendant une heure et demie, je fus témoin de douleurs régulières et très énergiques, de cinq en cinq minutes; l'utérus se contractait physiologiquement dans son ensemble, et cependant aucune trace de dilatation du col ne se montrait. Je devais craindre une rupture du segment inférieur de l'utérus. C'était assurément le moment d'intervenir chirurgicalement.

Je plaçai la malade sur un lit élevé, les cuisses fortement écartées et fléchies sur le bassin, et, sans autre aide que la garde, je procédai à l'hystérotomie vaginale. C'est ainsi que, profitant d'une douleur, j'introduisis jusqu'au-dessous de la dépression dont je viens de parler l'indicateur de la main gauche sur lequel je fis glisser un long bistouri droit boutonné, garni d'une petite bandelette de toile afin de ne laisser que 4 à 5 millimètres de tranchant.

Je parvins, non sans une certaine difficulté, en inclinant l'instrument à gauche, à faire une première incision de 4 à 6 millimètres à droite, puis une deuxième à gauche, toujours en portant le bistouri du côté opposé, enfin une autre en avant et une dernière en arrière.

Bientôt survinrent des matières muqueuses en même temps qu'un commencement de dilatation. Enfin, au bout d'une heure, on constatait une dilatation du col de 3 à 4 centimètres de diamètre. Tout alla bien jusqu'à huit heures du matin. A ce moment, madame C... commençait à perdre courage alors que ses forces paraissaient l'abandonner. Ce fut dans cette circonstance que je lui fis prendre une infusion de 20 grammes de feuilles de busserole pour un 1/2 litre d'eau, dont la première tasse ranima les contractions utérines en l'espace de trois minutes; une deuxième tasse fut administrée dix minutes après; enfin, à la suite de la troisième tasse, la dilatation du col était complète, et, bien que la vulve fût très étroite et le muscle constricteur du vagin très accentué, néanmoins l'accouchement s'effectua naturellement et heureusement le 10 décembre à dix heures du matin. C'était un enfant du sexe masculin, fort et bien portant. Les suites de couches furent des plus heureuses.

En définitive, quelle a été la cause de l'oblitération du col? Si l'on se souvient que celui-ci avait été fréquemment cautérisé avant

(1) Heurn, *De morbis ventriculi*, 1658.
(2) Petri Borelli, *Op.*, etc., 1656.
(3) Lib. III.
(4) Stoll, *Ratio medendi*, 1782, t. I, p. 286.

la fécondation, on pourra répondre sans conteste : l'inflammation. Qu'on se rappelle effectivement l'étroitesse du canal utérin ; à peine l'orifice externe avait-il un millimètre de diamètre.

Ainsi, au résumé, voilà une dame qui reste stérile pendant vingt-sept ans, affectée qu'elle est d'une métrite granuleuse qui, une fois guérie par un traitement méthodique, permet la fécondation, mais chez laquelle il survient, dans le cours de sa grossesse, une oblitération du col externe qu'il faut débrider au moment de la parturition. Néanmoins elle accouche sans autre intervention obstétricale. Quoi qu'il en soit de cette observation, aussi intéressante que rare dans les annales de la science, je pense qu'on peut en déduire les conclusions suivantes, sur lesquelles j'ai voulu attirer l'attention de la Société, à savoir :

1° Que les granulations du col de l'utérus et de sa cavité peuvent être une cause de stérilité ;

2° Qu'en traitant méthodiquement les granulations au moyen de la cautérisation avec l'azotate d'argent fondu, on peut les guérir radicalement ;

3° Que sans l'hystérotomie pratiquée sur le col, l'utérus, sous l'influence des contractions énergiques, aurait pu se rompre ;

4° Que la busserole à haute dose a eu dans cette occurrence une action incontestée et incontestable.

A cette occasion, qu'il me soit permis de rappeler que, l'année dernière, à pareille époque, M. Depaul lisait à l'Académie de médecine un intéressant mémoire sur l'oblitération complète du col utérin chez la femme enceinte.

Dans ce travail, on trouve l'histoire de trois observations personnelles à l'auteur, et de cinq autres cas appartenant à différents confrères.

Il traite de ce vice de conformation sous le triple rapport de l'étiologie, du diagnostic et du traitement.

Le premier cas, à part un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin, qui nécessita la céphalotripsie, a une certaine ressemblance avec le mien. Il s'agissait également d'une oblitération de l'orifice externe du col; seulement, M. Depaul n'est intervenu qu'après quatre jours de douleurs et de violentes contractions utérines. Néanmoins la femme a guéri. En lisant cette observation, on se demande pourquoi on a attendu quatre-vingt-seize heures avant de pratiquer l'hystérotomie vaginale. S'il eût agi le premier jour, n'aurait-il pas épargné à cette malheureuse femme quatre longs jours de souffrance?

La deuxième observation est relative à une femme de vingt-six ans, atteinte d'une oblitération de l'orifice interne du col de l'utérus, et enceinte de sept mois, chez laquelle il provoqua un accouchement prématuré artificiel, tant elle avait de vomissements opiniâtres. Ce fait offre d'ailleurs un intérêt particulier, à savoir : qu'il est peut-être le premier exemple d'oblitération de l'orifice interne du col, observé chez une femme enceinte. Elle est curieuse encore par la coïncidence d'une grossesse et d'une altération organique de l'estomac, circonstance qui explique pourquoi on attribua à la grossesse des vomissements qui avaient probablement leur point de départ dans le carcinome de l'estomac.

Dans la troisième observation, il s'agit, comme dans le premier cas, d'une oblitération de l'orifice externe du col chez une femme primipare de vingt-sept ans, parvenue au terme de sa grossesse, chez laquelle on pratiqua l'hystérotomie vaginale, et on obtint un enfant vivant par l'application du forceps. La mère se rétablit et allaita onze mois son enfant.

Si, au lieu du simple récit du fait que j'ai observé, j'eusse tenté de faire un mémoire, je me serais étendu sur les causes d'erreur de ce vice de conformation, mais *non hic est locus*. Je me contenterai donc de faire remarquer que les causes d'erreur sont :

1° La déviation du col dont les auteurs ont beaucoup parlé;

2° Les vices de conformation du bassin, qui empêchent le segment inférieur de l'utérus de descendre dans le petit bassin, et de prendre la forme globuleuse ordinaire;

3° L'insertion, surtout chez la primipare, du vagin sur les bords de l'orifice externe du col, de telle sorte que le cul-de-sac vaginal n'existe pas ;

4° Le cloisonnement transversal et congénital du vagin.

Comme les divers vices de conformation ont été convenablement traités par les auteurs, et notamment par M. Depaul, je n'insisterai pas davantage sur ce point. Seulement, j'ajouterai en terminant, que M. Depaul s'est servi dans ses trois opérations de deux bistouris : le premier, long, pointu ou arrondi, et le second, boutonné et courbé. Je pense qu'en général, ainsi que je l'ai fait, on pourrait avec avantage se servir d'un seul et même bistouri, le droit boutonné par exemple. En procédant ainsi, on s'éviterait la crainte des piqûres, et, avec un peu de patience, on pratiquerait aisément, et avec chance de succès, l'hystérotomie vaginale.

---

**III.**

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

L'Académie n'a reçu aucune communication relative aux sciences médicales.

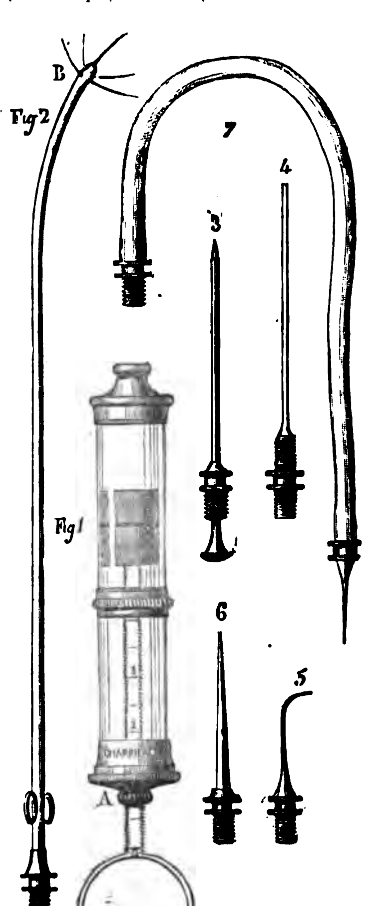
### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a*. Deux rapports, l'un de M. le docteur *Lacase* (de Montauban) sur les épidémies de l'arrondissement en 1860, l'autre de M. le docteur *Crlé* (de Laval) sur une épidémie de croup. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Jaubert* sur le service médical des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes) en 1859. (*Commission des eaux minérales.*)




2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur la préparation du fer réduit par l'hydrogène, et sur la manière de le préserver de l'oxydation, par M. *S. de Luca*. (*Comm.:* MM. Bouillaud et Poggiale.) — *b*. Un mémoire sur la cataracte capsulaire, par M. le docteur *Mirault* (d'Angers). (M. Gosselin, *rapporteur*.) — *c*. Une note sur un appareil pour la respiration artificielle, par M. *Gréhant*. (*Comm.:* M. Gavarret.) — *d*. Le modèle et la description d'un appareil à injections hypodermiques, par M. *Charrière*. — *e*. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Guérineau* (de Poitiers). (*Accepté.*)

M. *J. Charrière* présente à l'Académie une seringue à injection de perchlorure de fer, de sulfate d'atropine à injection des points lacrymaux, modifiée de la manière la plus avantageuse.

On sait que la seringue de Pravaz est construite de telle façon que la quantité de liquide versée au dehors est déterminée par le nombre de tours que l'on imprime au piston.

Dans le nouvel instrument, une des faces est aplatie et graduée (fig. 1, A). De plus, il porte un écrou curseur vissé sur toute la longueur de la tige du piston. On peut ainsi injecter la quantité de liquide que l'on juge convenable en fixant le curseur exactement au point où l'on veut arrêter le piston. Avec cet appareil, on peut faire les injections aussi lentement et aussi rapidement qu'il est utile au moyen de la canule B (fig. 2), tandis qu'avec la seringue Pravaz on était toujours forcé de procéder avec une lenteur qui, dans quelques cas, était préjudiciable.

Fig. 3, canule à trocart de Pravaz.

Fig. 4, canule interne que l'on monte sur la seringue chargée.

Fig. 5, canule à injection des points lacrymaux. — Fig. 6, canule ordinaire à vis externe (modèle Charrière).

Fig. 7, tuyau intermédiaire pour pratiquer des injections avec plus de facilité et sans qu'il soit à craindre de déranger la canule.

Ces canules peuvent se monter sur un irrigateur Eguisier, et l'on évite ainsi l'emploi d'un appareil spécial.

M. *Gibert* dépose sur le bureau une lettre de M. *Leroy de Méricourt*, qui informe l'Académie qu'un cas de chromhidrose vient d'être constaté à Brest par M. Larrey.

*Lectures.*

Thérapeutique. — M. *Noël Gueneau de Mussy* lit un travail *sur l'emploi des bains arsenicaux dans le traitement du rhumatisme noueux.*

L'auteur distingue les malades atteints de rhumatisme noueux en deux catégories :

1° Chez les uns, le travail morbide est franchement chronique; 2° chez d'autres, la maladie est plus récente, les phénomènes réactionnels sont moins effacés, l'excitabilité nerveuse est très développée, ou bien la maladie, quoique très ancienne, appartient à cette espèce d'affections chroniques qui semblent constituées par une longue série de crises plus ou moins aiguës, chroniques par la persistance opiniâtre du travail morbide, aiguës par la forme qu'il revêt.

Dans le premier cas, quand la chronicité est nettement établie, M. Gueneau de Mussy emploie le mélange suivant pour un bain entier :

Pr. Sous-carbonate de soude . . 100 grammes.
Arséniate de soude. . . . . 1 —

Il porte rapidement à 2 grammes la dose de l'arséniate; rarement il a été au delà.

Dans le second cas, s'il y a à craindre des effets d'excitation qui se sont déjà produits, il emploie l'arséniate de soude seul à la dose de 1 à 3 grammes dans un bain simple ou dans un bain gélatineux.

Les malades soumis à cette médication ont présenté les effets suivants :

Plusieurs ont accusé, pendant la durée des premiers bains, des douleurs dans les articulations malades.

Presque tous ont éprouvé à la sortie du bain une sensation de détente, de souplesse, d'aptitude locomotrice qu'ils n'avaient pas auparavant.

Chez un très petit nombre, les premiers bains ont été suivis de selles diarrhéiques ou même de nausées.

Quelques-uns ont manifesté passagèrement des phénomènes d'excitation, de l'agitation, de l'insomnie. Ces phénomènes étaient plus accentués quand les bains contenaient du sous-carbonate de soude.

Chez quelques malades enfin, il s'est fait une poussée vers la peau, caractérisée par des éruptions érythémateuses.

Aucune trace d'arsenic n'a été découverte dans les urines des sujets soumis à ce traitement.

Au début du traitement, un bain tous les deux jours; plus tard, un bain chaque jour, avec un jour de repos de temps en temps.

La durée du traitement a été subordonnée aux effets produits. Un des malades a pris une soixantaine de bains.

Concurremment avec les bains arsenicaux, M. Gueneau de Mussy donnait à ses malades de la décoction de gaïac et une mixture renfermant de 60 centigrammes à 1 gramme d'extrait de quinquina, et de 30 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium. L'auteur fait remarquer que cette mixture, employée seule depuis une quinzaine d'années, ne lui avait donné aucun résultat.

M. Gueneau de Mussy a essayé encore cette médication avec succès dans toutes les formes de rhumatisme chronique, dans diverses névralgies, dans un cas de paraplégie rhumatismale et dans certaines affections chroniques de la peau. (*Comm :* MM. Trousseau, Gibert, Beau.)

*Élections.*

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la *section de pharmacie.*

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 71, M. *Gobley* obtient 41 suffrages; M. *Mialhe*, 27; M. *Buignet* et M. *Lefort*, chacun 1 ; 1 bulletin blanc.

M. *Gobley*, ayant réuni la majorité des voix, est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

*Discussion sur la morve.*

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Gally*, relative à la question de la morve et du farcin, et dans laquelle l'auteur rectifie certaines opinions qui lui ont été prêtées par un des précédents orateurs.

M. *J. Guérin* déclare que tout ce qu'il a entendu jusqu'à présent n'a fait que confirmer sa foi dans l'opinion qu'il s'est faite depuis longtemps de la morve, opinion qu'il a timidement exprimée au début de la discussion et qu'il se propose de développer encore aujourd'hui, mais en l'accentuant davantage. Cette opinion consiste à regarder la morve et le farcin comme des affections identiques, procédant d'une origine commune, mais pouvant se manifester par des expressions phénoménales très diverses, diverses par leur nature et par leur degré de gravité. M. Tardieu prétend que cette identité n'est niée aujourd'hui par personne, et qu'elle est reconnue et proclamée depuis longtemps. M. Guérin n'est pas de cet avis : il oppose aux affirmations de M. Tardieu des témoignages contradictoires émanant de vétérinaires éminents pour lesquels l'identité de la morve et du farcin est loin d'être clairement établie. Longtemps la science est restée indécise, incertaine sur ce point, et aujourd'hui encore les convictions ne sont pas complétement arrêtées à ce sujet. Encore une fois, M. Guérin trouve la preuve de cette indécision dans la nomenclature classique des affections farcino-morveuses, et dans l'habitude où l'on est de présenter et de décrire ces diverses manifestations, non pas comme de simples formes, mais bien comme des espèces *nosologiques*.

D'où vient que l'on persévère dans cette manière de voir, également funeste pour la science et pour la pratique? C'est qu'on persiste à suivre les errements défectueux du passé. Dans l'étude des maladies, et de la morve en *particulier*, au lieu de *s'attacher à* découvrir et à constater les analogies, on cherche les différences. C'est un tort : c'est là un procédé peu philosophique. En ne voyant que les différences des choses, il est impossible de constater leurs rapports : on isole les objets, on les individualise, on méconnaît, on détruit leur affinité avec des objets de même nature. En étudiant, au contraire, les analogies, on rapproche, on compare, on découvre les liens de parenté qui unissent ensemble les choses de même espèce; on établit des groupes naturels, on fonde des classifications durables, on asseoit la science sur des bases inébranlables. Ce procédé est le seul vraiment philosophique, le seul qui puisse guider dans la voie du progrès. Il convient de l'appliquer à l'étude de la morve. Dans ce cas, et pour que la réforme soit complète, on ne doit pas se contenter de modifier les doctrines, il faut aussi changer le langage, tout en distinguant les diverses formes par des qualifications distinctes.

J'aborde, ajoute M. Guérin, l'étiologie de la morve. Sur ce terrain, M. Renault et M. Bouillaud se sont trouvés en opposition formelle. Je n'accepte les doctrines ni de l'un ni de l'autre.

M. Renault n'admet pas la cause spéciale de la morve : pour lui, le virus est un effet. M. Bouillaud ne comprend pas l'intervention des causes vulgaires dans la production de cette maladie.

Cette contradiction entre nos deux éminents collègues tient à ce que l'un n'a envisagé que la morve *spontanée*, l'autre la morve *transmise*. Je crois aussi que ces deux orateurs ont eu le grand tort de ne pas s'attacher suffisamment à distinguer l'essence de la cause, ou la cause essentielle, principale, d'avec les circonstances accessoires, les influences secondaires, au sein desquelles la première éclate et se développe.

Maintenant, je crois qu'il est d'une importance capitale de signaler les différences profondes qui caractérisent les deux modes d'invasion de la morve, à savoir, le développement spontané et le développement artificiel ou par inoculation. Dans le premier cas, le virus se forme de toute pièce dans l'organisme par une sorte de

fermentation qui réagit sur l'économie tout entière ; tandis que, dans le second cas, le principe virulent, introduit directement dans le torrent circulatoire, infecte l'organisme sans provoquer nécessairement dans l'ensemble des fonctions cette perturbation violente qui rend la morve spontanée si grave et si généralement mortelle.

Je me résume : Au début de cette discussion, la distinction existait entre la morve et le farcin ; mais cette distinction était vague, confuse, si bien qu'on donnait à de simples diversités de formes toute l'importance d'espèces nosologiques. J'ai cru qu'il y avait lieu de réformer la science sur ce point, et ça été le but principal de mes efforts.

En outre, je déclare que j'ai vu et qu'on verra de tout temps que, toutes les fois que des cas de morve complète se manifesteront dans une écurie, à côté de cette morve complète on trouvera des manifestations à des degrés divers de la maladie, depuis 0 jusqu'à 100. C'est là de l'observation pure, empirique. Que m'opposent mes adversaires ? Ils objectent que je n'ai pas vu la morve. Mais je ne puis pas accepter cet argument. J'affirme que j'ai vu et que d'autres ont vu ce que j'ai vu. Ceci est une question de fait, c'est une chose qui tombe sous les sens ; on ne peut pas se refuser à l'évidence qui vient par les yeux.

MM. *Bouley* et *Renault* opposent des dénégations formelles aux affirmations de l'orateur.

M. *Guérin* demande expressément qu'on ne l'interrompe pas. Puis il poursuit :

Les faits dont je parle se sont produits sous les yeux d'excellents observateurs, avec les preuves expérimentales les plus formelles. Un vétérinaire dont personne ne récusera la compétence, Gilbert, a écrit que la gourme engendre la morve et que les deux affections sont absolument de même nature. Je trouve les mêmes faits signalés par M. Girard, notre collègue, dans un rapport à la Société d'agriculture. Girard fils admettait aussi la transformation possible et même fréquente de la gourme en morve légitime. Voilà donc un auteur contemporain qui atteste les faits sur lesquels j'insiste moi-même.

M. *Bouley*. Un contemporain d'il y a trente-cinq ans!

M. *Guérin*. Eh bien, voici un contemporain qui ne sera contesté par personne : c'est M. Bouley lui-même. (L'orateur rapporte une observation dans laquelle M. Bouley a refusé de voir un cas de morve, parce que le cheval a guéri, et guéri trop vite, en deux jours.)

M. *Bouley*. J'ai dit que ce cheval n'était pas morveux, parce qu'en effet il n'avait pas la morve.

M. *Guérin*. A une certaine époque, on niait l'existence de la morve, parce que le sujet guérissait : plus tard on refusa de voir la morve ou le farcin chroniques dans les cas où la contagion était évidente. On niait formellement la contagion. Aujourd'hui qu'on sait que la morve est contagieuse, que deviennent ces faits-là ? Je dis que les douze cas de morve inoculée que j'ai cités sont bien de la morve, quoiqu'ils aient guéri, et guéri spontanément. Je présente ceci comme un élément de cette question, à savoir qu'il peut exister des formes de morve ébauchée, qui sont susceptibles de guérison. Je n'ai pas eu la prétention de guérir la morve. J'affirme seulement que j'ai observé un certain nombre de chevaux morveux qui avaient guéri spontanément.

Si les vétérinaires et moi voyons les choses d'une manière différente, j'estime que cela tient à ce que nous partons de points de vue différents et de principes opposés. Je crains que mes honorables contradicteurs, trop imbus des doctrines de l'école, ne ferment trop facilement les yeux à l'évidence clinique, et ne se laissent trop aisément abuser par le prisme des préjugés.

La séance est levée à cinq heures.

---

# IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Tumeur à myéloplaxes. — Résection de la mâchoire inférieure,** par M. le docteur Testelin.

M. le docteur Testelin a présenté à la Société de médecine du Nord une observation de tumeur à myéloplaxes, enlevée par la résection d'une partie de la mâchoire sans incision de la face et avec conservation du périoste.

Un jeune enfant de six ans avait éprouvé, deux ans auparavant, de la douleur au niveau de la première petite molaire droite inférieure qui devint vacillante. Une petite tumeur rouge naissait de la gencive à ce niveau. L'avulsion de la dent fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante ; la tumeur continua de s'accroître ; une nouvelle dent fut arrachée, et l'on enleva avec des ciseaux tout ce qui dépassait la gencive ; le reste de la tumeur fut cautérisé avec le nitrate d'argent. Lorsque M. Testelin vit le malade, la tumeur avait le volume d'une petite noix, s'étendant depuis la première incisive jusqu'à la dernière molaire ; elle est d'un rouge violacé, ferme au toucher, et paraît s'élever du fond des alvéoles, mais se continuer avec la portion externe de la gencive. Les deux tables de l'os sont écartées jusque auprès du bord inférieur de l'os ; cependant, à la pression, ces tables ne cèdent sur aucun point.

Le diagnostic fut tumeur à myéloplaxes ; pour éviter toute difformité, on fit, sans toucher à la peau, une section verticale au niveau de la première incisive et au niveau de la dernière molaire, mais en ne les prolongeant pas au-dessous du niveau inférieur des alvéoles, et l'on enleva la portion d'os ainsi cernée. Le périoste avait été préalablement détaché avec l'instrument de M. Ollier.

Une hémorrhagie assez abondante fit employer des boulettes au perchlorure de fer, qui eurent l'inconvénient de déterminer une sorte de cautérisation des parties voisines. A la fin de la troisième semaine, la mâchoire reprenait ses fonctions. Pendant un certain temps, on crut que le périoste avait régénéré l'os enlevé, mais on vit plus tard que la réunion était purement fibreuse. La partie de l'os logeant les dents de remplacement n'ayant pas été atteinte, celles-ci continuent leur évolution, et l'on sent que les grosses molaires sont prêtes à sortir.

Le fragment excisé mesure 7 centimètres. La tumeur a tous les caractères de la variété type des tumeurs à myéloplaxes décrites par M. Nélaton : coloration rouge de sang, aspect de chair musculaire consistante et de tissu splénique : au microscope, grandes plaques à noyaux multiples, matière granuleuse amorphe, etc. (*Bulletin médical du nord de la France*, mars 1861.)

**Fractures de la rotule,** par M. E. Cooper, de San-Francisco.

Après avoir rapporté, d'après le *Journal de Charlestown*, deux cas de consolidation osseuse de fractures de la rotule, obtenue au moyen des griffes de M. Malgaigne, M. E. Cooper, professeur à l'université de San-Francisco, conseille le rapprochement direct des fragments au moyen de la suture métallique. Il dit avoir employé plusieurs fois avec avantage ce procédé qui lui a toujours réussi, mais il ne donne pas le récit des observations sur lesquelles il s'appuie, et décrit l'opération de la manière suivante :

On fait au-devant de la rotule, une incision longitudinale suffisamment longue pour mettre les fragments à découvert, on perce obliquement avec un foret les bords de la fracture et l'on passe à travers l'os, par les trous ainsi faits, un fil d'argent, dont on tord les extrémités jusqu'à ce que les surfaces fracturées soient en contact immédiat. Il faut chercher la guérison de la plaie par granulations, et pour cela placer une mèche entre ses lèvres pour éviter la guérison par première intention.

Un bandage roulé est appliqué ensuite depuis les orteils jusqu'à la racine du membre, imbibé d'eau simple ou d'une solution médicamenteuse, dans la partie qui répond au genou, et ne doit être changé que tous les huit jours au plus.

On enlève les fils métalliques après six ou huit semaines en détordant les extrémités et les coupant au ras de l'os. Il est ensuite facile de le retirer en le saisissant du côté de l'anse.

Après cette opération, le malade est le plus souvent exempt de toute douleur pendant la durée du traitement. Elle peut paraître grave à ceux qui n'ont pas l'expérience des sutures métalliques, mais il n'en est rien. (*San-Francisco Medical Press*, janvier 1861.)

Quelles que soient l'opinion de l'auteur et sa confiance dans l'innocuité de la suture en fil d'argent, ou de fer ou de plomb, nous sommes loin de conseiller un moyen qui peut amener la suppuration d'une articulation comme celle du genou, qui expose librement à l'air le foyer d'une fracture articulaire, mais nous avons voulu donner un exemple de la chirurgie californienne.

**Végétations syphilitiques du larynx,** par M. le docteur Gilewski, chef de clinique du professeur Oppolzer.

**Sur les affections syphilitiques du larynx,** par MM. les docteurs Gerhardt et Roth (de Würzbourg).

M. Gilewski rapporte le fait suivant :

Obs. — Femme de vingt-trois ans, se disant enrouée depuis quatre semaines. Après avoir eu, pendant trois ou quatre jours, un peu de raucité de la voix et une sensation de chatouillement dans la gorge, l'enrouement devint extrême pendant un mois, au dire de la malade, et persista depuis au même degré, avec la sensation de chatouillement dans la gorge et une toux fréquente. La déglutition n'était nullement gênée, et la respiration s'exécutait en toute liberté.

La muqueuse de l'arrière-gorge était un peu rouge et tuméfiée. L'examen laryngoscopique révéla en outre les lésions suivantes :

L'épiglotte avait une couleur écarlate foncée, mêlée à sa face inférieure, de petites stries ou taches gris jaunâtre. Les ligaments ary-épiglottiques, la muqueuse des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales supérieures étaient rouges et tuméfiés.

Les cordes vocales, d'une coloration blanc jaunâtre, présentaient quelques taches rouges. En outre, la corde vocale gauche portait, près de son insertion au cartilage aryténoïde, trois petites excroissances séparées les unes des autres par un petit intervalle. La plus volumineuse avait environ une ligne de long, la plus petite à peu près une demi-ligne ; elles avaient à peu près les dimensions de la pointe d'un crayon taillé ; elles avaient un aspect comme succulent et une couleur analogue à celle de la corde vocale, dont elles croisaient la direction à angle droit, de manière à faire saillie dans le champ de la glotte.

Les mouvements de la glotte paraissaient être un peu affaiblis ; la partie supérieure de la muqueuse trachéale était rouge et tuméfiée.

Écoulement leucorrhéique ; plusieurs condylomes réunis aux grandes lèvres, survenues un mois après un coït, au dire de la malade.

M. Oppolzer prescrivit des frictions d'onguent gris à la dose de 50 centigrammes d'abord, puis de 1gr,50 par jour. Après la douzième friction, l'enrouement commença à céder. L'examen laryngoscopique révéla une diminution progressive de toutes les lésions décrites ci-dessus ; après la vingtième friction, les excroissances de la corde vocale avaient presque entièrement disparu, et il ne restait plus qu'une légère élévation à peine appréciable.

On fit en tout vingt-huit frictions. Les condylomes des organes génitaux disparurent sans laisser de trace. Il ne restait guère qu'un peu de rougeur de la muqueuse laryngée, notamment sur l'épiglotte, et la voix avait presque entièrement repris son timbre normal. (*Wiener Medizonische Wochenschrift*, n° 18, 1861.)

Les auteurs de ce mémoire ont soumis, dans un assez grand nombre de cas, à l'examen laryngoscopique, des sujets atteints d'affections syphilitiques du larynx. Ils appellent spécialement l'attention sur l'apparition précoce des plaques muqueuses dans la première phase des accidents secondaires ; ils les ont rencontrées huit fois sur quarante-trois malades qui se trouvaient dans ces conditions, affectés de plaques muqueuses des organes génitaux, de roséole, etc. Les plaques muqueuses leur ont offert les mêmes caractères sur la muqueuse laryngée que dans l'arrière-gorge, et ils les ont vus céder rapidement, dans quatre cas, à un traitement mercuriel. Elles existaient cinq fois sur la corde vocale droite, trois fois sur la corde vocale gauche, quatre fois dans l'intervalle des deux cartilages aryténoïdes, une fois à la commissure antérieure, et deux fois sur les replis ary-épiglottiques. Le plus souvent elles paraissaient s'être développées de six à dix semaines après l'accident primitif.

D'après les faits observés par les deux médecins de Würzbourg, l'affection précoce du larynx chez les syphilitiques serait, en définitive, constituée bien plus souvent par des plaques muqueuses que par une laryngite catarrhale simple. Les formes ulcéreuses sont beaucoup plus tardives, qu'elles soient d'ailleurs simples ou consécutives, soit à une périchondrite, soit à des gommes suppurées. Il en est de même des tumeurs gommeuses, qui siégent tantôt dans le larynx, tantôt à son entrée. La périchondrite syphilitique elle-même se rencontre, le plus souvent, de cinq à dix semaines après l'accident primitif ; comme une de ses conséquences, on observe le rétrécissement cicatriciel du larynx et la déformation de l'épiglotte par du tissu inodulaire.

En envisageant ces diverses formes d'une manière générale, MM. Gerhardt et Roth trouvent que les affections syphilitiques du larynx sont assez fréquentes ; ils les ont rencontrées dix-huit fois sur cinquante-six malades, c'est-à-dire dans un tiers des cas, et ils ne sont pas éloignés d'admettre qu'un certain nombre de laryngites chroniques, auxquelles on ne peut assigner de cause apparente, appartiennent en réalité à la vérole. (*Archiv für pathologisch Anatomie*, 2e série, t. I, 1re livraison.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope,** par le docteur S.-J. Métaxas. Brochure in-4°, avec 3 planches coloriées. Paris, Leclerc, 1861.

Depuis la découverte d'Helmholtz, l'ophthalmoscope a fait le sujet d'un assez grand nombre de travaux ; chaque jour, du reste, ce nouveau moyen d'exploration, qui est à l'œil ce que l'auscultation est à la poitrine, permet d'agrandir le champ encore assez restreint de nos connaissances, pour ce qui regarde l'étude des désordres anatomiques des parties profondes de l'œil ; désordres que, il y a quelques années, nous ne connaissions que par les nécropsies et les troubles fonctionnels qu'ils déterminaient pendant la vie. Sans doute, l'ophthalmoscope n'a pas encore fait faire à la thérapeutique oculaire tous les progrès que quelques esprits impatients lui demandent impérieusement et tout de suite, sous peine d'être reconnu comme un instrument inutile ; mais il ne faut pas oublier que de toutes les parties de la médecine, la thérapeutique est celle qui marche le plus lentement, car pour marcher sûrement elle doit suivre et non précéder la connaissance de l'anatomie normale et pathologique, de la symptomatologie et du diagnostic.

M. Métaxas, après avoir longuement poursuivi ses études ophthalmologiques en Allemagne, en Angleterre et en France, vient de publier le résultat de ses recherches sur la rétine et sur ses altérations anatomiques et fonctionnelles.

Son travail peut être divisé en deux parties : la première, sur laquelle nous passerons plus rapidement (non pas parce qu'elle est peu importante, mais parce que les sujets qu'elle traite sont plus connus), a trait à la description anatomique de la rétine, au choix de l'ophthalmoscope, à la manière de se servir de l'instrument, à la description des parties profondes de l'œil, telles qu'elles apparaissent lorsqu'elles sont à l'état normal.

Il semble banal de recommander de bien étudier l'œil sain avant de passer à l'étude de l'œil malade, et de montrer qu'on ne peut connaître les altérations d'un organe dont on ne connaît pas l'aspect normal ; cependant cette banalité est une vérité essentielle qu'on se trouve chaque jour obligé de rappeler à ceux qui commencent l'étude de l'ophthalmoscope ; comme il faut souvent, à ceux qui débutent dans l'étude de la médecine, rappeler qu'il faut ausculter le cœur ou le poumon sain avant de chercher à constater l'absence ou la présence des bruits pathologiques. Dans cette première partie il est un point sur lequel nous voulons insister.

c'est l'aspect que présentent à l'ophthalmoscope l'artère et la veine rétinienne. Leur point d'origine n'est pas constant; tantôt elles émergent du milieu de la papille, tantôt de la périphérie ; le plus ordinairement cependant on les voit naître en dedans du centre de la papille. Le diamètre des artères de la rétine est moindre que celui des veines ; leur coloration est d'un rouge clair, rutilant ; celui des veines est foncé. Mais, pour bien apprécier le volume, il faut avoir soin de toujours se servir de la même lentille biconvexe, car si l'on en change, on s'expose à commettre des erreurs et à voir une turgescence ou une diminution de volume des vaisseaux là où ils sont, au contraire, parfaitement physiologiques. Ceci, on le conçoit, est très important, car le système circulatoire de la rétine présente des altérations qu'on peut ranger, avec l'auteur, sous six chefs : le pouls veineux, la turgescence, l'état filiforme, l'oblitération, l'absence de vaisseaux, les tumeurs anévrysmales.

Le pouls veineux a été signalé par Helmholtz dès le début de l'ophthalmoscope ; ce mot nous paraît mal appliqué, car les battements vasculaires s'observent aussi bien sur les artères que sur les veines. Nous aurions aimé voir M. Métaxas s'arrêter un peu plus longtemps sur l'étude des battements artériels. Il dit, sans doute, qu'on les observe dans le glaucome ; mais les chirurgiens allemands et anglais font jouer à ce phénomène un rôle si important qu'ils le donnent, avec l'excavation de la papille, comme un des signes caractéristiques du glaucome aigu ; maladie encore presque inconnue en France, et qu'on nous paraît voir en Angleterre plus souvent même qu'elle n'existe, si l'on en juge par le grand nombre d'iridectomies pratiquées depuis quelques années dans les hôpitaux spéciaux de la Grande-Bretagne, où l'on prétend, par cette opération, guérir le glaucome aigu.

La turgescence, l'état filiforme des vaisseaux sont le résultat d'états bien différents de l'œil : la première se voit dans la congestion, le second accompagne souvent l'amaurose.

L'oblitération des artères ou des veines rétiniennes s'observe quelquefois dans les amauroses anciennes. L'oblitération des artères de la rétine peut-elle être le résultat d'une embolie formée dans le cœur et portée jusqu'à la rétine? L'auteur admet formellement cette cause d'oblitération, qui nous paraît tout au plus possible ; mais nous ne pouvons accepter avec lui la valeur d'une observation qu'il rapporte d'après von Graefe, car le professeur de Berlin nous paraît s'être laissé aller, dans l'explication des phénomènes observés, aux écarts romanesques d'une imagination allemande. Voici le fait en quelques mots, nous laissons le lecteur juge :

Un cocher âgé de cinquante-sept ans reçoit un coup de timon dans la région précordiale ; il continue son travail malgré un peu de dyspnée, mais le dixième jour survint une hématémèse. Il se rétablit, et reprit ses occupations. Deux mois après il s'aperçut qu'un nuage se formait devant l'œil droit ; pour mieux s'en assurer il ferma l'œil gauche, le brouillard s'épaissit, et en quelques minutes toute sensation lumineuse disparut de l'œil affecté ; l'ophthalmoscope montra l'intégrité des milieux transparents et l'état filiforme des vaisseaux rétiniens. Le professeur Traube examina le malade, et diagnostiqua un rétrécissement des valvules aortiques, et *probablement* une maladie récente (endocardite). En l'absence de toute autre explication satisfaisante de cette cécité subite et unilatérale, et se basant sur l'état du cœur, M. von Graefe n'hésita pas à diagnostiquer l'obstruction de l'artère centrale de la rétine par une embolie. Ce diagnostic était-il fondé? Rien dans l'observation ne paraît le montrer, et ce cas nous paraît être de ceux dans lesquels il faut savoir confesser son incertitude ou son ignorance, ce qu'on a le droit de faire sans inconvénient quand on porte le nom de l'ophthalmologiste de Berlin.

Les rétinites aiguë, syphilitique et congestive font l'objet des chapitres suivants.

Une affection complétement inconnue avant la découverte d'Helmholtz, et dont l'existence ne pouvait pas même être soupçonnée, est l'apoplexie rétinienne. L'œil paraît à l'état normal, et la perte plus ou moins complète de la vision paraîtrait inexplicable si l'ophthalmoscope ne venait montrer sur la rétine des taches d'un rouge vif, dont le siége et les dimensions sont invariables, quels que soient les mouvements imprimés à l'œil, taches qui ne sont autre chose que des épanchements sanguins. Leur siége le plus ordinaire est un point de la rétine autre que la papille ; mais celle-ci peut être atteinte en même temps que la rétine, elle peut même l'être seule.

Le décollement de la rétine est aussi une affection dont l'ophthalmoscope peut seul révéler l'existence ; M. Métaxas en rapporte plusieurs exemples, qui nous montrent combien il est important de ne pas la méconnaître, car elle est quelquefois curable.

Les troubles de la vision qu'on rencontre quelquefois chez les personnes atteintes de néphrite albumineuse avaient été mentionnés par d'anciens auteurs ; depuis surtout le mémoire de M. Landouzy sur la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse, ces troubles prirent une telle importance qu'on en fit un signe presque pathognomonique de la maladie de Bright. Les lésions anatomiques qui du côté de l'œil la caractérisent sont assez variables, et l'on pourrait croire que leur importance est minime, l'œdème des membres ou de la face devant d'abord attirer l'attention. Sans doute, c'est le cas le plus fréquent ; mais nous avons été, à plusieurs reprises, témoin de faits dans lesquels, avant tout autre symptôme, les troubles de la vision et l'examen ophthalmoscopique ont fait reconnaître une albuminurie commençante encore méconnue, et sur l'existence de laquelle l'examen des urines venait ensuite lever tous les doutes.

Nous ne ferons que mentionner la rétinite pigmentaire, les exsudats rétiniens, les tumeurs fibreuses de la rétine, le cancer de cette membrane, et quelques autres affections bien étudiées dans le travail de M. Métaxas. Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur ; il y trouvera réunies les descriptions nosologiques et les observations sur lesquelles elles s'appuient ; la pathologie de la rétine s'y trouve tout entière. L'auteur a joint avec raison le tableau de Jæger, c'est-à-dire un spécimen de vingt caractères d'imprimerie différents de grosseur, depuis les lettres microscopiques jusqu'aux plus grandes ; ce tableau est très important ; en usage dans toute l'Europe, il permet de s'entendre facilement sur la portée de la vue des malades dont on lit ou dont on écrit l'observation ; il suffit pour cela de dire : le malade pouvait lire à tant de centimètres de distance le n° 1 ou le n° 11 de Jæger.

Le travail dont nous venons de rendre si brièvement compte est un des meilleurs parmi ceux qui ont été publiés sur la pathologie de la rétine ; c'est aussi un des plus complets, car il est le fruit de recherches poursuivies par l'auteur en Angleterre, en Allemagne et à Paris. On dit que M. Métaxas a été, dans son pays, condamné à mort pour ses opinions politiques ; heureusement le roi Othon n'a pu réaliser ses intentions bienveillantes ; au lieu de priver la science d'un bon ouvrage, il a donné à la France un ophthalmologiste habile ; à la France qui, suivant la dédicace que M. Métaxas consacre à son pays, « ferait oublier la patrie, si un fils pouvait oublier sa mère. »

LÉON LE FORT.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

— Le concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Vidal, Laboulbène et Chauffard.

— Une médaille d'or de la valeur de 400 francs vient d'être décernée à M. Anthoine (de Beaucaire), docteur de la Faculté de Montpellier, par l'Académie royale de Belgique, qui avait mis au concours la question suivante : « Discuter les méthodes thérapeutiques relatives au traitement du » choléra. »

— M. Neudorfer a tenté cinq fois la transfusion chez des sujets affaiblis par de longues suppurations, suites de coup de feu. Mais le bienfait n'a été que temporaire ; tous sont morts au bout de trois ou quatre semaines. Chez un sixième, la mort, que l'auteur attribue à la nature goutteuse du sang injecté, a eu lieu très peu de temps après l'opération, ce qui a détourné M. Neudorfer de continuer ses essais. (*Gazette des hôpitaux*.)

— L'empereur, par décret du 5 juin dernier, a autorisé l'érection d'une statue au baron Larrey, chirurgien en chef des armées du premier empire, dans la ville de Tarbes, chef-liee du département où il est né. Un comité vient d'être constitué pour prendre les mesures nécessaires à lexécution de ce projet.

— M. le docteur Escoffier, président de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Loire, l'un des médecins les plus justement estimés de Saint-Étienne, est mort dans cette ville le 4 de ce mois. — On annonce aussi la mort de M. Romain, interne des hôpitaux de Montpellier et lauréat de la Faculté de cette ville.

— Un décret du 20 juillet dernier décide que le ministre de l'instruction publique et des cultes peut, lorsqu'il le juge convenable, déléguer les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, chacun dans l'ordre d'étude auquel il appartient, pour présider les jurys d'examen des Facultés des lettres, des sciences, de médecine et de droit, des Écoles supérieures de pharmacie, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et des Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Lorsqu'il s'agira des sessions d'examens pour le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences, la délégation de l'inspecteur général sera notifiée à la Faculté vingt jours au moins avant l'ouverture de la session.

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES. — Octobre. Fièvre typhoïde (suite). — Ascite compliquant la grossesse, par *Pigeolet*. — Hématocèle (suite). — Constitution médicale, etc. (suite). — Adhérence du placenta, par *Van den Bruel*.

THE INDIAN ANNALS OF MEDICAL SCIENCE. — 1859. — Juillet. Note sur les principaux anthelmintiques indigènes de l'Inde, par *Waring*. — Travaux sur le coup de soleil, par *Longmore*, *Butler* et *Brougham*. — Notice sur une forme particulière de paraplégie, par *Irving*. — Observations sur le goître, par *Greenhow*. — Sur le défaut de consolidation des fractures, par *Moore*. — Maladie tuberculeuse particulière du pied, par *Eyre*. — Sur la fièvre typhoïde, par *Francis*. — Sur l'anesthésie de l'œil, par *Archer*. — Cure radicale des hernies, par *Scriven*. — Fièvres tropicales non paludéennes, par *Day*. — Hygiène des soldats dans l'Inde, par *Chevers*.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Septembre. Contributions à l'anatomie et à la physiologie comparées, par *Bennet Dowler*. — Deux cas de convulsions, par *Barnett*. — Grossesse triple, par *Mason*. — Études sur la fièvre typhoïde et sur la fièvre jaune, par *Bennet Dowler*. — Anévrysme inguinal guéri par la compression digitale, par *Nichols*. — Remarques toxicologiques, par *Bennet Dowler*.

THE NEW-YORK MEDICAL PRESS. — N°s 22 à 24. Cliniques et revues. — 25. Sur la médication hypodermique, par *Langer*. — 26. Cliniques et revues.

THE NORTH AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW. — Juillet. Clinique, par *Richardson*. — Statistique de l'aliénation mentale dans les États-Unis, par *Dunglison*. — Remarques pratiques sur la nature et le traitement de la prostatorrhée, par *Gross*.

THE PENINSULAR AND INDEPENDENT MEDICAL JOURNAL. — N° 2. Corps étranger des voies respiratoires, par *Johnson*. — Traitement de l'asphyxie, par *Patterson*. — 3. Rapport su les avortements criminels, par *Christian*. — 4. Luxations du fémur et de l'humérus, par *Gunn*. — Mort du fœtus dans l'utérus, par *Porter*. — 5. Deux cas de hernie étranglée, par *Bleis*. — Traitement de la conjonctivite chronique, par *Waggoner*. — 6. L'éther et le chloroforme, par *Hitchcock*. — 7. Parasites végétaux de la peau, par *Palmer*. — L'acide carbonique comme anesthésique local, par *Hitchcock*. — 8. Remarques sur une nouvelle espèce d'helminthe, par *Sager*. — 9. Emploi des cathartiques contre la péritonite, par *Gibbs*. — 10. Opérations pour la cure des hernies réductibles, par *Tyler*. — Cathartiques dans la péritonite (suite). — 11. Fièvre puerpérale et érysipèle, par *Rynd*. — Anesthésie pendant le sommeil, par *Buch*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 40. Recherches sur l'hydrophobie, par *Verga*. — 41. Sciatique (fin). — Épilepsie (suite). — 42. Cas singulier de hoquet hystérique, par *Tosoni*. — Épilepsie (suite). — 43. Sur les glandes sanguines, par *Oehl*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati sardi). — N° 24. Étranglements internes (suite). — 25. Sur la fracture du col du fémur, par *Berruti*. — Sur la lèpre, par *Amaglio*. — 26 et 27. Lèpre (suite et fin). — 28 et 29. Note sur les étranglements internes, par *Borelli*. — 30 à 32. Influence du climat des montagnes, etc. (suite). — 33. Revues. — 34. Paracentèse de l'estomac pour remédier à la tympanite, par *Olivieri*. — 35. Cure radicale de la hernie ombilicale par la ligature du sac, par *Giorcelli*. — 36. Traitement de l'orchite blennorrhagique par les fomentations saturnines, par *Berruti*. — 37 et 38. Orchite blennorrhagique (suite). — 39 et 40. Observations de fièvre pernicieuse, par *Borelli*. — 41. Fièvres pernicieuses (fin). — Considérations sur la scrofule, par *Salvolini*. — 42. Scrofule (suite).

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO. — N° 19. Cas d'empoisonnement par le phosphore, par *Poggio* et *Abbene*. — Constatation des décès (suite). — Anatomie et physiologie de la rate, par *Peyrani*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Juin. Nouveau céphalotribe, par *Tarsitani*. — Vomissements rebelles, etc., par *Antonacci*. — Pathonomie (suite). — Juillet. Sur la céphalotripsie, par *Tarsitani*. — Cas de tétanos traumatique, par *de Caprio*. — Propriétés fébrifuges de l'iris, par *Molinari*. — Août. Pathonomie (suite).

IL MORGAGNI. — 4e livraison. Nouveau céphalotribe, par *Tarsitani*.

LO SPERIMENTALE. — N°s 3 et 4. Sur le diagnostic des anévrysmes artériels externes, par *Seghieri*. — Épidémie de miliaire, par *Cantieri*. — Clinique, par *Chiesi*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 351. Traitement de l'héméralopie par le foie rôti, par *Grasia y Alvarez*. — Suture de la langue chez un petit enfant, par *Anguinaga*. — 352. Sur les eaux de Busot dans le traitement des maladies vénériennes, par *Lopez*. — 353. Traitement de la fièvre jaune, par *Siñigo*. — Guérison d'une fistule interne, par *Carnison*. — 354. Bases de la médecine (suite). — Traitement de la fièvre jaune (suite). — 355. Traitement de la fièvre jaune (suite). — Abcès du cerveau, par *Cruzado*.

LA ESPANA MEDICA. — N° 250. Sur le choléra, par *Villarroel*. — 251. Traitement de l'hydrocèle par le séton, par *Argumosa*. — Choléra (suite). — Études cliniques sur l'helmintiase lombricoïde. — Matérialisme et vitalisme (suite). — 252. Extirpation d'une tumeur hydatique, par *Castresana*. — Vérité de l'hippocratisme (suite). — Helmintiase (suite). — Matérialisme et vitalisme (fin). — 253. Helmintiase (suite). — Hypertrophie du testicule avec hernie inguinale, par *Martinez*. — 254. Nouveau procédé de suture, par *Mibarri*. — Le dynamisme, par *Alguirrebena*. — 255. Dynamisme (fin).

EL MONITOR DE LA SALUD. — N° 20. Statistique de l'aliénation mentale en France et en Espagne.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 19. Instruction supérieure, etc. (suite). — Fièvre jaune (suite). — 20. Fièvre jaune (suite). — Traitement de la blennorrhagie, par *Sequeira*.

JORNAL DA SOCIEDADE DAS SCIENCIAS MEDICAS DE LISBOA — N° 9. Diabète (suite). — Trois cas de diphthérie, par *Sousa*.

### Livres.

DES CYSTICERQUES DE TÉNIAS CHEZ L'HOMME, par le docteur *Kœberlé*. In-8 de 52 pages, avec 3 planches. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

INDICATEUR MÉDICAL ET TOPOGRAPHIQUE D'AIX-LES-BAINS (Savoie), par le docteur baron *Despine fils*. In-18 de 72 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

LA VIE DANS L'HOMME : SES MANIFESTATIONS DIVERSES, LEURS RAPPORTS, LEURS CONDITIONS ORGANIQUES, par *J. Tissot*. In-8 de X-614 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

Ce volume sert d'introduction à l'ouvrage précédemment publié sous le titre :

LA VIE DANS L'HOMME : EXISTENCE, FONCTIONS, NATURE, CONDITION PRÉSENTE, FORME, ORIGINE ET DESTINÉE FUTURE DU PRINCIPE DE LA VIE ; ESQUISSE HISTORIQUE DE L'ANIMISME, par *J. Tissot*. In-8 de XXIV-592 pages. Paris, Victor Masson *et fils*. 7 fr. 50

PRÉCIS D'ÉLECTROTHÉRAPIE MÉDICO-CHIRURGICALE, par le docteur *J. Guitard*. In-12 de 324 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr. 50

RELATION D'UNE VISITE A L'ASILE DES IDIOTS D'EARLSWOOD, COMTÉ DE SURREY (Angleterre), suivie de quelques réflexions sur le no-restraint, par le docteur *E. Billod*. Brochure in-8 de 16 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

TRAITÉ DE CHIMIE GÉNÉRALE, ANALYTIQUE, INDUSTRIELLE ET AGRICOLE, par MM. *Pelouze* et *Frémy*. 3e édition, avec nombreuses figures dans le texte. En vente, tome I complet. Paris, Victor Masson et fils. 15 fr.
Tome II, 1re partie. 10 fr.
Tome IV, complet. 15 fr.

Le *Traité de chimie générale* comprendra 6 vol. grand in-8 compacte. Les tomes I à III sont consacrés à la *chimie inorganique*, et les tomes IV à VI à la *chimie organique*. Les deux parties sont publiées simultanément.

BLESSURE PRODUITE PAR UNE PASTENAGUE, par *Aubert*. In-8 de 8 pages, avec figures. Paris, Victor Rozier. 60 c.

DE LA VALEUR DE LA RESPIRATION SACCADÉE COMME SIGNE DE DÉBUT DE LA TUBERCULISATION PULMONAIRE, par *L. Colin*. In-8 de 14 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

OBSERVATION D'INVAGINATION PROGRESSIVE DE L'INTESTIN GRÊLE AVEC POLYPE ET PERFORATION INTESTINALE, PÉRITONITE, MORT ; PIÈCES ANATOMIQUES NATURELLES, PIÈCES MOULÉES, ÉTUDE SUR L'INVAGINATION INTESTINALE ET SPÉCIALEMENT SUR L'INVAGINATION COMPLIQUÉE DE POLYPES DE L'INTESTIN, par *Paul Dauvé*. In-8 de 33 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr

LETTRES A UNE MÈRE SUR L'ALIMENTATION ET L'HYGIÈNE DU NOUVEAU-NÉ, par le docteur *Achille Dehous*. Ouvrage qui a remporté le prix au concours ouvert par la Société médicale d'Amiens. In-18 de 312 pages. Paris, Louis Leclerc. 3 fr. 50

THE MODUS PROPAGANDI OF THE HUMAN SPECIES, PHYSIOLOGICALLY EXPLAINED (Le mode de propagation de l'espèce humaine), par *John O'Reilly*. New-York, Hall, Clayton et comp.

UEBER DIE EINSTELLUNGEN DES DIOPTRISCHEN APPARATES IM MENSCHLICHEN AUGE (Sur l'emploi de l'appareil dioptrique dans l'œil humain), par *de Jaeger Jun*. Grand in-8, avec 5 planches et 2 figures dans le texte. (Vienne.) Paris, Victor Masson et fils.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 16 AOUT 1861. N° 33.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Décrets impériaux. — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine : Discussion sur la morve. — Communication de M. Larrey sur la chromhidrose. — Remède prétendu contre la rage. — Fauteuil de mer contre le mal de mer. — Hôpital de Saint-Mandrier de Toulon : Le drainage chirurgical. — Remarques historiques sur la gangrène diabétique. — Asiles des aliénés de la Seine. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : De l'infiltration purulente des parois de l'estomac. — III. **Correspondance.** Sur les varices profondes. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Revue des journaux.** Recherches sur l'acrodynie sporadique. — De l'emploi de la belladone comme agent sédatif dans l'épilepsie. — Opération d'autoplastie par transplantation pour la restauration du pénis. — De l'emploi de l'alcool à 55 degrés comme méthode abortive des fièvres intermittentes. — De l'absorption des molécules cuivreuses chez les horlogers. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par décrets impériaux, rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier, MM. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi; Delioux de Savignac, médecin de 1re classe de la marine à Toulon.

Au grade de chevalier, MM. Chassaignac, chirurgien de Lariboisière; Patouillet, médecin du bureau de bienfaisance du dixième arrondissement; Boyer (Lucien); Sarret, médecin du bureau de bienfaisance du septième arrondissement.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 15 août 1861.

*Académie de médecine :* DISCUSSION SUR LA MORVE. — COMMUNICATION DE M. LARREY SUR LA CHROMHIDROSE. — REMÈDE PRÉTENDU CONTRE LA RAGE. — *Fauteuil de mer* CONTRE LE MAL DE MER. — *Hôpital de Saint-Mandrier* (de Toulon) : LE DRAINAGE CHIRURGICAL. — REMARQUES HISTORIQUES SUR LA GANGRÈNE DIABÉTIQUE. — ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE.

La tribune de l'Académie de médecine a été occupée mardi par M. H. Bouley et Renault. Jamais n'a été mieux soutenue que dans cette circonstance la vieille réputation de la section de médecine vétérinaire. Que l'ombre de Barthélemy soit contente ! M. Bouley a été vif, pressant, serré, spirituel, lucide. Une parole alerte et vaillante, une mimique expressive, un parfait enchainement d'idées. Quant à M. Renault, on sait la distinction grave de son langage et de sa

## FEUILLETON.

**Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière** (1), adressé à M. le sénateur préfet de la Seine par M. GIRARD DE CAILLEUX, inspecteur des aliénés de la Seine.

DISTRIBUTION DES MALADES DE LA SEINE DANS LES HOSPICES DE LA VIEILLESSE.

Les aliénés de la Seine sont distribués dans des quartiers annexes des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière de la manière suivante :

*Asile de Bicêtre.* — Il existe trois sections d'aliénés dans l'hospice de Bicêtre.

1° La première section se compose de deux quartiers :

L'un, dit des Colonnes, contenant vingt cellules avec dortoirs au-dessus, et une salle de réunion dans un pavillon formant un des côtés du carré cellulaire. La plupart des couchettes qui meublent les cellules sont mobiles et en bois, de sorte que des aliénés violents peuvent, en les démontant, s'en servir comme d'engins destructeurs et d'armes dangereuses. Destiné aux agités et aux semi-agités, ce quartier est habité par une moyenne de 26 aliénés.

L'autre quartier est constitué par un bâtiment à trois étages, y compris le rez-de-chaussée. Les malades y sont classés ainsi qu'il suit : au rez-de-chaussée, les gâteux; au deuxième étage, l'infirmerie, et au troisième, les paisibles.

Les deux pavillons qui s'avancent aux deux extrémités du bâti-

(1) Nous avons retranché de ce travail considérable quelques passages relatifs : 1° à l'historique des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, historique dont les éléments sont empruntés aux rapports de Camus, membre de la commission administrative des hospices (an X) et de M. Davenne (1852); 2° à quelques détails intérieurs du service médical de ces établissements; 3° à la nécessité d'étendre le bienfait de la Société de patronage fondée par M. Falret dans le but de venir en aide aux aliénés sortis de l'hospice, et qui borne son action, quant à la maison de refuge, aux aliénées sorties de la Salpêtrière; 4° aux exercices religieux; 5° au prix de journée fixé par M. le préfet à 1 fr. 50 c. pour les hommes, 1 fr. 20 c. pour les femmes, et que M. Girard croit pouvoir réduire à 1 fr., *et même au-dessous*, pour les deux sexes.

tenue, son bon sens et la sévérité habituelle de son argumentation. Il ne s'est pas manqué cette fois à lui-même.

MM. Leblanc et Delafond devant prendre la parole mardi prochain et M. Guérin ayant manifesté l'intention de répliquer, nous attendrons la clôture du débat pour en apprécier les résultats. En ce moment, la question est où nous l'avons laissée il y a huit jours. M. Bouley a maintenu ses assertions et rudement mené la *morve ébauchée*. Il paraît que nous n'étions pas mal inspiré quand nous sollicitions, sur ce point particulier, les explications de M. Leblanc; car M. Guérin en a appelé au futur discours de cet honorable membre. M. Renault s'était chargé spécialement de ramener la question d'étiologie sur le terrain clinique. Il l'a fait avec un plein succès, en montrant que le travail excessif, la mauvaise nourriture, etc., sont bien véritablement des *causes* de morve, réserve faite du principe inconnu de la contagion, puisque ces circonstances suffisent pour engendrer la morve de toute pièce.

Quant à certains incidents de la séance, dont les uns se sont passés à la tribune, les autres à côté, nous n'en dirons rien, si ce n'est qu'ils sont très regrettables. Les récriminations violentes, les altercations personnelles ne sont pas des témoignages d'une bonne cause. M. Guérin fera bien de dire clairement en quoi MM. Bouley et Renault se sont écartés des convenances ou ont mal rendu sa pensée. Jusqu'ici personne autre que lui ne s'en est aperçu.

— M. Larrey a communiqué à l'Académie le cas de chromhidrose qu'il a observé dans son passage à Brest, et dont nous avions fait connaître les circonstances principales dans notre dernier numéro. Nous voudrions avoir sous les yeux cette communication imprimée, avant de nous hasarder à en tirer une conséquence. Mais, puisque l'occasion s'en présente, nous reproduirons un passage assez curieux de Barensprung, écrit à propos d'un travail de Néligan (*On the Peculiar Black Discoloration of the Skin of the Face : Sur une coloration noire particulière de la face*, in *Dublin Quarterly Journal*, 1855). Ce passage paraît bien se rapporter à la chromhidrose ou à quelque chose de fort analogue.

La *stéarrhée* de la peau du visage se rencontre surtout chez les femmes, aussi bien chez celles qui sont mal réglées, que chez celles qui sont arrivées à l'âge critique. J'ai été consulté il y a quelques années par une dame qui fut atteinte de cette affection après la cessation des règles. Dans ce cas l'affection siégeait aux paupières. Dans les mêmes circonstances, chez une dame non mariée, que j'ai observée auparavant, l'affection siégeait *sur le front* et *sur les joues*. La sécrétion anormale dans ce dernier cas se faisait si rapidement que presque constamment il existait sur les parties malades une couche d'environ une ligne *d'épaisseur, noire par suite de la présence de particules de poussière qui y adhéraient*. Si un jour cette couche était soigneusement enlevée, au bout de quelques jours on constatait qu'elle s'était reproduite.

Le cas le plus prononcé de cette affection que j'aie jamais rencontré est celui d'un homme d'âge moyen, dont la peau des *bras, des cuisses, de la poitrine et du voisinage du nombril* était couverte d'une mince croûte noirâtre, si bien qu'au premier coup d'œil je crus qu'il s'agissait d'un cas d'ichthyose.

Après avoir soigneusement lavé la partie, je vis que la couche en question disparaissait très facilement, laissant la peau parfaitement intacte ; seulement les orifices des follicules pileux et sébacés paraissaient très développés. (Bärensprung, *Die Hautkrankheiten*, Erlangen 1859, p. 42).

— On nous adresse de Russie la formule d'un remède qu'on nous dit être employé avec succès dans le pays, comme préventif et curatif de la rage, chez l'homme comme chez les animaux. En un sujet où la déception a été jusqu'ici constante, nous ne pouvons montrer beaucoup d'enthousiasme. Néanmoins, la source respectable de cet envoi, les termes chaleureux de la lettre qui l'accompagne, et surtout l'impuissance actuelle de l'art, ne nous permettent guère de nous refuser à provoquer des expériences dont on affirme d'avance le succès. Voici donc en quoi consiste le traitement :

On prend : Poudre d'oignon *bien desséchée* d'*alysma plantago* de 1 gramme à 3gr,50 suivant l'âge (1 gramme pour un enfant *non sevré*, et 3gr,50 pour un sujet de vingt ans et au-dessus); poudre de feuilles et fleurs de *cenista tinctoria* et d'*origanum vulgare*, de chaque 50 centigrammes à 1gr,75. Mêlez ces poudres, ajoutez beurre frais demi-fondu et mie de pain; faites des pilules, qu'on prendra en une seule fois.

Ce médicament doit être continué pendant quatre jours et même cinq jours si les morsures sont nombreuses ou les symptômes d'hydrophobie déjà déclarés. Il doit être pris le matin à jeun, excepté le jour des morsures, où on l'administre le plus tôt possible. C'est la *première période* du traitement.

Dans la *seconde période*, qui doit durer de deux à trois jours, on fait prendre d'un seul coup au malade : Poudre de *cenista tinctoria* et poudre de *campanula rotundifolia*, de chaque 50 centigrammes à 1gr,75, délayées dans une à cinq cuillerées à potage d'eau fraîche.

Cette médication produit ordinairement des nausées, des vomissements, des vertiges, des faiblesses, des chaleurs subites, des battements de cœur. Ces symptômes ne donnent lieu à aucune

---

ment principal, sous forme d'avant-corps, offrent au rez-de-chaussée, d'un côté, un petit chauffoir triste et obscur, et de l'autre le palier du grand escalier. Le second étage de ces deux avant-corps contient dans l'aile gauche les nouveaux admis, trop souvent camisolés et fixés sur leurs lits, et, dans l'aile droite, les malades les plus paisibles confondus avec les convalescents. Une salle de réunion et un réfectoire à l'est, et à l'ouest une salle de chirurgie pour tous les malades atteints d'affections appartenant à cette branche de l'art de guérir, complètent, avec un vaste préau commun orné de quinconces, d'arbres et de fleurs, ce quartier spécial.

Les lieux d'aisances de cette section sont mal disposés.

2° La seconde section se compose également de deux quartiers :

L'un, dit des Colonnes, contient vingt cellules disposées en deux rangées avec dortoirs au-dessus. Aux deux extrémités de la première rangée s'élèvent deux pavillons où sont placés environ vingt-cinq lits. L'un d'eux sert de salle d'admission. On y voit trop souvent, comme dans la première section, de malheureux malades agités, camisolés et fixés sur leurs lits à l'aide de genouillères et de liens attachés aux entraves, au corset de force et aux manches, de sorte qu'ils sont tenus par la tête, par les pieds et par les mains, et privés de tout mouvement. La plupart des couchettes qui meublent ces cellules sont également en bois et donnent lieu, comme dans la première section, aux mêmes considérations. Un préau, fermé au couchant par de hautes grilles en fer, permettant à la vue de s'étendre au loin, sert de lieu de promenade aux agités et semi-agités qui habitent ce quartier.

Le second quartier est constitué par un bâtiment à quatre étages superposés : au rez-de-chaussée se trouvent les gâteux; au deuxième étage, l'infirmerie; au troisième, les aliénés paisibles, et au quatrième (sous les combles, exposés à une trop forte chaleur en été et à un froid trop rigoureux en hiver) le reste des aliénés paisibles.

Il existe, en outre, un réfectoire et une salle de réunion établis dans le pavillon isolé qui se trouve à l'ouest, et un vaste préau

indication particulière, si ce n'est que le rejet du médicament par le vomissement obligerait à prolonger la période d'un jour. Pendant quinze jours après la cure, interdiction absolue du tabac sous toutes les formes, ainsi que d'aliments excitants, de thé et de café.

— Quelle que soit la cause directe du *mal de mer*, il est certain qu'elle procède des oscillations du navire, et il est à remarquer que le seul auteur qui, à notre connaissance, rejette cette origine pour y substituer l'action d'un *miasme maritime*, M. le docteur Semanas, n'en recommande pas moins de garder le décubitus horizontal. La rapidité avec laquelle le mal (s'il n'est pas trop intense) se calme dans la position étendue, ou quand on quitte l'extrémité ou les bords du navire pour en occuper le centre, ou encore quand la mer, de houleuse qu'elle était, devient unie, toutes ces circonstances, rapprochées des effets de la voiture ou de la balançoire, ne laissent aucun doute sur l'influence exercée par la perturbation de l'équilibre. Ceux-là seuls peuvent en bien juger qui l'ont éprouvée. Nous sommes de ceux que le coucher horizontal soulage presque instantanément. Or, dans quelques circonstances, ayant laissé à dessein le mal s'accroître assez pour que le bénéfice de cette précaution se fît attendre, nous le hâtions de la manière la moins équivoque en exécutant des balancements de tête en sens inverse des oscillations du navire; la portant à droite quand le roulis abaissait le flanc gauche du navire, la relevant quand le tangage tendait à l'abaisser. On sait d'ailleurs qu'une marche rapide, ou certains exercices réguliers, suffisent, chez quelques personnes, à prévenir le mal de mer, et M. Scrive en a fait l'expérience chez des soldats de la campagne de Crimée. Si nous avions à opter entre les théories émises sur ce sujet, nous nous rangerions à celle de M. Pellarin. L'anémie cérébrale nous paraît constituer au moins l'un des éléments principaux de la maladie.

L'étiologie généralement acceptée conduisait naturellement à l'idée de *siéges suspendus;* le hamac dont on se sert fréquemment n'est insensible qu'à une sorte d'oscillation. Tendu de l'arrière à l'avant, il reçoit encore l'influence du tangage; tendu en travers, il reçoit celle du roulis. Mais les *cadres suspendus* dont M. Pellarin surtout a recommandé l'usage, peuvent être soustraits à tous les déplacements du centre de gravité, si on a soin de les suspendre en un seul point, à la manière des lampes. C'est ce que M. le docteur Neveu-Derotrie ne s'est pas rappelé quand il a communiqué à la *section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure* (*Journal de la Section de médecine*, etc. vol. XXXVI, liv. 189 et 190), sa « découverte » d'un moyen mécanique propre à « prévenir le mal de mer et le guérir quand il existe ». Ce moyen consiste en un fauteuil, dont le principe est emprunté à un jouet d'enfant représentant un *bonhomme* à cheval sur une grosse boule, lequel, écarté de la verticale, se relève vivement et reprend son aplomb. « Supposez, dit l'auteur, le bonhomme placé sur une planche et encastré de manière à tourner à l'aise dans tous les sens, mais sans pouvoir glisser; il gardera sa direction passive, celle de pesanteur, quels que soient les inclinaisons et les mouvements imprimés à la planche. »

Nous croyons pouvoir nous borner à cette indication générale, sans entrer dans la description du fauteuil, qui a été construit par M. A. Charrier (de Noirmoutiers). L'essai en a été fait par l'inventeur, et M. par Guilmineau, aide-commissaire de la marine à l'île Dieu, dans sa traversée, aller et retour, de l'île Dieu à la Barre-du-Mont. Le *fauteuil de mer* était installé dans la cale, tout à fait à l'avant; la mer était assez grosse. En allant, M. Neveu-Derotrie, qui occupait le fauteuil, ne ressentit pas la moindre nausée, et M. Guilmineau fut malade au bout d'un quart d'heure, et vomit pendant toute la traversée (trois heures et demie). En revenant, le fauteuil fut donné à M. Guilmineau qui resta parfaitement indemne pendant que son compagnon vomissait dans un coin de la cale.

M. Lequerré, qui a fait de cet appareil un rapport à la Société, croit avec raison qu'un certain nombre de machines semblables, hautes de 1m,40, sur le pont d'un navire ou dans l'entre-pont, gêneraient la manœuvre et produiraient l'encombrement. Il voudrait donc qu'on n'en plaçât sur un même bâtiment que deux ou trois, qui seraient réservées pour les personnes délicates. Nous ajouterons, pour notre part, une remarque, applicable aux lits ou siéges suspendus aussi bien qu'au fauteuil de mer. C'est qu'aucun appareil ne peut mettre à l'abri du mouvement rapide d'*abaissement* plus ou moins perpendiculaire que l'embarcation éprouve quelquefois. M. Neveu-Derotrie semble, il est vrai, aller au-devant de cette objection quand il écrit dès les premières pages de son travail : « Je ne considère comme nuisible le mouvement d'abaissement, auquel on a fait jouer un si grand rôle, qu'autant qu'il se trouve combiné avec un mouvement d'inclinaison. » Mais le sentiment de vertige et les nausées que le mouvement descendant, quand il est très prononcé, détermine chez quel-

---

planté d'arbres ouvert sur la campagne où se réunissent les aliénés gâteux, infirmes et tranquilles.

Ici, comme dans le service précédent, les lieux d'aisances sont très mal disposés.

3° La troisième section se compose d'un amas confus de bâtiments construits en contre-bas du sol par rapport aux deux premières sections. Ces bâtiments, qu'il serait trop long et trop difficile de décrire, sont occupés, d'une part, par les épileptiques, et de l'autre par les enfants idiots et épileptiques. Ici dortoirs, réfectoires, préaux, lieux d'aisances, sont si insalubres, si mal disposés, si lugubres, qu'on ne peut que gémir sur un pareil état de choses et implorer le marteau démolisseur. La seule partie du service qui, malgré son insuffisance, appellerait une faible indulgence serait la salle d'études et de réunion des enfants idiots et épileptiques, qui, grâce à la sollicitude de l'administration et au zèle de M. Delasiauve, reçoivent une éducation et une instruction élémentaires dont on pourrait tirer un plus riche parti : 1° en donnant aux travaux mécaniques, agricoles et industriels, un plus grand développement; 2° en tenant compte davantage des aptitudes que chaque enfant apporte en naissant; 3° enfin en augmentant les catégories d'enfants à instruire, et en arrachant à leur torpeur et à leurs lits ces pauvres créatures demi-paralysées que la Providence a si cruellement déshéritées de ses faveurs et de ses dons. C'est dans cette école que les élèves se livrent à la lecture, à l'écriture, aux exercices les plus simples de la grammaire, du calcul et de la géographie, à l'escrime et à la danse. On pourrait, grâce à l'intelligence et au dévouement de M. Vallé et de son adjoint, qui apportent dans l'accomplissement de leurs fonctions une noble activité, la rendre encore plus utile en multipliant les exercices gymnastiques, et en apprenant ainsi aux jeunes idiots, d'une manière plus rudimentaire et plus conforme aux lois de la physiologie, à prendre possession d'eux-mêmes et à conquérir d'abord sur leurs sens, puis sur le système musculaire, l'empire qu'ils doivent avoir.

En dehors de ces trois sections, on a construit un quartier désigné sous le nom de Sûreté, qui rappelle d'une manière éloignée

ques personnes, *même couchées*, quand le décubitus a détruit l'effet des oscillations, nous font craindre que l'assertion de notre confrère ne soit un peu hasardée. Dans ce cas, on concevrait qu'un appareil mécanique ne fût jamais capable de préserver absolument du mal de mer; mais hâtons-nous de reconnaître que ce ne serait pas une raison de ne pas lutter contre les autres conditions statiques, qui entrent pour la plus grande part dans la production des accidents.

— Nous avons eu, il y a peu de temps, occasion de signaler les avantages de ce que M. Chassaignac, appliquant un mot heureux à une heureuse invention, a nommé le *drainage chirurgical*. Aussi prenons-nous plaisir à reproduire, au sujet de ce moyen thérapeutique, une opinion de M. le docteur Artaud, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Mandrier (de Toulon), opinion non flanquée, il est vrai, de l'ensemble des faits qui l'ont motivée, mais appuyée de toute l'autorité de l'auteur, sans compter deux remarquables observations publiées à titre d'exemples (*Gazette des hôpitaux*, n° 71). Voici comment s'exprime M. Artaud :

Je suis convaincu que les résultats très favorables obtenus à l'hôpital Saint-Mandrier sur les blessés de l'armée d'Italie en 1859 ont été dus à l'emploi des pansements dans lesquels j'ai fait intervenir les sétons tubuleux de M. Chassaignac.

Des faits nombreux de ma pratique personnelle, des résultats toujours heureux obtenus dans les six grandes désarticulations que j'ai été obligé de pratiquer, et comprenant une amputation coxo-fémorale, une fémoro-tibiale, deux tibio-tarsiennes, deux scapulo-humérales; des résultats presque aussi heureux obtenus par mes collègues dans le même hôpital, je suis conduit à tirer les conséquences suivantes :

1° Pour expliquer nos succès, il n'y a lieu d'invoquer ni des conditions hygiéniques particulières dans lesquelles se seraient trouvés les blessés et les opérés, ni leur âge, ni leur tempérament, ni les méthodes et les procédés opératoires (qui ont, du reste, beaucoup varié, suivant les circonstances et suivant les opérateurs), ni une adresse particulière de ces mêmes opérateurs, ni le hasard, ni le bonheur.

2° Les résultats heureux ont été dus surtout à l'emploi du drainage, qui a été appliqué suivant les circonstances, ou comme *moyen curatif* du croupissement du pus, ou comme *moyen préventif* immédiatement après les plaies résultant des amputations.

Nous l'avons dit (*Gazette hebdomadaire*, 1861, n° 25, p. 406), pour bien apprécier les avantages du drainage chirurgical, il ne faut pas se borner à établir une communication entre une cavité suppurante et l'extérieur au moyen d'un tube, mais bien établir dans la profondeur des parties suppurantes de véritables sétons. C'est là, à proprement parler, l'invention de M. Chassaignac, et c'est par là qu'il a rendu un signalé service à l'art chirurgical.

— L'histoire des sciences n'est pas seulement une satisfaction de curiosité; c'est aussi et surtout une justice distributive. On ne saurait donc apporter trop de rigueur dans l'appréciation des titres de chacun. Ajoutons que la philosophie et le progrès des sciences sont aussi intéressés à leur histoire, parce qu'il y a souvent d'utiles enseignements dans l'évolution graduelle d'une idée et dans la perception successive des rapports qui lient les faits entre eux. Aussi avons-nous lu avec un vif plaisir les REMARQUES HISTORIQUES SUR LA GANGRÈNE DIABÉTIQUE que M. Marchal (de Calvi) vient de publier dans l'UNION MÉDICALE. M. Marchal réussit, selon nous, à prouver qu'on lui doit l'affirmation précise, et — avec l'assistance des observateurs qui ont répondu à son appel — la démonstration définitive des rapports de la gangrène avec le diabète. Nous sommes flatté, pour notre part, de figurer dans cette phalange. Néanmoins, des documents que nous avons sous les yeux il nous semble résulter clairement que la gangrène diabétique avait été entrevue en Angleterre, bien avant 1852, avec plus de netteté que ne le croit M. Marchal; entrevue même sous les trois formes principales qu'elle peut affecter : gangrène d'apparence sénile, phlegmon gangréneux et antrorax gangréneux. Cela résulte des travaux de Duncan (1824), Prout (1840) et Carmichaël (1845). Ces documents vont être rassemblés par un de nos collaborateurs, qui en fera l'objet d'une note spéciale dans le prochain numéro. Hâtons-nous de dire que ces documents étaient généralement oubliés quand M. Marchal a publié sa première observation, et que, aujourd'hui même, ils paraissent, en grande partie, ignorés même des médecins anglais qui écrivent sur le diabète. Notre collègue voudra bien voir, dans cette déclaration, le témoignage des bonnes intentions qui nous animent en cette affaire.

— Nous avons déjà publié le rapport de M. Girard de Cailleux sur l'*ensemble du service des aliénés de la Seine*. Nous sommes assez heureux pour pouvoir insérer aujourd'hui son rapport sur le *service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière*. On sait que ces deux mémoires, présentés à M. le préfet de la Seine, ont été le point de départ de projets discutés dans une commission spéciale. Nous nous occuperons

---

la promiscuité fâcheuse et primitive des criminels et des aliénés. Ce quartier, que le moyen âge pourrait revendiquer, tant il inspire d'effroi et de lugubres pensées, renferme les hommes placés sous le coup de la justice, soumis à un examen médical comme atteints ou menacés d'aliénation mentale, et les aliénés signalés par les médecins des différentes sections comme étant dangereux pour les autres. Il serait à désirer qu'à défaut de combinaison propre à séparer les criminels atteints de folie des malades ordinaires, on construisît au moins dans tout asile d'aliénés un quartier à part pour renfermer ceux qui ont un penchant marqué pour le meurtre ou qui en ont commis.

Nous avons parlé, en décrivant la première section, de l'organisation d'une salle de chirurgie au sein du quartier des paisibles. Cette salle, que la Salpêtrière envie à Bicêtre, car elle est privée d'une institution de ce genre, réunit tous les cas chirurgicaux que présentent les aliénés des diverses sections. Un chirurgien désigné par l'administration des hôpitaux de Paris est chargé de ce service, en même temps que les médecins spéciaux agissent de concert avec lui sur les malades qui s'y trouvent placés.

Outre les trois sections et la salle de chirurgie ci-dessus mentionnées, il existe une annexe de Bicêtre qu'un homme illustre et cher aux amis de la science a rendue célèbre par l'organisation qu'il a su y introduire du travail agricole et industriel des aliénés : je veux parler de la ferme Sainte-Anne. Située à 2 kilomètres de Bicêtre, cette ferme, primitivement destinée par M. Ferrus aux convalescents provenant des trois sections d'aliénés de Bicêtre, qui y étaient occupés aux travaux agricoles, au blanchiment des toiles, au nettoyage des laines, à la porcherie, à la vacherie, etc., cette ferme, dis-je, ne reçoit plus aujourd'hui que des chroniques valides et travailleurs désignés par les médecins des trois sections précitées.

L'organisation de ce petit asile, qu'habitent aujourd'hui 175 aliénés, laissait beaucoup à désirer au moment de mon inspection. Le service médical n'était représenté par aucun interne à demeure; la visite avait lieu deux fois par semaine. Les terrains annexes ne sont point assez étendus pour occuper les malades qu'on y envoie, quoique une porcherie importante offre un but

de ces projets dès que le présent document aura été mis en entier sous les yeux de nos lecteurs.

A. DECHAMBRE.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie interne.

DE L'INFILTRATION PURULENTE DES PAROIS DE L'ESTOMAC. Rapport fait à la Société anatomique, par M. Maurice Raynaud, interne-lauréat des hôpitaux (médaille d'or).

(Suite et fin. — Voir le numéro 32.)

L'ouvrage de Lieutaud (1) est plus riche en faits de ce genre. Il contient deux chapitres qui nous intéressent, et où l'on a depuis largement puisé. Le premier, intitulé *Ventriculus pustolosus*, est l'endroit où j'ai trouvé les renseignements les plus précis sur un genre de lésions de la muqueuse stomacale dont j'avais vu l'indication dans différents traités modernes, et notamment dans le *Compendium*. La plupart des observations citées par Lieutaud comparent cette altération de la membrane interne de l'estomac à celle qui caractérise l'herpès, sans doute quelque chose de comparable à l'éruption stibiée. Quoi qu'il en soit, elle n'a donc rien à faire avec les véritables abcès de l'estomac; et c'est à tort que ces deux états anatomiques ont été quelquefois confondus.

Le second chapitre est spécialement consacré aux abcès de l'estomac, et contient jusqu'à *sept observations*. C'est plus que nous n'en avons trouvé jusqu'ici. Je traduis la seconde, qui est empruntée à l'ancien *Journal de médecine militaire*.

OBS. VI. — Un homme, à la suite d'un excès (*post crapulam*), et après avoir avalé une grande quantité de vin et d'eau-de-vie, fut pris de vomissements opiniâtres, d'une chaleur d'entrailles intolérable. Ces symptômes s'aggravèrent, et il mourut le cinquième jour de sa maladie.

L'estomac, squirrheux et épaissi à sa petite courbure (nous avons vu ce qu'il faut entendre par là), était noir et présentait des taches gangréneuses. A la partie opposée, il contenait dans ses tuniques un vaste abcès. Les poumons étaient emphysémateux et gangréneux.

A travers les obscurités et les vices de forme de cette description, on peut juger, en tenant compte du langage de l'époque, et en comparant ce passage avec ceux qui l'avoisinent, qu'il s'agit d'une histoire et d'une lésion bien analogues à celles qui sont notées dans notre observation I. Toutefois il est prudent de placer ici un point d'interrogation.

Dans les six autres observations, dont une est empruntée à Borel (voyez plus haut), dont il faut peut-être distraire aussi un fait par trop vague tiré de Guy-Patin, il est question de malades ayant succombé après plusieurs mois de vomissements opiniâtres et de douleurs épigastriques, et à l'autopsie desquels on trouva un ou plusieurs abcès dans les parois de l'estomac (obs. VII, VIII, IX, X, XI). Leur similitude me dispense de les rapporter en détail.

Les lettres de Morgagni (*De sedibus et causis*), si riches d'ailleurs en observations curieuses sur l'anatomie pathologique des organes de la digestion, ne contiennent rien sur le sujet qui nous intéresse, quoique postérieures de quelques années au travail de Lieutaud.

C'est donc à ce dernier auteur qu'ont été empruntées la plupart des descriptions, fort succinctes du reste, comme nous l'avons vu, qui ont été données depuis de la gastrite phlegmoneuse. Et il est assez curieux de voir un auteur du commencement de ce siècle construire sur un aussi frêle fondement toute une théorie des perforations spontanées de l'estomac (1), surtout si l'on considère que, dans aucun des cas cités par Lieutaud, il n'est question d'abcès ouverts dans le péritoine.

C'est encore sous l'influence de ces idées, et aussi, je le crois, pour remplir son cadre et satisfaire aux exigences de la théorie, que Cullen, réunissant dans une même description l'*inflammation du ventricule* de Boerhaave et la *fièvre stomachique inflammatoire* de Hoffmann, fit de l'inflammation phlegmoneuse de l'estomac, spécialement désignée sous le nom de *gastritis*, le quinzième genre de sa *Nosologie*. Elle se reconnaît, selon lui, à une douleur aiguë de l'épigastre, accompagnée de fièvre, de vomissements fréquents, surtout lorsque le malade avale. Il s'y joint souvent du hoquet. Pouls communément petit et dur; abattement plus considérable des forces que dans les autres phlegmasies. Cette gastrite peut être idiopathique ou symptomatique. Elle est causée par l'ingestion des boissons froides, le corps étant en sueur, par la trop grande réplétion de l'organe, par des violences extérieures. Elle se termine par résolution, par gangrène, par suppuration. Celle-ci s'annonce par la persistance des symptômes pendant une semaine ou deux, par la diminution de la douleur, quoiqu'il subsiste encore un sentiment de pesanteur et de l'anxiété. L'abcès une fois formé, la fréquence du pouls diminue d'abord, puis augmente; survient une fièvre hectique, etc., etc. (2).

Il suffit de lire cette description pour voir que l'imagination y a plus de part que l'analyse rigoureuse des faits. Au surplus, Cullen ne cite pas une seule autopsie; et si je l'ai résumé, c'est qu'il est encore l'auteur le plus communément cité sur ce point.

Joseph Franck (3), qui admet aussi deux espèces de gastrite,

(1) Lieutaud, *Hist. anatomico-medica*, 1767, t. I, p. 24.

(1) Gérard, *Des perforations de l'estomac*, thèse de Paris, 1803.
(2) Cullen, *Éléments de médecine pratique*, 1819, t. I, p. 403.
(3) Franck, *Pathologie médicale*, t. V, p. 534, traduction française.

---

d'activité à plusieurs d'entre eux. Les salles de réunion et les dortoirs sont insuffisants pour la population qui les habite. Les bâtiments sont disséminés et sans coordination. Il serait désirable qu'un service médical permanent pût y être installé avec toutes les conditions qu'il comporte, si l'on se proposait de donner à ce petit établissement une organisation définitive, ce qui motiverait une étude spéciale.

On voit par là que, dans les sections d'aliénés de Bicêtre, les classifications sont incomplètes, puisque :

1° Les gâteux, les infirmes, les paisibles et les convalescents, sont confondus dans les divers quartiers, et qu'il en est de même des agités et des semi-agités;

2° Que le nombre de ces derniers est trop élevé, ce qui prouve l'insuffisance de l'emploi des moyens disciplinaires, c'est-à-dire des moyens moraux;

3° Que certains locaux exigeraient une démolition complète ou de profondes réformes.

*Hospice de la Salpêtrière.* — Les femmes aliénées sont distribuées en cinq sections :

1° La première section, dite *Rambuteau*, présente un vaste parallélogramme entouré de bâtiments à rez-de-chaussée, dans lesquels se trouvent classées les paisibles, les convalescentes, les semi-paisibles, les gâteuses et les personnes atteintes de maladies incidentes. Toutes ces catégories de malades ont un préau commun. Il existe, en outre, une salle d'admission avec préau spécial, qui n'est séparé que par une claire-voie de celui où l'on isole les turbulentes, et un quartier d'agitées, où se trouvent confondues les aliénées qui sont dans un état de délire incoercible avec celles qui sont susceptibles d'une certaine discipline, vice si souvent signalé. On a construit dans cette section de vastes ateliers de travail qui sont très bien tenus, ainsi que les réfectoires. Toutefois, la salle où sont confinées les gâteuses, assises sur des fauteuils percés, n'est point assez spacieuse et offre un aspect repoussant. On remarque parfois des malades paralytiques ou gâteuses dans les dortoirs par suite de la disproportion existant entre la population trop

fait de louables efforts pour les distinguer l'une de l'autre. Et pourtant quel vague dans les caractères différentiels qu'il leur assigne! « La gastrite qui se complique des symptômes de la fièvre inflammatoire nous fait soupçonner l'existence d'un phlegmon de l'estomac. Au contraire, si les symptômes concomitants sont ceux d'une fièvre rhumatismale, catarrhale, gastrique, si le développement de la gastrite coïncide avec la disparition d'un érysipèle ou de tout autre exanthème,.... toutes ces circonstances nous démontrent la nature érysipélateuse de la maladie. » Ailleurs, il est vrai, il cherche à mettre un peu plus de précision, et alors il tombe dans l'excès contraire. Se fondant sur une observation de Sand (1), il donne comme symptôme de la gastrite suppurée « un vomissement de matière puriforme semblable à de l'encre, une douleur partant comme une flèche de l'oreille gauche pour venir se terminer dans l'hypochondre correspondant ». Il est douteux que ce soit avec de pareils symptômes que l'on fasse avancer beaucoup l'histoire de cette maladie.

Le *Traité d'anatomie pathologique* de M. Andral (2) nous offre un très bel exemple d'une pièce anatomique en tout semblable à celle que vous avez vue. Après avoir mentionné des abcès sous-muqueux qui, dit-il, ne dépassent pas le volume d'une cerise et s'étalent sous le doigt, il ajoute :

Obs. XII. — « J'ai eu occasion d'observer dans les parois du tube digestif une collection purulente plus considérable et autrement disposée que celle dont il vient d'être question. Dans ce cas, la membrane muqueuse était soulevée dans toute l'étendue de cet organe par une couche purulente qui avait près de trois lignes d'épaisseur, et qui infiltrait le tissu cellulaire sous-muqueux. Au-dessous de cette couche, on retrouvait intacte la membrane musculaire. »

Malheureusement, cette description, si exactement conforme à la nôtre, n'est accompagnée d'aucun détail sur les symptômes observés pendant la vie, et l'on chercherait vainement dans la *Clinique médicale* du même auteur rien qui vienne combler cette lacune.

Qu'il me soit permis de rapprocher du nom illustre que je viens de citer une autre autorité qui nous touche de plus près. Je dois à l'inépuisable bienveillance de M. le professeur Cruveilhier d'avoir pu extraire un fait semblable du quatrième volume de son *Traité d'anatomie pathologique* (3), déjà en partie imprimé, mais non encore publié :

Obs. XIII. — « Un des plus beaux exemples d'inflammation purulente sous-muqueuse que j'aie eu occasion d'observer avait pour siége l'estomac. C'était une couche purulente assez épaisse, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-muqueux, qui soulevait inégalement la membrane muqueuse dans la presque totalité de son étendue. Ce fut par hasard, et parce que les parois de l'estomac présentaient une épaisseur insolite, que des incisions pratiquées sur l'estomac me permirent de reconnaître cette lésion. »

(1) Sand, *Rarus ventriculi abcessus*, 1701.
(2) T. II, p. 177.
(3) T. IV, p. 485.

Dans les vingt ou trente dernières années, un nombre considérable d'écrits sur les maladies de l'estomac ont paru en France et à l'étranger, surtout en Angleterre. Mais la plupart ne nous sont d'aucune utilité pour éclaircir le point particulier qui nous arrête, ayant trait, soit à d'interminables discussions sur la nature du ramollissement de l'estomac, soit à l'histoire des diverses dégénérescences ou de l'ulcère simple de ce viscère. Toutefois j'ai pu recueillir quelques documents intéressants dans la littérature médicale étrangère.

Voici comment s'exprime Copland dans un ouvrage récent (1), qui résume assez bien sur ce point l'état de la science en Angleterre :

« La gastrite phlegmoneuse, ou aiguë, ou active (2) n'est pas, comme le prouve suffisamment l'examen après la mort, limitée à l'enveloppe séreuse de l'estomac; seulement cette tunique est souvent le tissu primitivement ou principalement affecté, comme quand la gastrite survient comme complication de la phlegmasie de l'un des viscères adjacents. Mais, dans la majorité des cas de gastrite aiguë, survenant primitivement ou consécutivement, presque toutes les tuniques de l'organe sont plus ou moins affectées, probablement dans une partie seulement des parois, et spécialement le tissu cellulaire qui unit les enveloppes et forme la matrice dans laquelle elles sont situées, ainsi que les nerfs et les vaisseaux sanguins. Cependant il a été suffisamment établi que tous les cas de gastrite aiguë ne commencent pas de cette manière, et que beaucoup, et des plus graves, peuvent avoir leur point de départ dans la membrane villeuse. »

Ce passage laisse deviner plutôt qu'il ne montre la véritable suppuration sous-muqueuse. Je trouve beaucoup mieux que cela dans l'observation ci-après, que j'emprunte à un livre d'Habershon (3). L'auteur y voit, avec raison *je crois*, un cas de *pyoémie* probable.

Obs. XIV.— « Élisabeth T..., âgée de quarante ans, fut admise, le 2 mai 1847, à Guy's hospital. C'était une femme mariée, nourrice. Depuis une quinzaine, elle souffrait de douleurs dans les reins et le dos, et, depuis quelques jours, dans l'estomac et la poitrine. La sensibilité abdominale s'accrut beaucoup. Elle avait de l'anorexie, des vomissements incessants d'un liquide coloré en noir, et amer, avec soif intense. Sa mort fut précédée d'anxiété et de stupeur.

(1) Copland, *Dictionary of Practical Medicine*, t. III, 2e part., art. Stomach.
(2) Nous verrons plus loin ce que cette synonymie a de faux.
(3) Habershon, *Pathological and Practical Observations on Diseases of the Alimentary Canal*, 1857, p. 86, obs. 50.

---

nombreuse et la prévision normale du nombre des lits affectés à cette catégorie de malades.

2° On retrouve dans la deuxième section, moins mal partagée que plusieurs autres, les mêmes subdivisions, avec une appropriation plus convenable des bâtiments à leur destination. Les cellules sont au nombre de 12 pour 296 aliénées adultes, ce qui donne une proportion d'environ 1 sur 14 au lieu de 1 sur 40. Les agitées et un certain nombre de semi-agitées sont confondues entre elles, de sorte que les plus violentes excitent et perpétuent chez les autres une funeste agitation. Il existe, il est vrai, une cour séparée où l'on peut à la rigueur isoler une malade exceptionnellement violente; mais, si deux ou trois aliénées se trouvent simultanément prises des mêmes accès, on est obligé de leur imposer une vie commune, ce dont nous avons signalé les inconvénients et les dangers.

Outre les divers éléments décrits ci-dessus, la deuxième section présente, sous la forme d'un vaste parallélogramme, des pavillons à rez-de-chaussée avec dortoirs en général de 24 lits, des salles de réunion et de travail, des réfectoires, dont un de 150 couverts et les autres de minime importance, qui servent en même temps de salles de réunion à une population de gâteuses et de turbulentes qui les encombrent et y répandent une odeur infecte. Les dortoirs qui se succèdent dans ces pavillons sont destinés aux maladies incidentes (infirmerie), aux aliénées paisibles et semi-paisibles, et aux gâteuses. Ces diverses catégories de malades ont pour promenoir une vaste cour qui leur est commune avec quelques portions de galeries couvertes, trop exposées aux courants d'air, qui en rendent le séjour perfide et dangereux. Cette cour a vue sur les aliénées agitées faisant partie de la deuxième et de la cinquième section, aliénées qui, par la voix, le geste et le regard, propagent l'agitation chez les plus paisibles ou les impressionnent péniblement.

A côté de ce quartier principal se trouvent deux pavillons parallèles à rez-de-chaussée, qui servent de dortoirs aux aliénées les plus paisibles et aux convalescentes. Mais, privées d'habitation de jour dans ces petits bâtiments situés dans un agréable parterre, ces

*Examen vingt-quatre heures après la mort.* Le corps était assez bien nourri. La cavité péritonéale contenait une quantité d'une sécrétion jaune opaque, puriforme, et de consistance homogène, mais très irritante. A l'extrémité pylorique de la grande courbure de l'estomac, était une masse ferme, mesurant 4 pouces 1/2 sur 3 1/2. Lorsqu'on ouvrit l'estomac, il s'échappa une petite quantité de liquide verdâtre. La membrane muqueuse était piquetée à sa surface de points ecchymotiques. Une plaque irrégulière, d'un brun noir, large comme un schelling, fut trouvée près du pylore, correspondant avec le centre de la masse tuméfiée. Quand la tunique péritonéale et musculaire furent divisées, il se trouva que c'était une collection de pus entre les fibres du tissu cellulaire sous-muqueux. Le pus n'était pas liquide. Les intestins étaient distendus par des gaz, mais on ne put trouver aucune altération de la membrane muqueuse, excepté un petit polype dans le rectum. Le foie était noir, congestionné, friable; rate et reins congestionnés; utérus plein de sang menstruel. »

Je sais qu'il existe une observation semblable dans le livre de Budd, sur les affections gastriques (1), mais la bibliothèque de la Faculté ne possède pas cet ouvrage, et je n'ai pu me le procurer.

Si de l'Angleterre nous passons à l'Allemagne, nous trouvons encore quelques documents bons à consulter dans une monographie due à Henoch (2).

« Dans quelques cas très rares, dit-il, cette maladie (la gastrite chronique) commence par une sorte d'abcès dans le tissu sous-muqueux de l'estomac. On le trouve alors, selon Rokitansky, gorgé de pus, friable, facile à déchirer. La muqueuse placée au-dessus est rouge et distendue, surtout en certains points. Enfin elle se rompt, et dans les points, surtout au-dessus d'un foyer, il se forme des orifices en général nombreux et irréguliers, par lesquels le pus sort comme à travers un crible pour se répandre à la face interne de l'estomac. »

Et l'auteur ajoute en note : « Cette inflammation se rattache quelquefois à des processus dyscrasiques aigus, et notamment puerpéraux. Pendant une épidémie de cette nature observée à Prague en 1847, Dittrich trouva souvent la paroi de l'estomac, surtout la postérieure, de plus d'un pouce d'épaisseur, rendue friable par l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-muqueux. Cela arrive aussi de temps en temps dans la variole, le typhus, la pyoémie. Lorsqu'il se forme de véritable pus, et que la muqueuse se détache ou se rompt, ou bien il reste une ulcération pure et simple avec des bords unis, ou bien la muqueuse persiste, grâce à une circulation fournie par les parties saines avoisinantes. Enfin il peut encore se former une cicatrice autour de laquelle les lambeaux déchirés de la muqueuse ressemblent à des plis, à des feuilles, à des prolongements polypiformes. » (Brand, *Sur le rétrécissement du pylore*, dissertation inaugurale. Erlangen, 1851.)

OBS. XV. — Bamberger, cité par Henoch, a observé cette forme de maladie idiopathique chez un soldat jeune et robuste qui mourut en quelques jours avec des vomissements, de violentes douleurs d'estomac, une fièvre vive, et enfin du délire. La paroi de l'estomac était, dans toute son étendue, tellement infiltrée de pus qu'il s'échappait à flots partout où l'on faisait une incision.

En terminant, messieurs (j'aurais peut-être dû commencer par là), je citerai plusieurs faits empruntés aux *Bulletins* de notre Société (1).

OBS. XVI. — En 1833, M. Sestier présenta un estomac dans les parois duquel se trouvaient plusieurs abcès qui n'étaient entourés d'aucune trace d'inflammation. Le sujet, qui n'avait présenté aucun symptôme du côté de l'estomac, avait une pleuro-pneumonie avec hépatisation grise du côté gauche, un érysipèle de la face, et au voisinage de la rate existaient des fausses membranes contenant du pus.

La majorité des membres considéra alors ces abcès comme métastatiques, et à cette occasion M. Régnier dit avoir observé un abcès des parois de l'intestin grêle, sans signe d'inflammation locale, chez un individu qui avait présenté des symptômes cholériques (2).

OBS. XVII. — Une autre observation porte la date de 1840. Elle appartient à M. Mazet. Un cocher, âgé de quarante-sept ans, entre à l'hôpital, malade depuis quatre jours. Malaise général, anxiété, pouls régulier; muscles abdominaux contractés; langue humide, blanche; soif; vomissements bilieux; teinte subictérique de la peau. Puis des sueurs froides surviennent, le pouls est misérable, la face grippée. Le malade a des mouvements d'impatience extraordinaires, cependant pas de délire. Mais dans la nuit qui suit le deuxième jour de son entrée à l'hôpital, le malade se lève avec précaution, ouvre une croisée, et se précipite d'un second étage.

*Autopsie.* — Outre les lésions qui sont la conséquence de cette chute d'un lieu élevé, le cadavre présente encore les suivantes : le péritoine contient un peu de sérosité rougeâtre. Couche de pus dans l'épaisseur de l'estomac, diminuant d'épaisseur du pylore vers la grosse extrémité, et cessant vers l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits de l'organe. La muqueuse enlevée, le pus concret reste maintenu par une lame celluleuse transparente. En pressant sur les bords de l'incision, on fait sortir du pus phlegmoneux. Rien dans l'intestin.

(1) Budd, *On the Organic Diseases and Functionnal Disorders of the Stomach*, London, 1855.
(2) Henoch, *Klinik der Unterleibs-Krankheiten*. Berlin, 1855, t. II, p. 106.

(1) Je n'en ai pas trouvé un seul dans la collection entière des *Archives générales de médecine*.
(2) *Bulletins de la Société anatomique*, t. VIII, p. 130.

---

malades sont obligées, pour travailler et prendre leur repas et leurs distractions, de se rendre dans l'ouvroir et le réfectoire général.

Il existe, en outre, une salle d'admission donnant sur une avenue qui conduit dans l'intérieur de la section, et une salle d'aliénées infirmes basse et encombrée. Ces deux locaux servent en même temps, aux malades qui les habitent, d'ouvroir, de réfectoire et de salles de réunion.

Les lieux d'aisances laissent à désirer sous le rapport de leur construction.

La salle de bains manque de rideaux pour isoler les malades; et ce n'est pas sans danger qu'on parvient à hisser par un escalier étroit et tournant le charbon qu'on apporte pour alimenter la chaudière des bains.

Le cabinet qu'occupe la surveillante est trop éloigné de son quartier.

Le quartier où sont confondues les enfants idiotes et épileptiques est encombré; les réfectoires placés en contre-bas du sol sont humides, obscurs et infects; les salles d'études et de réunion sont insuffisantes; les préaux où les enfants prennent leurs ébats sont tristes et entourés de murailles; tout, en un mot, appelle dans ce quartier une réforme radicale, si l'on excepte cependant les gymnases couverts et ceux qui sont en plein air, où les idiotes et les épileptiques sont exercées trois fois par semaine par un professeur, et dont l'installation est bien entendue.

3° La troisième section renferme un parloir bas et étroit, dans lequel donne le cabinet insalubre de la surveillante. Il y a deux salles de bains contiguës et contenant six baignoires dépourvues de rideaux; ces salles sont insuffisantes. On trouve au rez-de-chaussée un vaste réfectoire où sont disposés 250 couverts; et à l'extrémité de ce réfectoire, dans une *salle de réunion* d'où s'échappent des exhalaisons méphitiques, un encombrement d'idiotes, de gâteuses, d'épileptiques, d'agitées, au nombre d'environ 45 à 50. Ces dernières malades mangent au réfectoire général sur une table spécialement affectée à cette destination, dans des ustensiles d'étain. Plusieurs demeurent assises librement sur des fauteuils percés.

Obs. XVIII. — A ce propos, M. Mascarel raconte l'histoire d'une idiote de vingt-deux ans qui fut soignée pendant longtemps à la Pitié pour des accidents intermittents pris pour une pleurésie. Après sa mort, on trouva des plaques pseudo-membraneuses sur la rate et le foie. L'estomac était épaissi : « une grande quantité de sérosité, une couche de pus liquide au-dessous du péritoine, infiltrée au-dessous de la membrane muqueuse, ecchymosée sur plusieurs points, formaient cette épaisseur exagérée, qui n'avait pas moins d'un centimètre dans la région pylorique (1). »

Dans ce cas, et probablement à cause de la longue durée de la maladie, le pus semble avoir pénétré à travers la couche des fibres musculaires jusqu'à la membrane séreuse.

Obs. XIX. — En 1843, M. Maunoury présente l'estomac d'une femme ayant succombé à une fièvre puerpérale. Péritonite et péricardite purulentes; pneumonie au deuxième degré. L'estomac présente une infiltration purulente générale du tissu sous-muqueux. Il n'y a pas eu de vomissements, seulement un peu de diarrhée. Pas de symptômes du côté de l'estomac (2).

Obs. XX. — En 1843, un autre exemple d'abcès de l'estomac est présenté par M. Mayor. Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans dont la maladie a duré quatorze mois. Il y a eu des vomissements noirs au début; maigreur, teinte anémique de la peau, douleurs épigastriques, tympanite stomacale, puis vomissements muqueux, constipation habituelle, érysipèle ultime, stomatite pseudo-membraneuse, hoquet continuel. Huit jours d'agonie.

A l'*autopsie*, on trouve des adhérences anciennes entre les anses intestinales. Trois abcès du volume d'une noix occupent la grande courbure de l'estomac, placés entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-colique; un autre dans l'épiploon gastro-splénique. Pus crémeux dans l'arrière-cavité des épiploons; destruction du péritoine de la face postérieure de l'estomac. A ce niveau on voit les fibres musculaires à nu. Le péritoine qui forme les parois de l'arrière-cavité, offre à peine de l'injection et pas une fausse membrane. Large cicatrice près du pylore. La muqueuse offre un pointillé gris, et est soulevée par un grand nombre de petites collections purulentes dont la plus grosse a le volume d'une petite noisette. L'intestin grêle présente une autre particularité non moins curieuse. Dans tout le jéjunum, il existe une multitude de petites tumeurs gazeuses s'affaissant par une simple piqûre (3).

Vous le voyez, ce cas est complexe, car, outre les abcès sous-muqueux, il en existait un sous la séreuse, qui avait fini par éroder cette membrane.

Obs. XXI. — Enfin, en 1848, M. Caudmont fait voir à la Société, au nom de M. Juteau, une pièce sur laquelle le présentateur ne peut fournir aucun renseignement. C'est un estomac au-dessous de la muqueuse duquel s'est faite une infiltration de pus mêlée à de la sérosité. Cette tunique muqueuse est un peu pâle, mais elle est épaissie, comme boursouflée. Le pus est infiltré et non collecté ; il y a un mélange de pus et d'œdème (1).

Cette pièce est déposée au musée Dupuytren, où j'ai pu me convaincre de l'exactitude de la description de M. Caudmont et de la similitude parfaite de cette pièce avec celle de M. Cornil (2).

(1) *Ibid.*, t. XV, p. 173.
(2) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XVII, p. 175.
(3) *Ibid.*, t. XVIII, p. 298.

Telles sont, messieurs, les données qu'il m'a été possible de recueillir pour la solution du problème que je m'étais proposé. Quelque incomplètes qu'elles soient, essayons d'en tirer quelque utilité. Puisque, après tout, il s'agit ici de rattacher des lésions à des symptômes, nous pouvons, je crois, diviser les faits énumérés en trois catégories, pour l'établissement desquelles je tiens compte, en premier lieu, des lésions constatées à l'autopsie, et en second lieu des symptômes.

Une première catégorie comprendra les cas, en petit nombre, où l'examen cadavérique a montré des productions vésiculeuses ou vésiculo-pustuleuses à la surface interne de l'estomac. C'est, si vous le voulez, le *ventriculus pustulosus* des anciens; ce sont, pour quelques modernes, les *abcès intra-folliculaires;* ce seront les *aphthes de l'estomac*, de John North (3), etc. En tout cas, il s'agit de très petites collections purulentes formées *dans l'épaisseur même de la muqueuse*. Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

Une seconde catégorie comprendra les cas où l'on a trouvé dans le tissu cellulaire sous-muqueux un ou plusieurs abcès circonscrits, restés, la plupart du temps, à l'état de lésion locale.

Enfin, dans une troisième catégorie, je rangerai ceux où l'autopsie a montré, soit de très nombreux abcès sous-muqueux, soit une infiltration purulente très épaisse, étendue en forme de nappe à une grande partie ou à la totalité du viscère, le tout accompagné de lésions générales.

Les très légères infractions que je ferai à cette classification seront motivées par les symptômes. Remarquez, du reste, messieurs, que je laisse entièrement de côté la gastrite que les anciens appelaient érysipélateuse, et que j'aime beaucoup mieux appeler érythémateuse, mot qui ne préjuge rien de sa nature catarrhale ou autre, et qui signifie simplement que la lésion ne dépasse pas la muqueuse.

Cela dit, voici les faits de ma deuxième catégorie : un de Pierre Borel (obs. III), un de Bonet (obs. IV), un de Stoll (obs. V), quatre ou cinq de Lieutaud, un de Sand, un ou deux de M. Andral, un de M. Mayor (obs. XX), sans compter ceux auxquels fait allusion Habershon. En tout, une dizaine de cas d'abcès circonscrits de l'estomac.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIII, p. 273.
(2) Catalogue du musée Dupuytren. *Lésions de l'appareil digestif*, n° 88.
(3) John North, cité par Am. Lefèvre, *Archives générales de médecine*, 1842, p. 377.

---

Aux deux angles correspondants de cette salle humide on remarque deux chambres de 3 mètres de longueur sur 2 de largeur et 3m,50 de hauteur, meublées par des couchettes mobiles et en bois, sur lesquelles on est obligé de sangler et de camisoler, pendant la nuit, les aliénées les plus agitées. La porte de ces cellules présente, à sa face interne, les empreintes manifestes des actes de violence des aliénées que par humanité on croit pouvoir laisser libres. Ces empreintes prouvent que certaines d'entre elles se servent de leur lit comme d'engins destructeurs ou d'armes dangereuses. Il est rare qu'on camisole ces malades pendant le jour pour les contenir : l'influence morale suffit ordinairement pour obtenir qu'elles prennent sur elles-mêmes l'empire nécessaire à la vie commune. Par une porte de dégagement, de ces cellules on pénètre dans une petite cour clôturée de planches peintes ayant 3m,50 de hauteur. Cette cour mesure 12 mètres de largeur environ sur 18 de longueur. L'aspect en est lugubre; la ventilation y est difficile, et les pauvres récluses y demeurent exposées aux ardeurs du soleil d'été.

On passe du réfectoire dans un vaste préau où se trouvent confondues les épileptiques simples, les épileptiques aliénées et les idiotes; mélange funeste propre à propager l'épilepsie chez les malheureuses qui ne sont qu'idiotes.

Au premier étage du bâtiment principal, on trouve un vaste dortoir où l'odeur nauséabonde du local se mêle à l'odeur infecte des lieux d'aisance. Il contient 91 lits en bois, disposés sur quatre rangs. On a organisé à l'extrémité de ce dortoir une salle pour 49 gâteuses. Au second étage, existe un dortoir de 125 lits, au fond duquel est un atelier insuffisant, où travaillent de 125 à 130 femmes. Au troisième, est un dortoir de 77 lits disposés sous les combles, brûlant en été, glacial en hiver, et qu'habitent les idiotes.

La salle d'admission est située dans un des côtés de l'édifice; elle mesure 2m,30 de hauteur, et contient 6 lits. L'infirmerie, placée au troisième étage, renferme 17 lits pour toute espèce de malades. Divisée en deux compartiments, ayant 2 mètres de hauteur, on y arrive par des escaliers dégradés et tortueux, à bords

En les analysant, je suis frappé d'une circonstance bien remarquable, à laquelle, je l'avoue, j'étais loin de m'attendre. C'est que dans tous, à l'exception peut-être de celui de Sand, que je n'ai pu me procurer, cette lésion a été rencontrée chez des individus ayant succombé après plusieurs mois de maladie. Ajoutez à ces cas les quatre ou cinq que Naumann (1) a empruntés à différents auteurs allemands, et vous pourrez admettre à peu près, mais en l'appliquant à cette variété seulement, la description de ce pathologiste :

« C'est, dit-il, une maladie fort obscure. Les débuts ressemblent à ceux d'une gastrite ordinaire. Puis, sans apparition d'aucun symptôme critique, les violentes douleurs cessent, et la fièvre diminue rapidement. Les grandes douleurs font place à un sentiment de tension et d'oppression à la région épigastrique. Surviennent des nausées, du hoquet, de la dysphagie, de la dyspnée, et une fièvre secondaire qui prend la forme hectique. » Naumann ajoute que la poche purulente met trois ou quatre semaines à atteindre sa maturité ; qu'il est très rare que l'abcès atteigne un très gros volume ; que le pus une fois formé peut s'échapper de plusieurs manières : 1° La rupture peut se faire à l'intérieur du viscère ; on a parlé, dans ces cas, de ruptures mortelles, de morts par hémorrhagie ; dans quelques cas complexes, on a vu des vomissements purulents, une diarrhée purulente, et les malades ont succombé à une véritable phthisie gastrique. 2° La rupture peut se faire dans le bas-ventre, et les malades succomber à une péritonite suraiguë. 3° On a vu le pus s'échapper à travers la paroi abdominale par une perforation des téguments. 4° Il peut se faire des adhérences avec les organes voisins, et le pus fuser dans différentes directions, notamment s'infiltrer entre les lamelles de l'épiploon, etc.

J'ajouterai, en me fondant sur les faits qne j'ai cités plus haut, et dont Naumann ne paraît pas avoir eu connaissance, que l'abcès peut n'avoir pas de tendance à s'ouvrir, et qu'alors le malade succombe à la longue et par épuisement. A cela près, tout me paraît exact dans cette description de l'auteur allemand, sauf peut-être encore l'assertion relative à la maturation des abcès en trois ou quatre semaines, laquelle ne repose pas sur des preuves suffisantes.

Notez, messieurs, que je suis loin de nier que les abcès de l'estomac puissent avoir une marche aiguë. C'est même la première idée qui se présente à l'esprit, par analogie avec ce qui se passe ailleurs. Je dis seulement que je n'en connais pas d'exemple bien authentique. Dans les cas où l'abcès a été trouvé sur le cadavre longtemps après le début de l'affection, cet abcès s'était-il formé rapidement, et n'avait-il différé des autres que par sa non-aptitude à s'ouvrir? Ou bien avait-il lui-même suivi une marche chronique dans son évolution? Il est fort difficile de le décider. La question, du reste, est assez secondaire, puisqu'en définitive le résultat est toujours le même.

(1) Naumann, *Handbuch der medicinischen Klinik*, Berlin, 1834, t. IV, p. 409.

Il me resterait, messieurs, peur en finir sur ce premier point, à étudier les rapports qui peuvent exister entre l'abcès circonscrit de l'estomac et l'ulcère chronique. Vous connaissez tous le beau mémoire de M. Cruveilhier sur cette dernière affection, presque entièrement méconnue avant lui. Dans un travail plus récent (1), notre collègue M. le docteur Luton s'est plus spécialement attaché à déterminer les divers modes pathogéniques qui président à sa formation. Dans cette énumération des causes, il n'oublie pas les abcès sous-muqueux. Il est, en effet, fort admissible qu'un de ces abcès une fois rompu à la surface interne, l'action des liquides acides de l'estomac oppose un obstacle permanent à la cicatrisation et entretienne ainsi une ulcération chronique. Je n'insisterai pas davantage sur cette question, qui a été suffisamment traitée dans les travaux que je viens de citer.

Est-il possible, avec les données précédentes, de diagnostiquer pendant la vie un abcès circonscrit? A-t-il des signes distincts de ceux qui appartiennent à l'ulcère simple? Du point de vue où nous venons de nous placer, cette question perd de son importance, puisque nous admettons que l'abcès et l'ulcère peuvent n'être que deux périodes d'une seule et même affection. La science est redevable à M. Cruveilhier d'avoir donné des signes positifs qui permettent d'arriver par voie d'exclusion à un diagnostic différentiel d'autant plus important que, dans le cas de tumeur maligne, le pronostic est nécessairement fatal, tandis que l'ulcère simple est essentiellement curable. Dans la pratique, nous croyons cela parfaitement suffisant. Voyons pourtant si l'on pourrait aller plus loin : des douleurs d'une forme particulière, les vomissements noirs, ne pourraient assurément suffire ; le caractère, le siége des douleurs sont un signe trop vague, trop variable pour devenir jamais pathognomonique ; quant aux vomissements noirs, ils signifient simplement que du sang a été épanché dans la cavité de l'estomac. Deux symptômes, croyons-nous, pourraient avoir une certaine valeur : ce serait d'abord la fluctuation perçue à travers les parois de l'abdomen chez des sujets déjà très émaciés ; encore faudrait-il que l'abcès siégeât sur la face antérieure de l'organe. Mais alors même, et en supposant réunies toutes ces conditions qui doivent être infiniment rares, il est fort douteux que la fluctuation pût jamais être assez nettement perçue pour exclure l'idée d'une tumeur encéphaloïde ; le fût-elle, il faudrait encore s'assurer qu'elle n'appartient pas à un autre organe voisin ou à la paroi abdominale elle-même. Je mentionne toutefois ce symptôme, parce qu'il y est fait allusion dans quelques auteurs anciens, mais en ayant soin d'ajouter qu'il faut s'en défier.

Resteraient, comme second symptôme, les vomissements purulents au moment de la rupture de l'abcès. Il est certain qu'ils auraient une grande valeur s'ils n'étaient accompagnés ni d'un ictère consécutif à une hépatite, ni d'un gonflement de la rate, ni, en un

(1) Luton, *Recherches sur quelques points de l'histoire de l'ulcération simple de l'estomac*, extrait du *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, Paris, 1858.

inégaux, où chaque jour des épileptiques se meurtrissent horriblement par suite de chutes compromettant parfois leur existence. Les lieux d'aisances y sont infects ; on y pénètre au moyen de quatre marches placées en regard du haut de l'escalier principal. Le cabinet du médecin est insuffisant. Un gymnase à l'air libre, dont les malades ne peuvent profiter pendant les jours froids ou pluvieux, époque où elles en ont le plus besoin, complète ce misérable quartier.

Faut-il ajouter que les lieux d'aisances attenant aux bâtiments de toute la section sont de véritables foyers d'infection ; que les salles sont lavées à pleine eau au moins une fois par semaine, ce qui répand une humidité funeste à la santé des malades, abaisse subitement la température, et achève de détériorer les bâtiments ; que les épileptiques aliénées les plus violentes, qui ne sont point assez malades pour supporter l'emprisonnement cellulaire, sont confondues avec les gâteuses, et que ce contact rend trop souvent obligatoires les moyens de contrainte, dont on pourrait supprimer l'usage si les épileptiques aliénées se trouvaient dans de meilleures conditions ; que les bâtiments tombent en ruine et exigent l'emploi de nombreux étais pour soutenir un état de choses aussi déplorable, qui fait honte à la capitale du monde civilisé?

4° La quatrième section est disposée de la manière suivante : Un parallélogramme présentant sur ses côtés une infirmerie pour les maladies incidentes, s'ouvrant sur un jardin qui lui est spécial ; des dortoirs au deuxième, au troisième et au quatrième étage pour les aliénés paisibles et semi-paisibles, et, à chaque étage du rez-de-chaussée et du second, un réfectoire et une salle de travail pour cette catégorie d'aliénées.

*(La suite à un prochain numéro.)*

mot, de tout ce qui pourrait faire croire à une suppuration dans un organe contigu. Je ferai cependant observer que les exemples de véritables *vomiques stomacales* sont excessivement rares dans la science; que, lorsqu'elles ont été observées, il existait des complications qui empêchaient d'en préciser au juste l'origine; qu'enfin ce serait un signe extrêmement fugitif, puisque les abcès stomacaux n'atteignent jamais un gros volume. Il faudrait de plus que ce signe eût été constaté par le médecin lui-même, rien n'étant plus facile à un malade que de prendre pour du pus les vomissements glaireux qui se produisent en toute autre circonstance. En résumé, je ne crois pas m'aventurer beaucoup en avançant que, jusqu'ici du moins, les abcès circonscrits de l'estomac n'ont jamais été diagnostiqués sur le vivant. J'en dirai autant, et à plus forte raison, des abcès de la paroi de l'intestin dont je vous ai rapporté quelques exemples.

J'arrive à ma troisième série d'observations, celle qui fait plus spécialement l'objet de ce rapport. Ces faits sont au nombre de douze : ce sont ceux de MM. Cornil et Proust (obs. I et II), de Lieutaud (obs. VI), de MM. Andral et Cruveilhier (obs. XII et XIII), de Habershon (obs. XIV), de Bamberger (obs. XV), de MM. Sestier, Mazet, Mascarel, Maunoury et Juteau (obs. XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI), sans compter ceux, en nombre indéterminé, qui sont attribués à Dittrich. Leur rapprochement m'a donné beaucoup à réfléchir, car eux aussi m'ont mené à des conclusions que je n'attendais pas en commençant.

Et d'abord, il est impossible de n'être pas frappé de la remarquable similitude des lésions notées après la mort. Dans neuf cas (obs. I, II, XII, XIII, XV, XVII, XVIII, XIX, XXI), les descriptions notées de l'état de l'estomac sont tellement semblables qu'on les dirait presque calquées les unes sur les autres, sauf quelques variétés insignifiantes sur la coloration de la muqueuse. Malheureusement, sur ces neuf faits, trois (obs. XII, XIII, XXI) manquent absolument de détails cliniques.

Mais il est une autre circonstance encore plus remarquable et sur laquelle j'appelle toute votre attention, c'est que, dans les cas de cette troisième catégorie, il y a des lésions concomitantes très étendues et qui semblent indiquer une affection générale. Il est vrai que nous avons trois ou quatre cas fort incomplets dans lesquels l'état des autres organes n'est pas mentionné. Du moins n'est-il pas dit qu'il n'y avait pas d'autres lésions. S'ils ne viennent pas à l'appui, du moins ne vont-ils pas à l'encontre de ce que j'avance. Dans les obs. I, II, XVI, XVII, XVIII, XIX, il y a des traces évidentes de péritonite, et dans la plupart nous trouvons ce pus jaune, épais, crémeux, dont parle M. Cornil. C'est cette dernière circonstance, jointe à une grande similitude dans les symptômes, qui m'a fait placer dans la présente catégorie l'obs. XIV, bien que l'infiltration purulente de l'estomac y soit moins étendue que dans les autres cas.

Nous trouvons en outre un épanchement pleurétique (obs. XVIII), une péricardite purulente (obs. XIX), etc. J'ai encore placé ici l'observation de M. Sestier (obs. XVI), dans laquelle, outre la péritonite, nous trouvons un érysipèle de mauvaise nature, une hépatisation grise du poumon, en un mot différents états organiques qui semblent indiquer chez le malade une véritable diathèse purulente. Ce cas est intéressant en ce qu'il semble établir comme un intermédiaire entre les lésions de la seconde catégorie et celles de la troisième. Ne serait-il pas permis de voir, dans cette multitude de petits abcès sous-muqueux, l'altération de l'estomac surprise, pour ainsi dire, à ses débuts, et le pus se collectant en une foule de petits dépôts isolés avant de s'épandre en une nappe uniforme ? Enfin j'ai cru pouvoir, sans me hasarder beaucoup, voir dans la *gangrène des poumons* (obs. VI) signalée par Lieutaud une hépatisation grise semblable à celle de l'obs. XVI. Ceci soit dit sous toute réserve.

Pour ce qui regarde les phénomènes notés pendant la vie, j'avoue que les faits que je possède sont trop peu nombreux, et cependant peut-être un peu trop disparates, pour me permettre de vous en présenter une histoire pathologique complète. Cependant, comme ils offrent plusieurs côtés communs, j'ai cru ne pouvoir mieux faire que de vous en présenter le résumé dans le tableau ci-joint :

| NOMS des observateurs. | PRINCIPAUX PHÉNOMÈNES notés pendant la vie. | SEXE. | AGE. | CAUSES présumées. | DURÉE de la maladie. |
|---|---|---|---|---|---|
| Cornil. . . . . | Vomissements au début, dont la nature n'est pas notée; troubles intestinaux, irrégularité du pouls. Délire violent. | Homme robuste. | 40 ans. | Alcoolisme. | 3 mois d'état chronique, 15 jours d'état aigu. |
| Proust. . . . . | Vomissements, diarrhée, pulvérulence des narines, douleurs abdominales, facies altéré. Délire. | Homme. | 44 ans. | Pas d'alcoolisme. | Période chronique. 6 jours d'état aigu. |
| Lieutaud. . . . . | Vomissement opiniâtre, chaleur abdominale. | Homme. | Age moyen. | Excès de boisson. | 5 jours. |
| Andral. . . . . | — | — | — | — | — |
| Cruveilhier. . . . | — | — | — | — | — |
| Habershon. . . . | Douleurs dans le dos, l'estomac, l'abdomen, vomissements noirs, soif, stupeur. | Femme. | 40 ans. | — | 15 jours. |
| Bamberger. . . . | Vomissements, violentes douleurs d'estomac. Délire. | Homme. | Jeune soldat. | ? | Quelques jours. |
| Sestier. . . . . | Érysipèle, pneumonie suppurée, péritonite. Pas de symptômes du côté de l'estomac. | ? | — | — | — |
| Mazet. . . . . | Soif, anxiété, vomissements bilieux, teinte ictérique, face grippée, pouls petit. Délire, suicide. | Homme. | 47 ans. | — | 5 jours. |
| Mascarel. . . . | Accidents intermittents. Pleurésie, péritonite. | Femme. | 22 ans. | — | ? |
| Maunoury. . . . | Fièvre puerpérale. | Femme. | — | — | — |
| Juteau. . . . . | — | — | — | — | — |
| Dittrich. . . . | Processus dyscrasiques aigus, notamment puerpéraux. Variole, typhus, pyoémie, etc. | — | — | — | — |

Sans nous faire illusion sur la valeur des renseignements consignés dans ce tableau, nous pouvons cependant, sans trop de témérité, en tirer les propositions suivantes :

*Sexe.* — La lésion de l'estomac, dont il s'agit, a été plus souvent rencontrée chez l'homme que chez la femme.

*Age.* — Elle s'est toujours trouvée chez des sujets à la période moyenne de la vie. Les environs de l'âge de quarante ans paraissent constituer une prédisposition marquée.

*Causes.* — Elles sont très obscures. Deux fois on a noté des excès alcooliques, et, sans vouloir calomnier les malades, la nature de leur profession porte, dans plusieurs autres cas, sinon à affirmer, du moins à soupçonner cette cause prédisposante.

*Symptômes.* — Dans la plupart des cas, il y a eu prédominance notable des symptômes généraux sur les symptômes locaux. Cela est surtout bien remarquable pour le cas de M. Cornil, dans lequel la maladie semble avoir été prise pour une méningite. Ainsi on a signalé principalement des signes de péritonite plus ou moins généralisée, des vomissements, de l'anxiété, de la petitesse du pouls, de la pulvérulence des narines; presque toujours une altération de l'intelligence, un délire violent ou une prostration extrême. Dans le cas de M. Mazet, le délire va jusqu'au suicide. Ailleurs on a trouvé des érysipèles, des pneumonies, des pleurésies, des péricardites purulentes; en un mot, c'est toujours et partout un état bien voisin de celui qui caractérise les fièvres les plus graves, avec une tendance remarquable à la formation du pus dans les différents organes.

Ceci m'amène naturellement, messieurs, à vous faire part de l'idée que je me suis faite de l'affection que j'étudie en ce moment. Elle me paraît devoir prendre place beaucoup moins à côté des phlegmasies proprement dites que près de l'infection purulente. J'emploie ce dernier mot dans son acception la plus générale, et je ne veux pas parler spécialement de la série bien accusée de symptômes qui se déclarent chez les amputés, par exemple; pas plus que je ne prétends décider la question de savoir si le pus rencontré dans les parois stomacales rentre dans la classe des abcès dits métastatiques, avec lesquels, du reste, il a plus d'une analogie. Je dis seulement, d'accord en cela avec la majeure partie des pathologistes, qu'il existe toute une série d'états morbides liés entre eux par des transitions pour ainsi dire insensibles, et dans lesquels la scène est dominée par une tendance remarquable de l'économie à faire du pus (ce que le vulgaire désigne par cette evpression pittoresque : *avoir un mauvais sang*). Tous ces cas de *diathèse purulente*, si vous voulez me permettre, pour un moment, d'employer ce mot dont on a abusé, peuvent, sous l'influence de causes mal déterminées, se caractériser par l'infiltration purulente des parois de l'estomac; s'il fallait absolument classer nosologiquement cette affection, c'est entre la fièvre puerpérale et la méningite cérébro-spinale que je lui chercherais une place.

Je ne me dissimule pas que cette manière de voir peut prêter à bien des objections. Et d'abord on me dira que, dans l'observation de M. Cornil, qui m'a servi de point de départ, il y avait dans l'estomac une ulcération qui a bien pu être la cause immédiate d'une gastrite suraiguë terminée par suppuration. L'objection est sérieuse, j'en conviens. Toutefois, sans sortir de cette même observation, et en nous en tenant aux données de l'autopsie, on peut répondre que cette muqueuse, qui présentait une perte de substance de la largeur d'une pièce de 1 franc environ, ne portait d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit (p. 65), aucune trace d'un travail inflammatoire quelconque; qu'elle ne présentait ni rougeur résistant au lavage, ni ramollissement, pas même dans les points les plus voisins de l'ulcère. Et si l'on se rappelle l'interprétation donnée par Dittrich (voy. plus haut, p. 79), on pourra peut-être croire, ce que je suis, du reste, loin d'affirmer, que cette perte de substance était, non la cause, mais l'effet de l'infiltration purulente générale; que, privée de circulation par l'accumulation de ce produit morbide, une petite portion de muqueuse sera tombée en gangrène, et se sera détachée des parties saines. Cette explication en vaut peut-être une autre. Mais, je le répète, je n'en ai pas besoin. J'ajoute que cette observation est la seule qui nous montre une ulcération, et que cette lésion perd beaucoup de sa valeur si je rapproche ce cas de tous ceux où il n'existe rien de semblable. De plus, toutes nos observations nous font voir du pus épanché ou collecté ailleurs que dans les parois stomacales, et celle même de M. Cornil en est un bel exemple. C'est par cette hypothèse d'une affection *totius substantiæ* que j'expliquerai cette légère injection de la pie-mère, cette sérosité louche trouvée dans les ventricules cérébraux, lésions sans importance si elles sont isolées, mais qui en acquièrent comme indices d'une maladie d'ensemble.

Je suis heureux de m'appuyer ici sur l'autorité de Dittrich, qui paraît avoir observé à Prague des faits analogues. Or, quels sont les cas qui ont attiré son attention? Des typhus, des varioles graves, des fièvres puerpérales, en un mot différents *processus dyscrasiques aigus*, pour me servir de la terminologie un peu vague des Allemands. Et puisque je parle de fièvre puerpérale, je vous ferai observer que l'une des pièces les plus nettement décrites dont je vous aie parlé, celle de M. Maunoury (obs. XIX) se rapporte précisément à un cas de fièvre puerpérale. Je crois que si l'on voulait chercher encore d'autres cas semblables à ceux dont je vous ai entretenus, ce n'est pas aux ouvrages spéciaux sur les maladies de l'estomac qu'il faudrait s'adresser, mais aux observations d'épidémies dans les Maternités. Cependant la vérité m'oblige à ajouter que j'ai parcouru, à ce point de vue, une centaine d'observations de fièvre puerpérale publiées dans différents mémoires ou thèses de ces dernières années, et que jusqu'ici je n'ai rien rencontré. Aussi j'aurais voulu que, dans le fait qui nous occupe, on eût cherché s'il n'y avait pas, par hasard, du pus dans les muscles, dans les articulations. Ceci, bien entendu, n'est pas un reproche au présentateur.

Et maintenant, si vous m'accordez ce premier point, de mon côté j'admettrai volontiers que, dans notre observation I, l'ulcère de l'estomac ait pu jouer un certain rôle. Le sujet est malade depuis trois mois. C'est la période correspondant à l'ulcération. Puis tout à coup, et par une cause qui m'échappe, il est pris de fièvre purulente, et la lésion ancienne de l'estomac amène dans cet organe une détermination morbide semblable à celles qui se font ailleurs. Je confesse que cette interprétation n'est pas sans beaucoup d'obscurités; mais elle me paraît plus près de la vérité que l'hypothèse d'une gastrite phlegmoneuse primitive. En effet, lorsqu'on examine une pièce aussi curieuse que celle dont j'ai eu l'honneur de vous rendre compte, ce qui étonne, ce n'est pas la possibilité d'une pareille lésion, ce serait plutôt son extrême rareté dans un organe aussi éminemment pourvu de tissu cellulaire et de vaisseaux. Si l'élément inflammatoire jouait ici le principal rôle, comment ne verrait-on pas cette infiltration purulente survenir fréquemment dans les cas de gastrite franche, et particulièrement dans les cas de gastrite toxique suraiguë?

Du reste, messieurs, il y aurait toute une série de recherches à faire sur la cause prochaine de l'infiltration purulente dans les organes membraneux. Il est certain que, généralement parlant, c'est une lésion rare. Je vous ai parlé plus haut des cas d'abcès signalés par M. Andral et d'autres auteurs dans les parois intestinales. Dans ces dernières années, l'attention a été appelée sur le phlegmon de la paroi vésicale, qui peut être, lui aussi, circonscrit ou diffus. M. Civiale (1), qui en a rapporté quelques exemples, et qui les croit sous la dépendance de l'affection calculeuse, est cependant obligé de reconnaître qu'il est des cas où cette cause ne saurait, en aucune façon, être invoquée. Il n'est pas jusqu'à la vésicule biliaire elle-même qui n'ait été vue infiltrée de pus. M. Gubler en a présenté un bel exemple à notre Société. Sur un vieillard mort d'entérite, on trouva une nappe purulente sous la muqueuse de la vésicule; elle contenait des graviers, et il y avait un calcul biliaire dans le canal hépatique (2).

Je ne puis que signaler en passant ces faits curieux qui se rattachent indirectement au sujet qui nous occupe, et qui, trop peu

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1851, t. III, p. 48 et suiv.
(2) *Bulletins de la Société anatomique*, année 1848, p. 193.

connus pour se prêter à une interprétation générale, sont assez intéressants pour mériter de nouvelles recherches.

Je me suis peu préoccupé, je l'avoue, de trouver un nom à l'état morbide qui vient de m'entraîner à des développements que je ne prévoyais pas, et pour lesquels je demande votre indulgence. J'avais songé à l'expression de *phlegmon diffus de l'estomac*, comme rendant assez bien l'idée d'une affection où l'inflammation joue un rôle, mais où la tendance à la production du pus est beaucoup plus marquée que dans le phlegmon simple. Mais c'était une explication, et je n'étais pas en mesure d'en donner une définition. Encore moins ai-je voulu me servir du mot *érysipèle avec suppuration*, qui entraînait avec lui toute une théorie, presque une doctrine. J'admets la gastrite érysipélateuse, mais comme forme à part, et par extension de cet exanthème au tégument interne (1). Toute réflexion faite, je me suis décidé à désigner simplement ce que j'avais sous les yeux par ce mot, qui ne préjuge rien, *d'infiltration purulente des parois de l'estomac.*

Je terminerai par les conclusions suivantes :

1° La dénomination de *gastrite* doit être restreinte au sens que lui a assigné l'usage, et désigner l'inflammation de la *membrane muqueuse* de l'estomac, sans tendance à se propager au tissu cellulaire.

2° Il existe trois variétés bien distinctes d'abcès des parois de l'estomac : les abcès intra-muqueux, dont nous nous sommes occupés accessoirement, les abcès sous-muqueux circonscrits, et l'infiltration purulente plus ou moins généralisée.

3° L'abcès circonscrit appartient, dans la majorité des cas, à un état chronique, et peut être un des modes pathogéniques de l'ulcère simple.

4° L'infiltration purulente est un état anatomique pouvant se produire dans plusieurs maladies générales caractérisées par une disposition des différents organes à la production du pus. Ce n'est pas une espèce morbide à part.

## III.

## CORRESPONDANCE.

### A M. LE DOCTEUR VERNEUIL.

### Sur les varices profondes.

Très honoré confrère et cher collègue,

Depuis plus d'un an, j'ai rencontré sept fois des varices profondes sans trace aucune de phlébectasie superficielle, et il ne m'est pas prouvé d'avoir dans ce même laps de temps constaté des varices tout à fait superficielles ou sous-cutanées sans quelques symptômes de phlébectasie profonde.

Chez les femmes ayant eu plusieurs grossesses, cet état morbide peut se présenter à tout âge; chez les hommes, la plupart des sujets observés à l'Hôtel-Dieu ou en ville s'approchaient de la quarantaine ou avaient dépassé cet âge; cependant tout dernièrement, à la Clinique, j'ai montré aux élèves une jeune fille de vingt et un ans, n'ayant jamais été enceinte, et qui présentait des varices plantaires profondes, s'irradiant très probablement jusqu'au-dessus et en arrière de l'articulation tibio-tarsienne.

Plus l'individu est fort et vigoureux, plus l'état variqueux des veines profondes m'a paru considérable.

Le traitement palliatif par la compression plus ou moins étendue a constamment réussi à donner aux sujets atteints de phlébectasie profonde une liberté d'action, de mouvement, et une possibilité de travail à peu près perdues. Chez la jeune fille que je viens de citer, il y avait depuis longtemps impossibilité absolue d'une marche un peu prolongée, ou d'une occupation exigeant la station et l'emploi d'une certaine force; la douleur, la gêne et la pesanteur éprouvées dans le pied l'obligeaient à se coucher, et la position horizontale annulait immédiatement toute souffrance. Une demi-guêtre en forme de bottine lacée, s'étendant des orteils jusqu'au-dessus des malléoles, a immédiatement permis à cette pauvre fille de reprendre ses occupations ordinaires.

Une fois, une seule, le hasard m'a permis d'examiner anatomiquement la région qui avait été d'abord soumise à l'examen clinique. Le récit de cette observation pourra peut-être vous intéresser, et voici le fait :

Un homme de quarante-cinq ans, peintre en bâtiments, de très robuste apparence, est conduit à mon cabinet, au mois de juin 1860, par le gérant de la cité ouvrière dont il était pensionnaire. Cet homme n'accuse aucune maladie antérieure digne de remarque; mais il se plaint d'une vive douleur à la jambe gauche, douleur qui disparaît lorsqu'il est couché pour reparaître dès qu'il se lève. Du reste, dit-il, le lit lui procure toujours le même soulagement, *aussi bien dans le jour que pendant la nuit.*

La douleur, qui date déjà de trois mois et qui a apparu sans cause appréciable, occupe la presque totalité du mollet, où l'on constate une certaine tension et un peu d'empâtement sans rougeur ni trace aucune de varice cutanée ou sous-dermique, tension et empâtement qui disparaissent par la position horizontale. Dès que cet ouvrier reste quelque temps debout ou prolonge sa marche, la jambe devient lourde et la douleur intolérable. Si la marche est encore prolongée dans ces conditions, un engourdissement considérable survient, accompagné d'une sensation particulière alternant du chaud au froid et parcourant toute l'extrémité pelvienne.

Je suppose l'existence d'une phlébectasie interne ou intra-musculaire, et je prescris l'application d'une longue guêtre lacée allant du métatarse à la région poplitée. Je revois le malade une quinzaine de jours après : l'effet produit par la guêtre paraît avoir été immédiat. Il peut travailler, rester debout et marcher sans souffrir; il a voulu un dimanche s'affranchir de la guêtre pendant une demi-journée, et la douleur avait reparu avec tout son cortége ordinaire.

Ce dernier renseignement pouvait déjà confirmer le diagnostic ; mais une circonstance imprévue et *bien malheureuse pour le* pauvre malade est venue donner au diagnostic la certitude désirable.

Il y avait à peu près trois mois que j'avais perdu de vue cet ouvrier, lorsqu'on m'annonce (12 octobre) qu'on l'a trouvé mort dans son lit.

L'autopsie étant autorisée après le délai voulu, je constate d'abord que la mort est due à la rupture de l'aorte, survenue à un demi-centimètre environ au-dessus et un peu en dehors du point où elle émerge du ventricule, et immédiatement au-dessous d'un rétrécissement considérable déterminé par des incrustations calcaires. Les parois artérielles étaient très amincies au-dessous de ce rétrécissement, surtout au point où la rupture avait eu lieu. Et, soit dit en passant, le malade n'avait jamais accusé aucune souffrance, aucun symptôme qu'on pût rapporter à une lésion de cette nature. Était-ce négligence ou oubli, ou serait-ce là un exemple de plus d'un manque de concordance entre les phénomènes morbides et les lésions anatomo-pathologiques? C'est là une question incidente que je me garderai bien d'aborder ici, et j'arrive à ce qui doit surtout nous intéresser par rapport à l'état phlébectasique profond que nous avions cru reconnaître.

Et d'abord nous ne trouvons pas la moindre dilatation anormale, ni dans les veines cutanées ni dans le plan sous-dermique. Au milieu de la masse du jumeau externe apparaît une première trace de phlébectasie, mais peu prononcée. Du reste, pour éviter toute erreur, j'ai disséqué les deux jambes et jugé par comparaison.

C'est au milieu des fibres charnues du soléaire et au-dessous de lui, dans les paquets vasculaires en arrière du tibia et du péroné, que nous trouvons une véritable gerbe de varices sillonnant et comprimant en tous sens le muscle, désassociant ces fibres et disséquant le paquet vasculaire, de manière à isoler les artères et à tirailler en zigzag les filets nerveux qui ne peuvent se prêter aux nombreux contours variqueux formés par les veines. La différence entre le calibre des varices inter et sous-musculaires n'est pas

(1) Voyez à ce sujet l'excellente thèse de mon collègue et ami le docteur Ed. Labbé. Paris, 1858.

grande; cependant, s'il y en a une, elle existe au profit du plan le plus profond.

Je n'ai trouvé aucun caillot obturateur ni autre trace de phlébite. J'ai cru reconnaître un commencement de dilatation anormale dans le premier tiers de la veine tibiale postérieure, à la jambe droite.

Maintenant, si vous me demandez ce que l'observation clinique peut nous avoir enseigné d'une manière générale sur les varices observées dans ces derniers temps, je crois avoir de suffisants motifs pour résumer mon opinion de la manière suivante :

1° La douleur éprouvée par les variqueux et la gêne qui en résulte pour les fonctions du membre semblent être en raison inverse de l'étendue des varices, c'est-à-dire qu'en admettant aujourd'hui comme chose vraie (et vous parviendrez à le démontrer plus tard d'une manière irrécusable) que les varices aux jambes débutent par les plans profonds et n'arrivent que plus tard aux veines cutanées, la douleur et la gêne diminuent au fur et à mesure que la phlébectasie superficielle apparaît.

2° La fréquence des varices intra-musculaires, leur présence au milieu des masses charnues les plus considérables et les plus actives, peuvent faire supposer que les mouvements de tension et de détension, raccourcissement et allongement de ces fibres, ne sont pas étrangers à la formation de la phlébectasie.

3° La douleur intense éprouvée par tous les variqueux peut être attribuée au rapport de voisinage, par trop intime, entre les veines et les nerfs, nonobstant l'origine attribuée à la plupart de ces cordons nerveux.

4° Je ne connais pas de traitement radical applicable aux varices de la jambe. Je dirai plus : si d'autres confirment ce que nous avons vu, soit la diminution de la douleur en raison de l'extension de la maladie de dedans au dehors, on comprend que l'oblitération des veines superficielles ne puisse avoir d'autre résultat que celui d'aggraver la phlébectasie des veines profondes.

5° La compression méthodique constitue un excellent traitement palliatif, le seul applicable dans l'état actuel des choses. A l'aide d'une guêtre ou d'une simple bottine lacée, on peut enlever toute souffrance aux variqueux et leur permettre la continuation d'un travail duquel dépend trop souvent leur existence. Cette compression, faite à propos, peut non-seulement obvier aux principaux inconvénients existants déjà, mais elle peut encore, dans de certaines limites, s'opposer efficacement à l'aggravation du mal.

6° Quoiqu'il paraisse indifférent de pratiquer la compression avec des bandes méthodiquement roulées, des bas élastiques ou des guêtres lacées, ce dernier moyen a souvent eu nos préférences, parce qu'à la solidité de la compression vient s'ajouter la facilité de graduer cette compression au gré du sujet, et surtout proportionnellement au cas qui la réclame.

Veuillez agréer, etc. D[r] SIRUS-PIRONDI.

Marseille, 15 juillet 1861.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

---

PATHOLOGIE. — *Des collections séreuses du petit bassin liées à une métro-péritonite non puerpérale*, par M. *Demarquay*.

OBS. — Une femme de forte constitution, souffrant depuis longtemps de l'utérus, me fut adressée à la suite d'accidents de métro-péritonite assez vifs, et qui avaient complétement cessé. A la suite de ces phénomènes, une collection séreuse s'était formée dans le petit bassin ; l'utérus et la vessie avaient été fortement refoulés en avant et le rectum en arrière, d'où une gêne notable dans les fonctions de ces organes. Après m'être entouré de toutes les précautions voulues, je retirai 520 grammes d'un liquide citrin en tout point analogue au sérum du sang, et surtout au liquide que nous retirons par la thoracentèse dans la pleurésie aiguë.

En introduisant le doigt à plusieurs reprises dans la cavité qui renfermait ce liquide, j'ai pu me convaincre qu'il avait son siége dans le cul-de-sac rétro-péritonéal. Pour prévenir les accidents qui m'avaient enlevé une première malade, je fis chaque jour des injections de teinture d'iode étendue d'eau, et tout alla pour le mieux ; la malade a parfaitement guéri.

Il n'est point douteux, ajoute M. Demarquay, que cette sérosité citrine était née d'un travail inflammatoire fixé sur l'utérus, et qu'il s'est propagé au péritoine voisin ; de même que les maladies pulmonaires entraînent souvent une pleurésie circonscrite ou générale, de même ici un travail inflammatoire fixé sur l'utérus s'est communiqué au péritoine, au petit bassin : de là une pelvipéritonite séreuse. (*Comm.*: MM. Velpeau, Jobert de Lamballe.)

— *Apoplexie du bulbe rachidien en arrière de la protubérance annulaire*, note de M. *Mesnet*. — Un homme de trente-neuf ans, d'une santé habituellement bonne, n'ayant aucun des attributs du tempérament dit apoplectique, tombe brusquement privé de connaissance. Un léger accès convulsif se manifeste avec les caractères suivants : rigidité générale de tout le système musculaire, mouvement de torsion en arrière et en dehors du bras droit, bouffissure, cyanose de la face, un peu d'écume à la bouche, durée de l'accès épileptiforme deux minutes au plus. Le malade tombe dans la résolution, et présente l'apparence d'un sommeil tranquille. L'appareil respiratoire est frappé d'inertie, sauf le diaphragme. Les muscles du bassin prennent part à l'effort que fait le diaphragme. La sensibilité générale est notablement engourdie. L'anéantissement des facultés intellectuelles est complet ; le pouls est calme et régulier, le cœur conserve son rhythme normal. Le malade meurt au bout d'une heure.

A l'autopsie, on trouve les méninges gorgées de sang, et le centre de la protubérance annulaire occupé par un foyer hémorrhagique contenant un caillot demi-solide du volume d'un pois rond.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État adresse une lettre d'invitation pour la solennité du *Te Deum* qui sera célébrée le 15 de ce mois à Notre-Dame.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Coulet* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche) en 1859. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département d'Ille-et-Vilaine. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une note *sur les vivisections, ou atrocités commises en France sur les animaux*, par M. *Colmache*. membre de la Société protectrice des animaux de Londres. (*Comm.*: MM. Cruveilhier, Cloquet, Claude Bernard, Robin, Moquin-Tandon et Leblanc.)

3° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. *Boudin*, *Bouchut*, *Ménière* et *Vernois*, qui se portent candidats pour la place déclarée vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b*. Une observation d'angine de poitrine, par M. le docteur *Vincent Ingo* (de Cattagirone). (*Comm.*: MM. Bouillaud et Desportes.) — *c*. Un mémoire sur les maladies endémiques de Guatemala, par M. le docteur *Mariano Padilla* (de Guatemala). (*Comm* : M. Beau.) — *d*. Une note sur la pellagre, par M. *Leriche*, élève en médecine. (*Comm.*: MM. Baillarger, Devergie.)

4° M. *F. Argilargos* (de Cuba) soumet au jugement de l'Académie un instrument construit par MM *Robert* et *Collin*. Cet instrument, destiné à la mensuration du staphylome, a l'aspect d'un compas muni de deux branches de même longueur : l'une des branches est terminée par une plaque circulaire légèrement concave et destinée à s'appliquer sur la face antérieure de la cornée, l'œil étant fortement porté en dedans ; l'autre branche, décrivant une courbure à concavité interne, est formée par une canule destinée à s'adapter par sa concavité à la face postérieure du staphylome. Cette branche est munie vers sa partie moyenne d'un levier à crémaillière qui fait mouvoir une aiguille cachée dans la canule et dont la pointe peut faire saillie au delà de son extrémité fendue. Cette aiguille a pour but de faire pénétrer la branche à travers la conjonctive ; aussitôt ce point franchi, elle rentre dans la canule pour ne point blesser les parties profondes de l'œil. La seconde branche étant en place, on rapproche la plaque de la face antérieure du staphylome, dont l'épaisseur est déterminée au moyen d'une règle transversale divisée en 35 millimètres, qui est fixée à la seconde branche et traverse la première branche. Un bouton maintient les branches fixées sur cette règle, et l'instrument peut être retiré après avoir noté l'écartement des branches.

M. *Larrey* dépose sur le bureau une observation de chromhidrose qu'il a recueillie à Brest.

M. *J. Guérin*, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture d'une note renfermant quelques explications complémentaires au sujet d'opinions émises dans ses précédents discours.

*Lectures.*

EAUX MINÉRALES. — M. *Gaultier de Claubry* lit une série de rapports sur des demandes d'autorisation d'exploiter ou de continuer à exploiter certaines eaux minérales.

Les conclusions de ces rapports sont successivement adoptées.

*Discussion sur la morve.*

M. *Bouley* : Le dernier discours de M. Guérin a été un morceau parfaitement réussi ; mais je disais en l'entendant : quel dommage que tant d'efforts et tant d'habileté soient dépensés en pure perte ; car, malgré de si belles paroles, M. *Hector* Guérin est tombé ou tombera comme Troie, et comme son illustre défenseur : *fuit Ilium!*

C'est la compétence qui fait la faiblesse de M. Guérin. Mais est-il vrai qu'il y ait en médecine deux espèces de compétences, comme a voulu le faire entendre mon contradicteur? Nullement. Les lois de la médecine ne sont pas assez connues pour qu'on puisse établir une ligne de démarcation entre la compétence scientifique et la compétence clinique. Pour bien raisonner d'une maladie donnée, quoi qu'en dise M. Guérin, il y a nécessité de la connaître, non pas en théorie et par les livres, mais de la connaître *cliniquement*.

M. Guérin a dit qu'il y avait chaos dans la question de la morve. S'il y a du chaos, j'estime que ce n'est pas la faute des vétérinaires.

Il existe chez le cheval une maladie qu'on appelle la *gourme;* mais, en même temps que la gourme suit son évolution, il est commun de voir se manifester au pourtour des ailes du nez une éruption purement vésiculeuse, suivie d'une ulcération et d'engorgement des vaisseaux et ganglions lymphatiques, lesquels suppurent même le plus souvent.

Pour un observateur superficiel ou incompétent, rien ne ressemble à la morve comme la gourme éruptive. Mais, pour un clinicien, quelle différence! La gourme est une maladie essentiellement locale; la morve est une maladie générale, infectieuse. La première guérit le plus souvent spontanément en quelques jours, tandis que la morve est une affection extrêmement grave, et généralement mortelle. Le caractère différentiel de ces deux maladies, c'est que les pustules de la morve laissent une cicatrice, une trace indélébile sur les tissus, tandis que les vésicules de la gourme ne laissent pas le moindre vestige. Mes élèves de clinique ne s'y trompent pas; mais un *jeune* vétérinaire comme M. Guérin, un vétérinaire de six mois, peut s'y méprendre.

M. *Guérin* : Il y a deux ans que j'étudie la morve.

M. *Bouley* : M. Guérin est donc un étudiant de seconde année, et voilà que déjà il a fait une découverte ; il a trouvé une petite morve, une *morvette*, une morve *ébauchée*. C'est ainsi qu'avec de la compétence exclusivement scientifique, il n'a répandu que de la confusion dans le débat.

Cependant M. Guérin se targue de l'opinion de Gilbert. Gilbert est un très grand homme ; mais ce n'était pas un vétérinaire ; et il a prouvé qu'il ne connaissait pas la morve, quand il a écrit que la gourme et la morve étaient deux affections identiques, ou plutôt deux degrés de la même maladie.

Mais, dit-on, on a vu la gourme se transformer en morve. C'est là une erreur; jamais cette transformation n'a lieu. La morve peut se développer chez un cheval atteint de gourme; mais il n'y a point là de filiation, de transformation d'une maladie à l'autre.

M. Guérin a invoqué encore l'autorité des deux Girard. Or, il a prêté gratuitement une erreur à M. Girard père; M. Delafond le lui a déjà dit. Quant à Girard fils, il n'était pas clinicien ; il était anatomiste et physiologiste, mais il ne s'occupait pas de médecine clinique.

Notre contradicteur s'imagine qu'il a fait briller la lumière au milieu des ténèbres, et qu'il a pour la première fois proclamé l'*unicité* de la morve. Selon lui, cette vérité était une lettre morte; mais il est venu, et il a jeté la vie dans cette question ; il l'a imposée à la science. Je crains que M. Guérin ne se fasse illusion à cet égard, et qu'il ne prouve tout simplement qu'il ignore entièrement l'histoire de la morve.

M. Guérin a invoqué douze cas de guérison de morve inoculée, pour soutenir la doctrine de la morve bénigne, de la morve ébauchée ; c'est un argument que je ne comprends pas, surtout à la façon dont il l'a développé.

Il n'y a pas de morve ébauchée. Quand la morve existe réellement, à quelque degré que ce soit, elle est généralement grave, très grave, et presque infailliblement mortelle.

Le diagnostic, la constatation du fait est chose difficile, surtout pour la morve ; et je n'admets pas, avec M. Guérin, que le premier palefrenier venu puisse reconnaître la morve ou un quelconque des phénomènes de la morve.

Ce qu'a vu M. Guérin me paraît miraculeux; or, en fait de miracles, je suis de l'avis de Voltaire, je voudrais qu'ils se passassent en pleine place publique. Or, M. Guérin seul a vu la morve ébauchée, la morve disparaissant comme par enchantement.

M. Guérin pense qu'un jour nous serons de son avis ; je ne le crois pas.

J'ai dit que je n'admettais pas une morve ébauchée; mais je ne prétends pas pour cela que la morve soit *toujours* et nécessairement mortelle; je crois qu'elle est *incurable*, mais dans le sens économique du mot, c'est-à-dire qu'une longue expérience m'a appris qu'il n'existe encore aucune médication capable de guérir la morve. Voilà pourquoi je conseille de ne pas essayer mille procédés inefficaces, et pourquoi je fais abattre les chevaux morveux.

Quand M. Guérin prétend que la morve est une maladie guérissable, je veux autre chose que des affirmations, je demande des observations complètes, des preuves cliniques irréfutables.

M. Guérin a méconnu la nature de la maladie, faute de l'avoir suffisamment observée; il s'est fait une morve de fantaisie, et là-dessus, sur ce mythe pathologique, il a imaginé sa théorie de la morve ébauchée.

Dans la rage, dans le sang de rate, dans la fièvre charbonneuse, il n'y a pas de degrés. Pourquoi voulez-vous qu'il y en ait dans la morve?

Une loi générale, c'est que le sang, altéré par un produit pathologique, tend toujours à revenir à son état de composition normale. Quand il y a un virus dans l'*économie*, le poison circule *et* donne lieu à différents phénomènes, suivant une sorte d'évolution graduelle, particulière à chaque affection virulente. M. Guérin a imaginé, relativement à la morve inoculée, une théorie impossible, une théorie contredite par l'observation clinique; c'est une pure conception de l'esprit.

La morve a une évolution qui ébranle complétement la théorie de la morve ébauchée; je répète et je soutiens encore une fois que la morve la plus grave peut se manifester au dehors par les symptômes les plus légers.

Je ne demande pas mieux que de me mettre d'accord avec mon contradicteur ; mais je ne me rendrai qu'à l'évidence, et je souhaite que M. Guérin parvienne à me convaincre.

M. *Guérin* proteste contre le fond et la forme du discours de M. Bouley.

M. *Bouley* : M. le président est le juge de la discussion ; s'il ne m'a pas rappelé à l'ordre, c'est que je n'ai pas manqué aux convenances académiques ni aux égards que je dois à un contradicteur.

M. *Renauld* : Je suis de l'avis de M. Guérin, un orateur ne doit pas altérer ni modifier le sens des paroles de ses contradicteurs, ni chercher à amoindrir leur valeur. Mais M. Guérin a-t-il toujours conformé sa conduite à ce sage précepte? a-t-il parlé des vétérinaires et de leurs doctrines relatives à la morve avec toute la bienveillance et toute la sincérité possibles? Je laisse à l'Académie le soin d'en juger.

On nous a accusés de nous laisser entraîner par l'esprit de l'école, de nous laisser abuser par le prisme des illusions doctrinales. Mais c'est une erreur. Nous n'étudions pas la morve dans des livres, nous : nous l'étudions dans nos infirmeries, dans nos amphithéâtres; nous l'étudions cliniquement, et c'est à d'autres qu'il faut reprocher de ne connaître la morve que théoriquement.

Il ne faut donc pas que MM. Bouillaud et Guérin nous accusent de méconnaître la véritable cause de la morve, et d'admettre à tort l'influence des conditions hygiéniques. Voilà des chevaux très

sains, vivant au milieu de chevaux très sains aussi : ils contractent la morve ; faut-il nécessairement admettre la contagion? Mais d'où vient-elle? Montrez-moi la source du virus! J'aime mieux croire à ce que je vois : or, je vois des chevaux surmenés, excédés par des travaux excessifs, mal nourris, nourris d'une manière insuffisante ou avec des fourrages altérés, renfermés dans une écurie étroite, mal ventilée; ces chevaux contractent la morve. Je dis que la morve provient des fâcheuses circonstances au sein desquelles vivent les chevaux. Pourquoi méconnaître ces rapports de cause à effet entre les conditions hygiéniques et l'affection morveuse? Sous l'empire de ces conditions, le sang s'altère ; les humeurs de l'économie deviennent virulentes. C'est un fait que je constate ; je ne veux pas aller plus loin, et chercher pourquoi et comment s'opère ce genre d'altération : c'est là une notion de cause première qui échappe à notre perspicacité et que la science ne parviendra pas aisément à résoudre, à moins que M. Guérin, qui a le privilége d'éclairer tant de choses, ne vienne encore jeter le jour sur cet impénétrable sujet.

La séance est levée à cinq heures.

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 16 AOUT 1861.

M. *Bauchet*. Observations sur les tumeurs situées sur le trajet des vaisseaux et des cordons nerveux.

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Recherches sur l'acrodynie sporadique**, par M. BARUDEL, médecin-major de 1re classe.

M. Barudel vient d'observer trois cas d'acrodynie chez des détenus de la prison militaire de Lyon. Il y a retrouvé tous les symptômes principaux qu'a présentés l'épidémie de 1828. Il ne sera pas inutile d'en donner un aperçu, puisque les faits observés à Lyon prouvent qu'il ne faut pas reléguer l'acrodynie dans les faits purement historiques ; viennent certaines influences, et cette affection peut se réveiller et sévir comme il y a trente ans. Voici l'énumération des principaux symptômes notés par M. Barudel :

Engourdissements, fourmillements, élancements et douleurs spontanées des extrémités supérieures et inférieures. Ces symptômes, excessivement douloureux, siégeaient dans les pieds, dans les mains et dans les diverses autres parties du corps, et causaient ainsi l'impossibilité absolue des mouvements et l'insomnie la plus opiniâtre. Les malades présentaient, en outre, un mouvement fibrillaire très pénible des bras, des avant-bras, des jambes, et surtout des cuisses.

Les muqueuses nasale, pharyngienne et bronchique furent le siége, comme en 1828, d'une phlegmasie assez intense; deux malades avaient de la conjonctivite, et chez eux la toux et la dyspnée furent très opiniâtres.

La peau fut le siége d'une rougeur érythémateuse portant sur les pieds et les mains; il y avait de larges plaques sur le cou, sur l'abdomen, au pli des articulations ; un œdème, précédant l'engourdissement, s'est présenté chez les trois malades dès le début, occupant la face, le devant de la poitrine, les mains et les pieds. Il consistait en un simple gonflement. La pression du doigt n'y laissait point d'empreinte bien sensible.

La fièvre la plus vive accompagnait ces accidents.

Les dérangements des fonctions digestives furent moins remarquables que ceux des voies respiratoires; la perte de l'appétit et de la diarrhée sans vomissements, s'accompagnant d'un sentiment de pesanteur à l'estomac, furent les seuls accidents qui parurent avant les autres symptômes.

La faiblesse des mouvements dans les muscles des jambes et des bras dura trois semaines environ; les malades se croyant guéris, étaient fort surpris en descendant de leurs lits de voir leurs jambes ployer sous le poids du corps.

L'amaigrissement fut à peine sensible. La maladie s'est terminée heureusement au bout de trois semaines.

Quant à la cause de ces cas d'acrodynie, l'auteur la trouve dans l'excès de fatigue, dans l'influence d'un air chaud et humide. (*Recueil de mémoires de médecine militaire*, mai 1861.)

**De l'emploi de la belladone comme agent sédatif dans l'épilepsie**, par M. le docteur SANKEY, de Dover.

OBS. — « C.-P. Mac Kengie, âgée de cinq ans, me fut présentée, dit l'auteur, le 26 septembre 1860, comme affectée d'épilepsie. La mère dit qu'elle avait joui d'une santé excellente jusqu'à l'âge de trois ans. Une diarrhée qui se prolongea pendant quatre ou cinq semaines la jeta alors dans un état de débilitation extrême. Peu de temps après, elle eut un premier accès d'épilepsie.

Pendant près de trois mois, les accès se reproduisirent deux ou trois fois tous les jours, puis ils se suspendirent sans qu'aucun traitement eût été mis en usage. L'enfant se rétablit complétement. Pendant l'été de 1860, retour des accès avec hémiplégie incomplète du côté droit. En dépit des divers traitements, les accès se multiplièrent de plus en plus, et finirent par se produire presque coup sur coup, la nuit comme le jour ; en même temps, abolition presque complète du mouvement dans les muscles des extrémités et du cou ; la connaissance n'était cependant pas complétement abolie. Les purgatifs, les vésicatoires à la nuque, les toniques, l'huile de foie de morue, restèrent sans efficacité, et l'enfant paraissait vouée à une mort prochaine lorsque, le 27 décembre, je commençai l'emploi de l'extrait de belladone à la dose de 1/12 de grain, trois fois par jour, puis toutes les six heures, et enfin toutes les quatre heures. L'effet de cette médication fut des plus heureux. Dès le 1er janvier, les accès, qui jusque-là revenaient toutes les heures ou toutes les deux heures, ne se produisaient plus qu'une fois dans les vingt-quatre heures. L'appétit renaissait et la digestion s'exécutait bien. La dose fut alors diminuée progressivement, et réduite finalement à 1/12e de grain dans les vingt-quatre heures. L'amélioration continua à faire des progrès. Le 8 mars, quand je vis la malade pour la dernière fois, sa mère me dit qu'elle n'avait pas eu d'accès depuis deux jours, et que, pendant les quatre jours précédents, une seule attaque s'était produite chaque nuit. Les attaques étaient d'ailleurs beaucoup moins violentes et plus courtes que précédemment. La malade est encore incapable de se tenir debout et de marcher, mais elle se sert très bien de ses mains, et l'exercice de la parole est revenu à l'état normal. Je pense que le temps et l'exercice à l'air libre suffiront pour amener une guérison complète..... (*British Medical Journal*, 1861, n° 12.)

**Opération d'autoplastie par transplantation pour la restauration du pénis**, par M. le docteur A.-J. BOWIE, chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie à San-Francisco.

Cette opération a été faite pour remédier à une perte de substance du pénis causée par un chancre phagédénique. La perte de substance, portant sur le corps de la verge, était située immédiatement derrière le gland, qui ne tenait plus au tronçon pénien que par l'intermédiaire du canal de l'urèthre. Pour combler cet hiatus, M. Bowie alla prendre sur la cuisse gauche un lambeau cutané qui fut fixé sur la verge à l'aide de la suture entortillée. Quand ce lambeau eut contracté des adhérences suffisantes, au bout de cinq jours, on coupa le lambeau à sa base, et on acheva d'en entourer la plaie pelvienne. Le lambeau se gangrena dans l'étendue d'une ligne, mais pour le reste la réunion se fit parfaitement, et la cicatrisation était complète lorsque le malade quitta l'hôpital au bout de cinq semaines.

M. Bowie revit son opéré au bout de deux ans. A part une cicatrice peu apparente, la verge avait repris son aspect parfaitement naturel, et le malade affirmait que l'érection se faisait comme précédemment, si ce n'est qu'elle s'accompagnait d'un léger degré d'épispadias dû à un défaut d'élasticité des parties transplantées. Il est évident, d'après cela, que les corps caverneux n'avaient pas été atteints, et que le phagédénisme n'avait détruit que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. (*The San-Francisco Medical Press*, avril 1861.)

**De l'emploi de l'alcool à 55 degrés comme méthode abortive des fièvres intermittentes,** par M. le docteur Leriche.

La méthode dont il s'agit a été préconisée par M. le docteur Guyot, et M. Burdel (de Vierzon) est venu également déposer en sa faveur. M. Guyot s'exprimait en ces termes sur l'efficacité de sa méthode, qui consiste à administrer 3 à 12 centilitres d'alcool potable : « J'espère, je crois, que nous pourrons arrêter, anéantir à son début un accès de fièvre intermittente déclaré, et, si nous faisons cela, j'espère, je crois, que nous aurons acquis du même coup la base d'une médication efficace dans toutes les fièvres d'intoxication, qu'elles soient bénignes, pernicieuses ou foudroyantes. »

M. Leriche a expérimenté cette méthode, et les résultats de ses essais se trouvent malheureusement en contradiction flagrante avec les espérances de M. Guyot.

Treize malades ont été soumis à l'usage de l'alcool à 55 degrés sans aucune addition, ni de sucre, ni de substance aromatique. La dose a été, pour tous, de 90 grammes, dont 60 grammes au moment du frisson, et, cinq minutes après, les derniers 30 grammes. Trois de ces malades en ont pris trois fois ; cinq, quatre fois, et cinq autres, cinq fois.

Toutes ces fièvres étaient des fièvres tierces. Chez la moitié des sujets, le frisson a été moins long, ainsi que l'accès de fièvre en général. La période de froid n'a, chez aucun, duré moins d'une heure. Quatre de ces malades avaient la fièvre pour la deuxième fois, et les neuf autres pour la première fois. Aucun n'a été guéri. (*Gazette médicale de Lyon*, 1861, n° 4.)

**De l'absorption des molécules cuivreuses chez les horlogers,** par M. le docteur Perron.

Contrairement à une opinion qui semble prévaloir récemment, M. Perron ne croit pas que le séjour dans une atmosphère chargée de molécules cuivreuses soit exempt d'inconvénients graves. Les faits qu'il a observés à Besançon, où l'industrie des montres a pris, depuis quelques années, une importance considérable, l'ont, au contraire, convaincu que l'action d'une pareille atmosphère est extrêmement nuisible.

Besançon compte aujourd'hui près de 300 ateliers d'horlogerie, qui occupent plus de 3,000 ouvriers, polisseurs, finisseurs, repasseurs, remonteurs, arrondisseurs, monteurs de boîtes, graveurs, guillocheurs, etc., tous manipulant sans cesse du cuivre ou de l'or.

Ces ouvriers, d'après une statistique très exacte faite par le docteur Janson pour les années 1858 et 1859, et par M. Perron pour l'année 1860, fournissent une mortalité effrayante par la phthisie. Ainsi, pour 200 décès dans la fabrique, on en compte 127 par tuberculisation pulmonaire. Et, sur 86 décès par phthisie pulmonaire dans la population civile, l'horlogerie, pour sa part, en compte 36 ou 42 pour 100. Or, le chiffre officiel des horlogers, pour les années sur lesquelles porte la statistique, est de 2,000, et la population totale de 45,000.

En recherchant les causes de cette énorme proportion de phthisiques parmi les horlogers, M. Perron est arrivé à reconnaître les suivantes : 1° la vie sédentaire que mène l'artiste, son travail à froid et sans exercice ; 2° l'irritation produite à chaque instant sur les poumons, qui deviennent par ce fait le point d'attaque du molimen inflammatoire ; 3° les accidents fébriles déterminés par l'ingestion du cuivre ou de ses composés.

Cette dernière série d'accidents a surtout attiré l'attention de M. Perron.

« Les horlogers, dit-il, ont le pouls fréquent, la peau chaude et la gorge sèche, et sont généralement très altérés. Bon nombre d'entre eux se plaignent de douleurs à l'épigastre, aux reins, à la tête ; beaucoup sont sujets aux indigestions, aux entérites, à la diarrhée, quelques-uns seulement ressentent des picotements et de la constriction au pharynx. Presque tous ont les dents maculées d'un vert plus ou moins foncé facile à constater. Si les plombiers ont les dents noires, nos ouvriers les ont bronzées ; c'est là un caractère indélébile et bien accusé ; les mucosités gingivales laissent déposer cet enduit en se desséchant ; on l'enlève assez difficilement par le raclage, et l'on aperçoit au-dessous l'émail de la dent, qui est d'un jaune sale, terreux, tirant sur le vert. »

Ces accidents sont particulièrement ressentis pendant l'apprentissage, alors que l'élève est presque exclusivement exercé à limer du cuivre. Chez le plus grand nombre, après un travail de quelques mois, une espèce d'accoutumance arrive, et le malaise semble disparaître plus ou moins. Cependant il reste, chez la plupart, des douleurs qu'ils attribuent, soit au travail prolongé et fatigant de l'établi, soit à une fausse position, soit enfin à l'action du cuivre. Après un travail d'une huitaine de jours, ils sentent leurs jambes s'engourdir, et ils éprouvent l'irrésistible besoin de marcher, de courir. Il en est même qui sont obligés de quitter la profession, soit par suite de la persistance des névralgies, soit à cause de l'intensité des troubles gastriques.

Parfois les accidents sont plus aigus et l'empoisonnement mieux caractérisé. L'ouvrier est pris d'une violente colique, avec anxiété, fièvre ardente, soif vive, sifflements dans les oreilles, etc. ; quelquefois avec des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. Malgré leur apparente gravité, ces symptômes se dissipent promptement après vingt-quatre ou trente-six heures, et c'est en cela qu'ils diffèrent ordinairement de l'embarras gastrique fébrile, qui dure davantage. L'acuité des accidents toxiques ne saurait dépasser ces limites, vu qu'ils résultent de l'absorption nécessairement peu considérable du *verdet* qui se forme insensiblement au contact des tissus.

Chez les horlogers, la nutrition se fait mal ; ils ont, en général, les membres grêles, la figure sèche ou bouffie, le regard morne et le teint blême ; les femmes qu'on voue, dès l'enfance, à l'établi deviennent pâles ou sont colorées aux pommettes, et leur gorge s'atrophie.

Ainsi le cuivre prédispose à la phthisie autant par son absorption à faible dose que par une action topique et *directe ; c'est* par la répétition des accidents toxiques et des mouvements *fébriles*, si légers qu'on les suppose, qu'il amène l'épuisement et la cachexie.

Ces intoxications successives, dit l'auteur en terminant, rendent nécessaires les exercices corporels, la fatigue même, et légitiment l'emploi fréquent des médicaments évacuants et sudorifiques.

Elles doivent faire interdire formellement la manipulation du cuivre, comme des métaux en général, à tous ceux qui sont maigres et excitables, d'un tempérament sec et bilieux, et qui ont disposition congénitale ou acquise à la tuberculisation pulmonaire.

On préviendra cette affection par l'usage d'aliments succulents et de boissons toniques, par l'aération quotidienne des ateliers, par une grande propreté et l'emploi fréquent des bains tièdes, par le port de la moustache, etc. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, n° 10, année 1860.)

---

## VI

## VARIÉTÉS.

M. le docteur Villers, médecin de 1re classe de la marine, en retraite, tout récemment nommé second inspecteur-adjoint aux thermes de Luchon, vient de mourir dans cette station thermale.

— Par décret en date du 25 juin dernier, M. le docteur F. Courot, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare.

— Par arrêtés du 7 août 1861, M. le docteur Guépin est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Bordeaux, en remplacement de M. Segay, démissionnaire.

— M. le docteur Arthur Decès, professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de Reims, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. J.-B.-L. Decès, démissionnaire.

---

*Le Rédacteur-en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 23 AOUT 1861. N° 34.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Décrets impériaux. — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine : Discussion sur la morve. — **II. Histoire et critique.** Quelques documents concernant l'historique des gangrènes diabétiques. — **III. Travaux originaux.** Exostose sous-unguéale. Opération. Guérison. — **IV. Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **V. Bibliographie.** Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants. — **VI. Feuilleton.** Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière. — **VII. Variétés.**

## PARTIE OFFICIELLE.

Par divers décrets en date du 13 août 1861, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur :

MM. Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris ; Geoffroy Saint-Hilaire, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Au grade d'officier :

MM. Laugier, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Louvet-Lamarre, médecin de la maison impériale Napoléon-des-Loges ; Robinet, président de l'Académie impériale de médecine.

Au grade de chevalier :

MM. Bassereau, Bauchet, Berthelot, Bousson, Constans, Dechambre, De Kergaradec, Devilliers, Duméril, Gerdy (Vulfranc), Hillairet, Moulin, Nivet, J. Regnauld.

Bourbon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

— Ont été également nommés Chevaliers :

MM. Bardinet, à Limoges ; Blondlot, à Nancy ; Bourgeois, à Étampes ; Cornuau, à Châteauroux ; Danvin, à Saint-Pol ; François, à Abbeville ; Huet, à Écouen ; Rameaux, à Strasbourg ; Renaudin, à Dijon ; Revel, à Chambéry ; Schnepp, à Alexandrie ; Teissier, à Lyon ; Trumet de Fontarce, à Troyes ; Vernière, au Mont-Dore.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Au grade d'officier :

MM. Ély (Charles), médecin-major de 2e classe ; Ehrmann (Charles-Albert) ; Guiliano (dit Castano) ; Lagrave, médecin principal à l'École polytechnique ; Lambert (Julien-Pierre) ; Larivière (Achille-Vincent) ; Masnou, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier :

MM. Latil, Libermann, Maître, médecins-majors de 1re classe ; Blondeau, Dauvais, Didiot, Eychenne, Thierry de Maugras, médecins-majors de 2e classe ; Dupuis, Leprieur, Ollivier, pharmaciens majors de 1re classe.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 22 août 1861.

*Académie de médecine :* DISCUSSION SUR LA MORVE.

Nous avons entendu, sur la question de la morve, MM. Le-

## FEUILLETON.

**Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière**, adressé à M. le sénateur préfet de la Seine par M. GIRARD DE CAILLEUX, inspecteur général du service des aliénés de la Seine.

DISTRIBUTION DES MALADES DE LA SEINE DANS LES HOSPICES DE LA VIEILLESSE.

(Suite. — Voir le numéro 33.)

Les dortoirs sont trop populeux, et n'offrent pas aux malades qui les habitent la quantité d'air voulue par l'hygiène. Celui qui se trouve sous les combles présente au plus haut degré, outre l'inconvénient signalé ci-dessus, le grave défaut, commun à tous les combles, d'être trop chaud en été et trop froid en hiver. Le dortoir du troisième étage, particulièrement affecté aux vieilles femmes atteintes de paralysie, sert en même temps de salle de travail et de réfectoire, afin d'éviter les accidents qui résultent de chutes graves dans les escaliers, mais empêche ainsi les aliénées qui l'habitent de se livrer en plein air à un exercice utile et favorable.

On trouve encore au rez-de-chaussée, dans les bâtiments qui s'ouvrent sur une vaste cour plantée d'arbres, et qui complète le parallélogramme décrit ci-dessus : un dortoir de gâteuses insuffisamment spacieux et insuffisamment ventilé, où il n'existe qu'une rangée de lits. (Ce dortoir ouvre sur le préau commun.)

Ainsi gâteuses, paisibles et semi-paisibles, quoique en général séparées dans des dortoirs spéciaux, se promènent dans un même espace : vice évident de classification. De plus, par suite d'une disproportion entre l'étendue des salles et la population anormalement accrue, on trouve éparses dans leurs dortoirs des malades paralytiques ou gâteuses, qui devraient être concentrées dans leur infirmerie.

La section des agitées et semi-agitées se compose de vingt-cinq cellules, qui sont presque toujours occupées pendant la nuit, et qui s'ouvrent sur un préau qui leur est propre. Le nombre des ma-

blanc et Delafond; et, en conscience, nous ne nous trouvons guère plus avancé qu'auparavant.

C'était surtout M. Leblanc que nous désirions voir monter à la tribune, où nous l'avions même appelé nominativement, parce que nous croyions savoir qu'il professait des opinions analogues à celles de M. J. Guérin, relativement aux *ébauches* de la morve — mot assez impropre, par parenthèse; car, dans une ébauche, toutes les lignes principales de la figure sont indiquées quoique non *finies*, tandis que la morve ébauchée de M. Guérin ne renferme qu'un ou plusieurs traits, mais des traits finis, entiers, de la maladie : le jetage, le glandage, une petite ulcération, un abcès, etc. — Qu'a donc dit M. Leblanc? D'abord, qu'il y a une relation entre les formes et les *degrés* de la morve et sa curabilité; puis, plus tard, sur une interpellation précise de M. Malgaigne, que la morve n'admet pas de *degrés*, mais seulement des *nuances*. M. Guérin ayant parlé, et nous avec lui, d'une *échelle* de manifestations morveuses, nous pourrions tenir M. Leblanc pour notre adversaire commun; sans degrés, pas d'échelle. Mais il y a évidemment ici malentendu; sans quoi on ne voit pas ce qu'auraient à faire ici les nuances. Ce qui nous paraît bien vraisemblable, c'est que M. Leblanc, se méprenant sur le sens de la question de M. Malgaigne, comme sur la valeur des mots, a cru qu'on opposait sa doctrine des degrés de la morve à son principe d'une morve une et indivisible. En disant que la morve n'a pas de degrés, il aura voulu sauver son *unicité;* — un autre mot qui a traversé toute la discussion sans être relevé, bien qu'il soit un franc barbarisme, l'*unicité* s'entendant d'une chose qui n'arrive qu'une fois, tandis que le fait d'être toujours identique avec soi-même s'appelle l'*unité*. — En définitive, M. Leblanc croit qu'il y a dans la morve des *nuances* d'intensité, et que ces nuances répondent à des nuances de curabilité. Voilà l'essentiel. Mais nous ne pouvons le dissimuler, cette argumentation, qui plaidait pour nous, ne nous a pas convaincu nous-même de notre bon droit. Vague dans la forme, faible dans le raisonnement, substituant presque toujours l'allégation simple à la démonstration, parsemée d'assertions étranges comme celle qui concerne la syphilis *spontanée*, elle ne peut avoir d'autre autorité que celle de la personne, et cela ne peut suffire dans l'espèce. Nous y avons remarqué d'ailleurs un passage où la question de la curabilité est détournée du sens où elle a été posée devant l'Académie. « Je n'ai pas vu guérir précisément la morve, a dit l'orateur, mais seulement des prodromes; et quand j'obtiens ce résultat par des mesures d'hygiène, je ne dis pas que j'ai guéri la morve, je dis que je l'ai prévenue. » Evidemment, ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Des prodromes de morve ne sont pas des morves légères, et M. Guérin, notamment, ne pourrait accepter cette scission entre le caractère essentiel des symptômes prodromiques et celui de la maladie confirmée, sans renier tout ce qu'il a écrit sur la période prémoritoire du choléra.

Quant à M. Delafond, il a, dans une élégante improvisation, prêté en tout point assistance à MM. Bouley et Renault. Il ne veut rien entendre à la morve ébauchée; il n'admet pas de degrés, non plus que de nuances, dans la curabilité de la maladie; il condamne aux plus graves et aux plus inexorables lésions viscérales tout animal qui porte quelque part un signe positif de morve.

En présence de cette unanimité de l'École d'Alfort, quel doit-être notre rôle? M. Guérin croit pouvoir tenir tête; c'est son affaire. Quant à nous, nous ne nous croyons pas scientifiquement ce droit. Comme notre confrère, nous sentons nos principes scientifiques en matière d'affections contagieuses un peu atteints par la déclaration univoque des professeurs de l'École vétérinaire; mais c'est une question de fait qui est ici en cause, et, sur ce terrain, la première condition pour prendre parti, c'est l'expérience pratique. N'ayant pas cette expérience, nous sentant même parfaitement incompétent, nous pouvons bien réserver la question, en appeler à d'autres écoles, à l'observation ultérieure; mais il nous paraîtrait peu convenable de nous réfugier dans une simple négation.

M. Guérin a vivement contesté l'interprétation donnée à une partie de son discours par M. Delafond. Nous devons à la vérité de reconnaître que, en effet, l'orateur n'a pas rigoureusement rendu la pensée de son adversaire; il le reconnaîtra certainement quand il y aura regardé de plus près. M. Guérin n'a pas assimilé la morve à la gourme; il a prétendu, au contraire, que la maladie qui, entre les mains de divers expérimentateurs, avait transmis par inoculation des affections *curables*, n'était pas la gourme, comme on l'avait cru, mais bien la morve.

A. Dechambre.

---

lades de ce genre s'élève à 57. On retrouve ici le vice que nous avons signalé dans la plupart des asiles, c'est-à-dire cette confusion des aliénées les plus violentes encore indisciplinables avec celles qui le sont moins et sont susceptibles d'être ramenées à la vie commune, et sur lesquelles l'agitation incoercible produit, par le contact, la voix et le regard, la plus funeste influence.

5° La cinquième section se compose : A. d'une salle d'admission s'ouvrant sur un préau commun aux gâteuses et aux aliénées atteintes de maladies incidentes; B. d'une infirmerie où sont placées les aliénées atteintes de maladies accidentelles; C. d'un dortoir pour les aliénées gâteuses séparées des premières par une salle de réunion servant en même temps de réfectoire. Cette salle, d'une dimension tout à fait insuffisante, présente un encombrement d'autant plus funeste qu'elle est habitée par la classe de ces infortunées qui exigent impérieusement le plus d'air et le plus d'espace. La double destination de cette salle comme réfectoire et comme lieu de réunion est également fâcheuse; D. d'un quartier d'agitées, composé de 39 cellules pour 288 malades; proportion évidemment exagérée, puisqu'elle établit une moyenne de 1 sur 7 au lieu de 1 sur 40; E. enfin d'un quartier de tranquilles et de semi-tranquilles, qui se compose de 8 cellules déjà comprises dans le chiffre précité, de dortoirs, d'un réfectoire et de deux salles de travail, évidemment insuffisantes pour la population qu'elles doivent contenir.

Ici, comme dans les autres sections, les classifications sont insuffisantes. La confusion dans un même quartier des nouvelles admises, des gâteuses et des aliénées atteintes d'affections accidentelles est déplorable. Le nombre des agitées est trop considérable, et la séparation des plus violentes d'entre elles de celles qui sont encore susceptibles d'une certaine discipline serait désirable, et permettrait de restreindre l'emploi de moyens coercitifs, dont on use d'ordinaire trop fréquemment.

La salle de réunion des gâteuses servant de réfectoire est insuffisante. Ces deux natures de service exigeraient une complète indépendance, et devraient être installées dans des locaux spéciaux La salle d'admission devrait occuper un quartier tout à fait isolé et

II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### QUELQUES DOCUMENTS CONCERNANT L'HISTORIQUE DES GANGRÈNES DIABÉTIQUES.

Nous réunissons dans la présente note les quelques documents relatifs à l'historique des gangrènes diabétiques, annoncés par un article du dernier numéro de ce journal (voir la *Gazette hebdomadaire*, août 1861, p. 524). Nous déclarons accepter pleinement la critique générale que la lecture de ces documents a suggérée à l'auteur de cet article ; aussi pourrons-nous nous borner ici, à peu près exclusivement, à une simple exposition de textes. Il nous paraît utile, toutefois, de présenter, au préalable, une remarque destinée principalement à éviter toute méprise concernant le but et le caractère de notre travail. La relation qui existe entre le diabète d'une part et certaines affections inflammatoires ou gangréneuses de l'autre a été entrevue et même quelquefois signalée d'une manière assez explicite par plusieurs auteurs avant 1852 ; nos documents mettront, à ce qu'il nous semble, hors de doute ce point d'historique. Or, quoi de plus juste et de plus équitable que de tirer de l'oubli dont ils semblaient menacés, même dans le pays où ils ont paru, les premiers travaux où cette relation pathologique se trouve indiquée ? D'ailleurs, il n'était pas sans intérêt de grossir, puisque faire se pouvait, le nombre des cas actuellement connus et invoqués, et de multiplier ainsi les éléments de critique. Tel est, en définitive, le double but que nous nous sommes proposé. Si, après cela, nous plaçant à un autre point de vue et envisageant la question des gangrènes diabétiques dans l'état de développement où les recherches récentes l'ont porté, nous nous étions donné la mission délicate de déterminer quelle part de mérite revient à chacun des auteurs qui ont contribué à élargir et à fixer ce point de la science nous aurions été le premier à reconnaître et à proclamer hautement l'importance des travaux publiés en France, depuis 1852, par MM. Marchal (de Calvi), Champouillon, Landouzy, Musset, Dechambre, Dionis des Carrières et quelques autres ; nous nous serions empressé surtout de faire ressortir comment l'histoire des gangrènes diabétiques, d'ailleurs presque à l'état d'ébauche, était, en Angleterre, pour ainsi dire tombée en désuétude, et en France, — si nous ne nous trompons, — à peu près inconnue à l'époque où M. Marchal (de Calvi) en a fait l'objet de ses études.

Nous terminerons ces remarques préliminaires en recommandant à l'attention du lecteur un excellent travail de M. Griesinger auquel nous avons fait de nombreux emprunts ; ce travail renferme plusieurs faits cliniques originaux, et il est riche d'indications bibliographiques remarquables par leur exactitude. Il a été publié dans les *Archives de Wunderlich* pour 1859 (*Archiv fuer physiologische Heilkunde*, 1859, I. Heft., p. 22 et sequ.).

Nos documents seront groupés en trois catégories, qui répondent à chacune des formes principales sous lesquelles la gangrène peut se montrer liée au diabète.

§ I. *Phlegmon diffus.* — Dans un mémoire très justement estimé, présenté par A. Duncan à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, en juillet et août 1823 (1), on trouve la relation de deux cas où un phlegmon diffus, terminé par gangrène, s'est déclaré à la suite d'une saignée, chez des individus atteints de diabète sucré. Ces deux observations, fort intéressantes, méritent d'être reproduites dans leurs principaux détails.

Obs. I (2). — Hugh-Snell, âgé de soixante ans, était atteint de diabète depuis plus d'un an, lorsqu'il fut saigné à l'infirmerie royale, le 8 janvier 1820.

Le 12, il se plaignit pour la première fois d'une douleur dans le bras droit, lequel était enflammé à l'endroit de la piqûre. *Un furoncle existait en outre sur le coude de ce même bras, depuis le 6 janvier, et suppurait encore.* — Le lendemain, 13 janvier, le malade avait eu une insomnie complète par suite de la douleur ; le bras était fortement tendu et gonflé.

Le 14, le bras est gonflé tant au-dessus qu'au-dessous du coude. On n'y remarque pas les lignes rouges qui caractérisent l'inflammation des vaisseaux absorbants : le dos du poignet et le pouce sont également fort tuméfiés. Il y avait une céphalalgie violente ; *les symptômes relatifs au diabète ne subissent aucun amendement.* — Application de douze sangsues ; cataplasmes émollients ; lotions saturnines.

Le 15, il y a du soulagement ; la nuit a été meilleure. L'inflammation du bras paraît moindre, mais la tuméfaction a gagné l'épaule. Pouls, 104 ; température, 99° F. Langue blanche ; urines : P. S. 1038. — Douze sangsues sont appliquées de nouveau, cette fois sur l'épaule. Lotions saturnines.

Le 16, pas de sommeil : la douleur est très vive. La tuméfaction s'étend depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité des doigts. — 120 pulsations ; urines : P. S. 1029. — Céphalalgie, lipothymies.

Le 17, douze sangsues sont appliquées sur la région des muscles pectoraux. Pas de sommeil. Le gonflement a augmenté. *Une bulle de couleur sombre s'est développée au voisinage du coude, et il y a une vésication générale de la surface du bras ;* œdème de la main, et tension de la région pectorale s'étendant jusqu'à l'épigastre. — Pouls, 100, petit ; chaleur, 97° F. ; langue sèche. — Le malade expire tranquillement peu après la visite.

*Nécroscopie*, quarante-six heures après la mort. La plaie faite par la lancette est béante et pourrait recevoir une sonde ; *mais il n'y a pas d'inflammation de la veine, pas d'épaississement de ses parois. La cavité de la veine ne contient ni lymphe coagulable, ni pus. Le tissu cellulaire du bras est universellement frappé de gangrène, distendu par un liquide sanieux.* Les fibres musculaires ont une teinte noire ; elles sont friables. *La gangrène* s'étend dans la région des muscles pectoraux et s'arrête brusquement à la ligne médiane. Pas de tubercules pulmonaires. Rien de particulier n'a été remarqué soit dans les reins, soit dans les

(1) *Cases of Diffuse Inflammation of the Cellular Texture, with the Appearances on Dissection and Observations*, by A. Duncan, in *Transactions of the Medico-Chirurgical Society*, Edinburgh, 1824.

(2) C'est très vraisemblablement à l'un des deux cas que nous reproduisons que le docteur Hodgkin fait allusion dans le travail dont M. le docteur Marchal (de Calvi) a donné l'analyse (*Union médicale*, n° 97, p. 290).

---

distinct, car c'est un quartier d'épreuve. Il ne faudrait même pas exposer un individu dont la folie n'est point officiellement constatée à ce mélange intime avec les malheureux malades dont l'intelligence est le plus profondément dégradée. L'expérience de tous les jours ne démontre-t-elle pas que l'on confond quelquefois un simple affaiblissement nerveux avec la folie, ce qui doit être soigneusement évité ?

Les agitées n'ont pour toute salle de réunion et pour réfectoire qu'un long corridor étroit et peu spacieux, où elles se heurtent et se coudoient pendant les jours froids et pluvieux. Aucun promenoir couvert ne leur permet d'exhaler librement, en plein air, leur exubérante et pétulante activité. Aussi, dans un pareil état de choses, n'est-il pas étonnant qu'on se voie trop souvent obligé de recourir à des moyens de contrainte : fauteuils de force et camisole, dont le savant médecin de cette section reconnaît les inconvénients et blâme l'usage.

Il est affligeant de voir, dans toutes les sections, la dissémination d'un certain nombre d'aliénés épileptiques. Cette situation, due à l'encombrement du quartier des épileptiques, devrait cesser promptement. Il est fâcheux de constater aussi, quoiqu'à un moindre degré, dans toutes les sections, le mélange des filles inscrites avec les autres malades. Cette confusion déplorable révolte la morale et porte atteinte à la dignité des familles pauvres, mais honorables, chez lesquelles, le plus souvent, le malheur a produit la folie, tandis que l'aliénation des premières est le résultat presque certain de la débauche et d'une vie licencieuse.

Les deux états annexés vous feront connaître qu'à Bicêtre, ainsi qu'à la ferme Sainte-Anne, le *volume d'air respirable* est insuffisant. Ainsi, s'il est des cellules à Bicêtre qui procurent aux malades un volume d'air de 33$^{mc}$,40, il est aussi de nombreuses localités qui ne fournissent à la respiration que 14, 12, 10 et même 9 mètres cubes d'air ! Cet état de choses est encore plus déplorable à la Salpêtrière, puisque le volume d'air se réduit, dans certains dortoirs, à 7$^{mc}$,78 !! En étudiant cette cruelle situation, on comprend parfaitement comment l'administration de l'assistance

vaisseaux rénaux. Les glandes mésentériques sont molles et caséeuses. L'estomac est très distendu, ses parois sont très épaissies. La rate est plus petite qu'à l'état normal; foie sain; vésicule biliaire vide. L'omentum est transparent. En général, le tissu graisseux des diverses parties du corps est peu abondant, ainsi que cela a lieu généralement dans le diabète. Il existe un petit polype dans l'oreillette droite du cœur; en ce point et à l'origine de l'aorte, les parois vasculaires présentent une teinte rouge qui paraît résulter de l'imbibition sanguine, *post mortem*.

Obs. II. — Ann Ralston, âgée de vingt-huit ans, affectée pendant longtemps d'une série d'abcès scrofuleux, fut admise à l'hôpital le 8 mai 1821; elle présentait alors une tuméfaction élastique de l'abdomen. Le 12 mai, elle se trouvait déjà beaucoup mieux qu'elle ne l'avait été depuis près de deux ans.

Le 13 mai, *tout à coup les urines se montrent abondantes. Rares, fortement colorées, et douées d'une odeur urineuse très prononcée à l'époque de l'admission, ces urines devinrent alors pâles, dépourvues d'odeur et de saveur urineuses, et donnèrent pour poids spécifique* 1036. *Par l'évaporation, on en obtint un extrait saccharin.*

Le 23, cette malade fut saignée au bras droit: le sérum, ainsi que cela a lieu habituellement chez les diabétiques, avait l'apparence laiteuse.

Le 25, la nuit a été bonne: pouls, 92; peu de soif, bon appétit. — On prescrit 1/2 once d'infusion de digitale à prendre trois fois par jour.

Le 26, pendant la nuit, il se manifeste de la douleur au pli du bras droit, là où la saignée a été pratiquée; en même temps, il y a du malaise et des vomissements qui persistent jusqu'au matin de manière à empêcher le sommeil. On remarque un peu de rougeur et un gonflement diffus, et on constate qu'il existe une grande sensibilité au pourtour de l'incision — Pouls, 120, très plein; point d'appétit, soif intense. — Douze sangsues sur le bras, cataplasmes, lotions avec l'acétate de plomb.

Le 27, la nuit a été mauvaise à cause de la douleur du pli du bras. Le gonflement est un peu plus prononcé; la rougeur cependant est peu marquée. Les veines et les vaisseaux lymphatiques ne paraissent pas être affectés. La plaie produite par la lancette semble être complétement cicatrisée. Il y a toujours des envies de vomir. — Pouls, 112. — On prescrit une saignée de l'autre bras; l'extraction du sang détermine une grande faiblesse et n'amène aucun soulagement. Le sang est très couenneux.

Le 28, la douleur s'étend à l'épaule, le bras est plus enflé; il s'écoule un peu d'ichor de la piqûre de lancette; vomituritions fréquentes. Pouls, 118; température, 101 F. Les urines sont rares et troubles, mais sans odeur urineuse. — Un grain d'opium, vin de Porto, lotions froides.

Le 29, mauvaise nuit; la douleur a été continuelle. Le gonflement du bras est plus prononcé; il y a une rougeur évidente au poignet. Le gonflement s'étend sans rougeur sur la partie supérieure de la poitrine jusqu'au sternum et au mamelon; il y a peu de tension et de sensibilité. *Une large ampoule, entourée d'une zone livide, s'est formée pendant la nuit sur la partie externe du bras; la peau sous-jacente est blanche et n'est pas sensible à la piqûre d'une aiguille.* D'autres ampoules de moindre dimension existent en outre sur diverses autres parties du bras, et s'accompagnent aussi d'une décoloration partielle du tégument; mais la plaie produite par la lancette n'est pas particulièrement affectée. L'urine est chargée d'un sédiment jaune épais; elle a une saveur saline, nullement sucrée.

Le 30, la douleur du bras paraît moindre; il y a de la somnolence. Il ne s'est point formé de nouvelles ampoules; celles qui existaient antérieurement ont crevé, *et la peau qu'elles recouvraient est insensible.* Pouls, 120. La tuméfaction a gagné la poitrine, ce qui rend la respiration pénible; anxiété, hoquets fréquents. — Vingt sangsues sont appliquées sur l'épaule et la poitrine; opium.

Le 31, insomnie, gémissements. Du pus s'écoule de la piqûre de lancette. *Les parties de la peau où siégeaient les ampoules sont livides.* Le bras n'est pas plus gonflé, mais sur les parois tuméfiées du thorax il y a de la fluctuation. Les veines de la mamelle sont d'un bleu foncé. La respiration est lente et laborieuse, le front est couvert d'une sueur froide; facies hippocratique, extrémités froides. Pouls, 120 très petit, faible et intermittent. Une déjection noirâtre et peu abondante; urines foncées et troubles. La malade succombe dans le courant de la journée.

*Nécroscopie* faite le 2 juin à huit heures du matin. — *A l'extérieur sur le sternum et sur les deux clavicules, principalement sur la droite, on observe une coloration livide et de nombreuses ampoules. La même teinte livide et une vaste ampoule se sont produites également sur le côté de la poitrine. Teinte livide et ampoules sur l'épaule droite et jusque sur la région du dos.* En enlevant les téguments du bras il s'écoule une quantité considérable de sérosité; on trouve une certaine quantité de pus infiltré çà et là dans la membrane celluleuse sous-cutanée, qui renferme encore de la graisse. Les muscles du bras et de la poitrine paraissent être le siége principal de la maladie. *Le biceps et le grand pectoral sont presque noirs et dans un état voisin de la gangrène. Leur texture est tellement altérée que, dans quelques points, on peut les rompre par la seule pression des doigts.* Cela était surtout marqué pour le grand pectoral. Le petit pectoral était aussi légèrement altéré à sa surface. La veine dans toute son étendue était parfaitement saine et paraissait n'avoir nullement participé à l'altération des parties ambiantes. Les organes thoraciques sont sains. Les viscères abdominaux sont sains également, à l'exception peut-être des reins que quelques personnes trouvent plus volumineux qu'à l'état normal. Le cœur est tout à fait sain; seulement on trouve tant dans l'oreillette que dans le ventricule droit, un volumineux polype qui pénètre dans l'artère pulmonaire.

Il ne faudrait pas croire que Duncan ait méconnu l'intérêt particulier qui s'attache aux deux cas précédents. En effet, dans le chapitre de son travail où, se fondant sur ses observations, il aborde l'étude des *causes prédisposantes de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire*, il ne manque pas de faire remarquer expressément la préexistence du diabète sucré chez deux de ses malades. « Il » est un fait, dit-il (1), bien digne d'être noté, c'est que les deux » premiers sujets que j'ai perdus par suite de la mortification » du bras, Snell (obs. I) et Ralston (obs. *II*), étaient tous deux affectés de *diabetes mellitus* et présentaient tous deux la constitution » dite scrofuleuse. »

L'observation qui va suivre fait partie d'un *Mémoire sur le diabète sucré*, publié en 1844 par M. le docteur Vogt, de Berne (2). Elle est intéressante à plusieurs titres: on y voit, entre autres, de nombreux furoncles se manifester à plusieurs reprises dans les premières périodes, et peut-être même avant le début du diabète; puis, à une certaine époque, un phlegmon diffus se déclare à la partie postérieure de la cuisse droite sans avoir été provoqué cette

(1) *Loc. cit.*, p. 590.

(2) *Einige Beobachtungen und Bemerkungen über die honigartige Harnruhr*, von Dr, Pr Vogt, in Bern, — in *Zeitschrift für Rationelle Medicin*, 1er Bd., Zurich, 1844.

---

publique, animée de l'amour du bien, s'est vue, en quelque sorte, forcée de recourir à un douloureux expédient pour éviter un plus grand mal: je veux parler des translations. Mais quand on étudie d'un autre côté, les conditions où se trouvent placés les malheureux transférés, on se pénètre bientôt profondément de la nécessité d'une prompte et radicale réforme.

Les *eaux* arrivent en abondance dans les deux asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, au moyen de puits et de concessions obtenues auprès de la Compagnie des eaux de la Seine. Les premières servent à la satisfaction des besoins domestiques, et les autres à celle des besoins alimentaires et de la pharmacie.

Les salles de *bains* sont en nombre insuffisant, puisque la troisième section, à Bicêtre, en est complétement dépourvue, ainsi que la section des enfants à la Salpêtrière, et qu'il n'existe à Sainte-Anne que deux baignoires. Ces salles de bains fonctionnent cependant de manière à administrer à Bicêtre environ 30 bains de propreté, et 79 à la Salpêtrière. Dans ce nombre ne sont compris ni les bains, qui sont l'objet d'une prescription spéciale ou pharmaceutique, ni les bains de pieds.

La superficie totale des *terrains* occupés par les deux établissements de Bicêtre et de la Salpêtrière, y compris les cours, les jardins et les bâtiments, est d'environ 44 hectares, dont 13 hectares pour Bicêtre et 31 pour la Salpêtrière. Si l'on déduit des 13 hectares de Bicêtre les 3 hectares environ pour l'assiette des bâtiments et l'étendue des cours, il ne reste disponible en sol cultivable que 10 hectares de terrain, chiffre évidemment insuffisant pour donner, en plein air, à l'activité exubérante des aliénés un but favorable. Cette insuffisance existerait encore, quand même on ajouterait à ce chiffre et les 8 hectares que mesure un terrain dont la réunion à l'hospice aura lieu prochainement pour être livré à la culture maraîchère, et les terrains disponibles sur les 5 hectares qu'occupe la ferme de Sainte-Anne. Ce défaut d'espace explique en partie l'inaction fâcheuse d'un grand nombre d'hommes aliénés qui consument, dans une activité désordonnée, des forces précieuses, et perdent de plus en plus toutes chances de guérison ou d'amélioration.

Si, des 11 hectares qui forment la superficie du sol de la Salpêtrière, on en retranche 5 pour bâtiments et cours, il reste 26 hec-

fois par une lésion traumatique. La suppuration est rapide, abondante; le pus entraîne avec lui de *volumineux lambeaux de tissu cellulaire mortifié*. Cependant le malade se rétablit; mais bientôt un nouvel érysipèle phlegmoneux se manifeste à la région parotidienne gauche, et se termine encore par la guérison. Enfin la mort survient, et l'on trouve à l'autopsie trois foyers de suppuration : l'un d'eux existe dans l'épaisseur du muscle psoas droit, le deuxième siége derrière la prostate, le troisième enfin occupe la partie centrale du sommet d'un des poumons; il est douteux si ce dernier est bien un abcès proprement dit ou bien une vomique résultant de la fonte de dépôts tuberculeux. Cette observation est fort détaillée dans le mémoire original; nous en donnerons seulement un abrégé :

Obs. III. — Schar Ulrich, âgé de cinquante ans, cultivateur, autrefois très vigoureux et se nourrissant bien, mais sujet à d'abondantes *éruptions furonculeuses*, commença à tousser et à maigrir pendant le printemps de 1841. Depuis cette *époque les éruptions de furoncles* se répétèrent plusieurs fois. Elles étaient accompagnées et précédées chaque fois de courbature et de fièvre. L'existence du diabète fut constatée positivement pour la première fois, seulement pendant l'automne de la même année. A partir de cette époque, *des furoncles parurent encore plusieurs fois*. Ce malade fut admis définitivement à l'hôpital le 13 janvier 1842, et, lors de son entrée, l'existence du diabète fut de nouveau constatée. Dans les premiers jours du mois d'août, frissons erratiques avec sentiment de faiblesse dans les membres, diminution de l'appétit, langue chargée. Ces accidents se reproduisent plusieurs fois pendant une quinzaine ; enfin il se développe sur la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse droite *un pseudo-érysipèle* qui bientôt s'étend d'un côté jusqu'à la tubérosité sciatique et de l'autre jusqu'à l'articulation du genou : la suppuration s'établit très rapidement et devint très abondante ; elle entraînait *de volumineux lambeaux de tissu cellulaire mortifié*. Pendant ce temps l'amaigrissement se prononçait de plus en plus, ainsi que la faiblesse ; il y avait du délire la nuit. A cette époque les urines devinrent troubles, foncées, et le sucre s'y montra en moindre quantité que cela n'avait lieu auparavant. Vers la fin du mois d'avril, l'état du malade s'améliora ; la suppuration de la cuisse diminua progressivement et la peau décollée dans une grande étendue se réunit aux parties sous-jacentes. Au commencement du mois de mai, des frissons se manifestent de nouveau, et bientôt il se produit un gonflement considérable de la région parotidienne gauche, évidemment de nature *pseudo-érysipélateuse*, et où la suppuration se produit rapidement. L'amendement qui s'était montré un instant, fait alors place à une prostration et à un amaigrissement extrêmes. Depuis le début de ces nouveaux accidents jusque vers le 17 mai, les urines sont examinées attentivement jour par jour, et l'on constate que le sucre diminue et même cesse un moment d'exister au moment où la suppuration était le plus abondante. Le 17, les urines avaient repris le poids spécifique de 1,033, et les réactifs y décelaient l'existence d'une grande quantité de sucre. En même temps l'état général s'était très manifestement amélioré ; les forces et l'appétit avaient reparu ; enfin la suppuration de la région parotidienne avait diminué d'une manière notable.

Cette amélioration ne fut que de courte durée. Le 21 mai, un frisson violent de plusieurs heures de durée se déclara, suivi de chaleur mais non de sueurs. Alors la suppuration parotidienne diminua, mais cependant ne se tarit pas complètement. Le lendemain on ne remarqua pas autre chose qu'une grande faiblesse ; toutefois la soif et la quantité des urines diminuèrent très notablement. Celles-ci, bien qu'elles continuassent à contenir du sucre, ne présentèrent bientôt plus qu'un poids de 1,0198. Amaigrissement poussé à l'extrême. Pendant toute la durée de ce mois, le malade avait fréquemment éprouvé des quintes de toux violentes suivies d'expectoration muqueuse ; il s'était plaint à plusieurs reprises de points de côté dans la poitrine. Cependant l'auscultation ne fit pendant longtemps découvrir rien autre chose que des râles muqueux disséminés. Le 8 juin, faiblesse extrême, délire nocturne. Sous la clavicule droite, on découvre par la percussion, de l'obscurité du son, et par l'auscultation, dans le même point de la bronchophonie Le malade succombe le 13 juin.

*Autopsie* faite vingt-quatre heures après la mort. — *Le phlegmon diffus qui avait occupé la cuisse droite est parfaitement guéri*. Seulement il existe au voisinage de la tubérosité sciatique un petit trajet fistuleux.—*Au cou*, la peau est très amincie dans une étendue de 1 centimètre et demi ; les parties profondes sont saines.—*Le cerveau* est très ramolli déjà par le fait de la putréfaction.—*Le cœur* est moins volumineux qu'à l'état normal, au moins d'un tiers ; il est sain d'ailleurs.—*Les poumons* sont sains dans toute leur étendue, à l'exception du poumon droit ; là il existe *une cavité* du volume d'un œuf de poule, tapissée par une membrane bien dessinée et qui renferme du pus mêlé à une masse d'une consistance caséeuse. Il est difficile de décider s'il s'agit ici d'une très ancienne caverne tuberculeuse ou d'un abcès proprement dit. Il est de fait qu'au pourtour de la cavité, la substance pulmonaire quelque peu infiltrée de sang, ne présente *pas traces de tubercules*. — *Dans l'épaisseur du muscle psoas droit*, on trouve un abcès enkysté, parfaitement clos, du volume d'un œuf d'oie. Un abcès analogue, mais plus petit, existe, à droite de la ligne médiane, derrière la prostate et communique avec le trajet fistuleux voisin de la tubérosité de l'ischion.— *Les reins, les capsules surrénales, les bassinets et les uretères, les artères et les veines rénales* ne présent aucune altération notable —*La membrane muqueuse vésicale*, dans le voisinage du col de la vessie, est érodé en plusieurs points ; dans l'intervalle des érosions, on rencontre des îlots de membrane muqueuse restés sains qui rappellent ce qu'on voit dans la dysenterie et la colite muqueuse. — *Le foie* est plus petit qu'à l'état normal, contracté comme dans la cirrhose à la période d'atrophie. Cependant il est anémique seulement, à l'intérieur, non granuleux. On trouve à sa partie périphérique çà et là quelques tractus cellulo-fibreux. — *La rate* volumineuse est ramollie à l'intérieur.

Quelques-unes des réflexions présentées par M. Vogt, à propos de ce cas, méritent d'être relevées. Il fait remarquer, par exemple, la disposition aux éruptions furonculeuses observée chez son malade. « *La connexité* (Verbindung), *dit-il, du diabète avec les affections furonculeuses a été déjà maintes fois observée, et Latham, entre autres, rapporte plusieurs cas de ce genre* (1). On a remarqué aussi, ajoute-t-il, chez les diabétiques, une *disposition particulière à l'érysipèle phlegmoneux;* et, à ce propos, il cite le travail de Duncan, dont il a été question plus haut. Quant aux foyers purulents multiples que la nécroscopie a fait découvrir chez ce sujet, ce n'étaient pas, suivant M. Vogt, — et nous partageons en cela sa manière de voir, — des abcès métastatiques consécutifs à la résorption purulente, mais seu-

(1) Latham, en effet, dans son *Traité du diabète* (*Facts and Opinions concerning Diabetes*, London, 1811), rapporte plusieurs observations où l'on voit des furoncles survenir chez des diabétiques.

---

tares qu'on pourrait utiliser au profit du travail des aliénés et des exercices en plein air, et combattre ainsi les inconvénients d'une vie trop sédentaire. Mais la nécessité ou plutôt la convenance de n'opérer aucun mélange entre les aliénés et les vieillards, et de ne pas confondre les malades des diverses sections, a paralysé l'application de toute idée de ce genre.

*On couche* trop tôt les aliénés dans la plupart des sections des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière. Ainsi, à Bicêtre, tous les malades se couchent à six heures et demie du soir, à l'exception des enfants, qui restent en classe jusqu'à sept heures et demie. Il en est à peu près de même à la Salpêtrière. Lors de mes visites des 23 et 25 octobre dernier, j'ai trouvé les malades couchées à six heures et demie du soir dans plusieurs sections, où les veillées n'étaient point encore commencées. Dans d'autres, un certain nombre de malades, indisposées ou faibles, étaient également couchées; mais la majorité était occupée à des travaux d'aiguille ; dans une salle de réunion bien éclairée et bien tenue, on se livrait au plaisir de la danse. Le piano était tenu par une malade qui jouait à la satisfaction des assistants et des acteurs. Cet exercice salutaire ne saurait être trop recommandé, lorsqu'il est pris avec mesure : il a pour effet, comme le reconnaît avec justesse la surveillante, d'amener un sommeil paisible et réparateur chez beaucoup de malades qui jusqu'alors en étaient privées. Il serait désirable qu'on en fît une plus large application dans les autres sections...

Tout en rendant hommage au talent des hommes distingués à qui sont confiées les importantes fonctions du service des aliénés de la Seine, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, je dois signaler des défectuosités qui tiennent à la nature même de l'organisation du service.

SERVICE MÉDICAL.

Il est incontestable que si la thérapeutique des maladies mentales bornait son action à la prescription de moyens pharmaceutiques, le service médical, tel qu'il existe aujourd'hui, suffirait aux besoins des aliénés traités dans les hôpitaux de la Seine. Des médecins, semblables à ceux des hôpitaux ordinaires, pourraient sans incon-

lement les vestiges de phlegmons analogues à ceux qui, pendant la vie, avaient occupé les parties extérieures du corps.

§ II. *Gangrène dite sénile.* — Le 1er février 1845, M. Carmichaël présenta à la Société pathologique de Dublin, des pièces provenant d'un sujet goutteux qui avait succombé par le fait d'une gangrène sénile ; la gangrène occupait, dans ce cas, la presque totalité de l'un des membres inférieurs. Le compte rendu de cette communication, publiée dans le *Dublin quarterly Journal* (t. II, 1846, p. 233) se termine ainsi qu'il suit : « *M. Carmichaël a vu* » *la gangrène sénile succéder au diabète sucré ; M. Adams a vu de* » *son côté un cas où cette affection s'était également déclarée chez un* » *diabétique ; M. H. Marsh a rencontré un autre fait du même genre.* » *Cette particularité n'a pas encore été notée par les auteurs. Existe-* » *t-il quelque connexion nécessaire* (any necessary connexion) *entre le* » *diabète et la gangrène sénile ? C'est un point qui reste à élucider par* » *des observations ultérieures.* » Si la question reste sans solution, elle est, on l'avouera, assez nettement posée ; c'était un premier jalon dont la trace paraît s'être perdue par la suite, puisqu'il n'en est pas fait mention dans le travail du docteur Hodgkin publié en 1852, et où il est assez longuement parlé de la gangrène qui succède au diabète.

§ III. *Furoncles et anthrax* (1). — Prout a consacré un assez long passage de son *Traité des maladies de l'estomac et des voies urinaires* (1840, p. 37) à l'étude des rapports qui existent entre le diabète et certaines affections cutanées, le furoncle et l'anthrax en particulier. On a déjà fait allusion à ce passage dans plusieurs écrits publiés récemment en France (2) ; il nous paraît mériter, en raison de son importance, d'être reproduit en entier. Il s'agit des causes excitantes du diabète :

« Une autre série de causes, dit Prout, ou plutôt d'affections » concomitantes du diabète, se compose de *certaines maladies de* » *la peau et du tissu cellulaire.* J'ai été témoin de plusieurs cas de » ce genre, et s'il m'était permis de déduire une règle générale de » mon expérience individuelle, je dirais *que le diabète succède* » *habituellement aux affections cutanées, et qu'il accompagne* (*ou* » *peut-être qu'il précède*) *les affections du tissu cellulaire.* C'est » ainsi que j'ai souvent entendu dire aux malades qu'ils avaient » été autrefois sujets à des éruptions sur diverses parties du corps, » mais que ces éruptions avaient disparu dès que l'affection dia- » bétique avait pris racine, tandis que je ne me souviens que d'un » seul cas dans lequel le diabète a coexisté avec une affection » cutanée d'une grande intensité.

» *Au contraire, le diabète accompagne très souvent* (*d'après mon* » *expérience personnelle, il faudrait dire toujours*), *les anthrax, les* » *furoncles et les abcès de mauvaise nature, qui se rapprochent des* » *anthrax. Ce fait a été signalé par plusieurs anciens auteurs* » (Cheselden's *Anatomy*, etc.) *Il présente une haute importance pour* » *les chirurgiens qui sont le plus souvent chargés du traitement de* » *ces maladies.*

» Il y a quelques années, un exemple intéressant de cette coïn- » cidence s'est présenté dans ma pratique : ce malade était un » homme d'un âge mûr, qui m'a assuré que depuis longtemps il » était sujet, à des intervalles d'une année ou deux, à des éruptions » furonculaires, et que l'un de ces furoncles, situé soit au dos, soit » à la nuque, se transformait presque toujours en anthrax. Pen- » dant ces accès, il rendait invariablement une quantité considé- » rable d'urine sucrée. Au moment où je le vis, il commençait à » se rétablir d'une de ces suppurations anthracoïdes, et les urines » étaient abondantes et fortement sucrées. Je le perdis de vue peu » de temps après, de sorte que je ne puis dire si, dans l'intervalle » de ces attaques, l'urine reprenait ses caractères normaux. Ce » malade m'a cependant affirmé, à plusieurs reprises, que la » quantité d'urine excrétée, au bout d'un certain espace de temps, » redevenait toujours normale. »

Voici maintenant un très curieux passage de l'*Anatomie* de Cheselden, indiqué par Prout : nous l'extrayons de la 10e édition de cet ouvrage, publiée à Londres en 1768 (1) : « Il se produit » quelquefois, dans cette membrane (la membrane adipeuse), une » sorte de gros furoncle ou d'anthrax qui donne une eschare (ou » bourbillon ? *a slough*) volumineuse, et produit un grand nombre » de pertuis à travers la peau, laquelle se mortifie et se détache » au bout d'un certain temps ; mais plus *longtemps on respecte* » l'eschare, plus la suppuration est abondante, *ce qui est tout à* » l'avantage du malade ; vers la fin de cette période, le pus est » coloré par du sang, et présente une odeur bilieuse absolument » comme celui qui provient des ulcères *du foie* ; *et, dans l'un et* » *l'autre cas, l'urine offre une saveur sucrée, comme dans le diabète.* » Ainsi, suivant Cheselden et Prout, les urines se montrent habituellement sucrées (très souvent, peut-être toujours, dit Prout) dans les cas où il existe des furoncles, des anthrax ou des abcès de mauvaise nature qui se rapprochent des anthrax. Il y a dans cette assertion une exagération évidente, ainsi que l'ont démontré

(1) Ce n'est pas sans restriction qu'on peut appliquer la dénomination d'*affections gangréneuses* aux furoncles et aux anthrax diabétiques. Ceux-ci, en effet, ne diffèrent pas sensiblement par leurs caractères extérieurs des furoncles et des anthrax indépendants du diabète.

(2) Voir Fritz, *Du diabète dans ses rapports avec la gangrène spontanée, et les affections inflammatoires et nécrosiques de la peau* (*Archives générales de médecine*, 1858, t. I, p. 199), — et Marchal (de Calvi), *Recherches historiques sur la gangrène diabétique*, in *Union médicale*, 1861, n° 89, p. 167.

(1) *The Anatomy of the Human Body*, by Cheselden, London, 1768, p. 139. Nous reproduisons le texte anglais, qui n'est pas sans présenter quelques obscurités :

« There is sometimes a large kind of boil or carbuncle in this membrane (the » membrana adiposa) which first makes a large slough and a number of small holes » through the skin which in time mortifies and casts off, but the longer the slough » is suffered to remain, the more it discharges, and the more advantage for the pa- » tient ; at the latter end of which case the matter has a bloody tincture, and a bi- » lious smell, exactly like what comes from ulcers in the liver ; and both these cases » are attended with sweet urine as in diabetes. »

---

vénient passer quelques heures dans leurs services, et suffire ensuite aux exigences de leur nombreuse clientèle. Mais le traitement des aliénés ne peut être assimilé à celui des malades ordinaires et ne consiste pas seulement dans de telles prescriptions. Il y a dans l'homme, et par conséquent dans l'aliéné, autre chose qu'un agrégat matériel et des fonctions organiques. Il est un élément psychique dont il faut essentiellement tenir compte, sous peine de ne pas comprendre dans sa totalité cette dualité du corps et de l'âme, confondue dans cette unité mystérieuse qu'on appelle l'homme, C'est à cet élément, dont on retrouve toujours des manifestations plus ou moins évidentes, qui conserve à l'homme son cachet hominal, et dont la virtualité ne doit jamais être considérée comme complétement abolie, c'est à cet élément, disons-nous, qu'il faut s'adresser dans le traitement de la folie, en même temps que, par des moyens pharmaceutiques et hygiéniques, on modifie l'état de l'organisme. Or, comment agir d'une manière permanente dans cette direction, si le médecin qui consacre sa vie à la thérapeutique des maladies mentales ne vit pas au milieu de ses malades, n'étudie pas ce qui reste de ces manifestations psychiques, c'est-à-dire l'intelligence, la conscience, le cœur, pour agir sur les idées, les sentiments et les goûts, et provoquer, obtenir des efforts de cette puissance, de cette force morale qu'on appelle l'âme, dans l'intérêt de la réhabilitation physique et mentale du malheureux malade ?

C'est par là, en effet, que pèche l'organisation actuelle du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, quels que soient les efforts tentés par d'habiles médecins dans cette voie. Ainsi, ce n'est point sans intérêt que nous avons assisté aux séances de récitation et de chant, instituées par M. le docteur Falret dans son service de la Salpêtrière ; à celles de chant, organisées par M. le docteur Trélat, et aux exercices de danse au son du piano, tenu par une malade, qui ont lieu deux ou trois fois par semaine dans la section de l'honorable M. Mitivié, et trois fois par an, le dimanche et le mardi-gras, ainsi que le jeudi de la mi-carême, dans les sections de MM. Lélut, Falret, Trélat et Baillarger, ces médecins, et en particulier M. Lélut, ayant voulu, à défaut de possibilité

les recherches de M. Wagner (1). Souvent, le plus souvent peut-être, les furoncles, les anthrax même les plus graves, — nous l'avons nous-même maintes fois constaté, — parcourent toutes les phases de leur évolution sans que les urines contiennent jamais la moindre proportion de sucre. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans certaines circonstances, la méliturie et l'anthrax coexistent chez un même sujet. C'est là un fait que les recherches récentes ont pleinement établi; seulement, en général, d'après ces recherches, l'anthrax se montre lorsque le diabète est déjà constitué depuis quelque temps, tandis que, suivant Prout, le diabète ne préexisterait pas à l'anthrax, mais se développerait en même temps que lui. On pourrait croire qu'ici Prout est tombé dans l'erreur, et insinuer d'après cela que ses remarques ont peu de valeur, mais il serait peut-être plus juste de dire qu'il a trop généralisé quelques observations particulières; il existe, en effet, un certain nombre de cas où l'on voit, comme l'a dit Prout, les urines devenir sucrées et prendre, dans le temps où un anthrax se développe, tous les caractères des urines diabétiques chez des sujets qui très vraisemblablement n'étaient pas antérieurement atteints de diabète. M. Wagner a publié déjà deux faits de ce genre (2); voici deux autres cas analogues que nous empruntons au DUBLIN MEDICAL PRESS pour 1852 (numéro du 18 avril), et qui nous paraissent déposer dans le même sens (3).

OBS. I. — John Broadbent, âgé de soixante-six ans, de Manchester, layetier, fut admis à l'infirmerie royale de Manchester le 12 décembre 1851. Il présentait un large anthrax (*carbuncle*) siégeant sur le dos du cou. Quand on pressait cet anthrax, il s'en écoulait du pus par les nombreuses ouvertures dont sa surface était criblée. La langue était modérément chargée, le pouls faible. Une incision fut faite sur la tumeur, puis des cataplasmes y furent appliqués ainsi qu'une mixture contenant du quinquina, de l'ammoniaque et de l'opium. On demanda au malade si la quantité de ses urines était augmentée, et il répondit qu'il pensait que cela était en effet. On ordonna alors qu'elles fussent recueillies en totalité, et une partie en fut mise de côté pour être soumise le lendemain à l'action des réactifs. La quantité des urines fut trouvée de 5 pintes; le poids spécifique était de 1,031. Sous l'influence de la liqueur de potasse bouillante il s'y produisit une coloration caractéristique. Traitées par le sulfate de cuivre avec excès de potasse, il s'y déposa immédiatement un dépôt d'oxyde rouge. Une partie des urines mise à part, fut examinée au bout de quarante-huit heures et on y découvrit en abondance des *torulæ*. On administra par la suite des toniques, des stimulants, et l'on prescrivit une nourriture substantielle, des applications stimulantes furent faites sur la plaie. *Le malade se rétablit rapidement, et au bout d'un petit nombre de jours on ne pouvait plus découvrir la moindre trace de sucre dans les urines.* Le sucre persista à exister dans les urines en quantités variables pendant seize jours, à partir de l'époque où le malade fut mis en traitement, et diminua ensuite progressivement ainsi qu'on le verra par le tableau suivant: le 17 décembre, 4 pintes 1/2, P. S., 1,031; le 20, 4 pintes, P. S., 1,030; le 23, 4 pintes, P. S., 1,026; le 29, 3 pintes 1/2, P. S., 1,028; ce jour-là, légères traces de sucre constatées à l'aide des réactifs; le 31, moins de 3 pintes, P. S., 1,024; il n'y a plus traces de sucre.

OBS. II. — John Awin, soixante-deux ans, de Manchester, fruitier, est admis à l'infirmerie royale le 21 novembre 1851. Lors de son entrée, il présentait à la région postérieure du cou un vaste anthrax (*carbuncle*); il était très mal. Il y avait de la constipation, le pouls était faible et fréquent. La tumeur présentait la teinte veineuse habituelle et était criblée de pertuis; on l'ouvrit largement. On prescrivit un cataplasme irritant, une dose élevée de calomel qui produisit un effet purgatif convenable, et l'on fit prendre enfin une mixture tonique de quinquina, d'ammoniaque et d'opium. On ordonna de mesurer la quantité d'urine rendue et d'en conserver une partie pour être soumise à l'examen chimique. Le lendemain matin l'état du malade s'est amélioré: le pouls est meilleur, l'aspect de la plaie est aussi satisfaisant que possible; cependant il y a eu un peu de délire pendant la nuit. La quantité des urines est de 5 pintes 1/2; le poids spécifique de 1,031. Les réactifs employés déjà dans l'autre cas, mettent facilement en évidence la présence du sucre. Dans la suite, sous l'influence des stimulants, des toniques et d'une diète convenable, l'amélioration progressa rapidement. Au bout de huit jours le sucre commença à diminuer; le dixième jour on en trouvait encore des traces, après quoi il disparut complétement.

L'interprétation des faits de ce genre nous paraît fort difficile, sinon même à peu près impossible, dans l'état actuel de la science. Diffèrent-ils essentiellement du diabète proprement dit, et doivent-ils, en conséquence, constituer une catégorie à part? dans ce cas, l'apparition du sucre dans les urines est-elle immédiatement sous la dépendance de l'affection anthracoïde, et quelle est la raison de cette dépendance? ou bien ces faits sont-ils tout simplement des exemples de la forme intermittente et alors souvent relativement bénigne du diabète, sur laquelle M. Bence Jones a appelé particulièrement l'attention (1)? Cette seconde hypothèse semble compter en sa faveur quelques probabilités de plus que la première; ainsi l'observation rapportée par Prout lui-même appartient très vraisemblablement au diabète intermittent: à chaque éruption furonculaire on voyait la quantité de sucre augmenter dans les urines; dans l'intervalle de ces éruptions, le sucre diminuait notablement, ou peut-être même disparaissait complétement; les exemples analogues ne sont sans doute pas très rares. Mais ici l'anthrax joue-t-il vis-à-vis du diabète le rôle de cause excitante en provoquant quelque action réflexe? ou bien se produit-il sous l'influence de la même perturbation organique qui tend à développer un excès de sucre dans l'économie? ou bien encore l'anthrax est-il une conséquence directe de la brusque apparition du sucre dans le sang, et, par suite, dans les tissus? M. Griesinger rapporte un fait qui paraît, jusqu'à un certain point, favorable à cette dernière opi-

(1) *Beitrag zur Kenntniss der Beziehungen zwischen der Melliturie und dem Karbunkel* (*Archiv für pathol. Anatom.*, t. XII, p. 401, 1857).
(2) *Loc. cit.*
(3) Un fait très intéressant, publié tout récemment dans l'*Union médicale* par M. le docteur Cabanellas, peut être encore rapproché de ceux dont il s'agit ici. (*Union médicale*, n° 98, p. 332, août 1861.)

(1) *On Intermitting Diabetes, and on Diabetes of Old Age*, in *Medico-Chirurgical Transactions*, 1853, t. XXXVI, p. 403.

permanente, en consacrer le principe. Mais il y a loin de ces exercices passagers à cette direction suivie que permet seulement la résidence. Aussi remarque-t-on que, quelque incomplètes que soient les conditions de cette résidence, la tenue des malades, je ne dis point les observations médicales dont ils sont l'objet, mais bien leur tenue, est incontestablement supérieure dans les services qui sont confiés aux médecins résidants; maintenant est-elle assez bonne pour que l'administration maintienne un tel état de choses? Assurément non; le pouvoir, la responsabilité n'étant point assez élevés pour exiger davantage de ceux qui les occupent.

Outre les externes attachés aux diverses sections, il existe des élèves internes nommés au concours par l'administration des hôpitaux de la Seine, d'après l'avis d'un jury médical. Mais ces élèves, la plupart internes suppléants, préoccupés de se préparer à de nouvelles luttes pour assurer leur position dans les hôpitaux ordinaires, ou acceptant leur situation dans les asiles spéciaux, à titre provisoire, n'attachant du reste à ces études qu'un intérêt secondaire, vu l'avenir incertain et peu avantageux que leur offre la carrière aliéniste, ne consacrent point à ce service important le temps qu'il mérite. Le seul élève qui ait pu me donner de précieux renseignements est un externe qui se propose d'entrer dans la carrière aliéniste.

Bornons-nous aujourd'hui à ces aperçus, et résumons-nous en disant: le service médical de Bicêtre et de la Salpêtrière laisse beaucoup à désirer, et ses souffrances tiennent surtout au vice d'organisation inhérent à l'état actuel des choses. Ainsi, si les registres légaux sont mal ou insuffisamment tenus, si les visites sont souvent trop rapides, si le nombre des prescriptions pharmaceutiques semble au-dessous de ce qu'il pourrait être, si les moyens de contrainte sont encore trop multipliés, si les ouvertures cadavériques sont trop souvent négligées, si les feuilles d'observations réglementaires tenues par les internes manquent complétement, si la résidence des médecins se borne à celle de MM. Lélut et Trélat à la Salpêtrière, de M. Delasiauve à Bicêtre, médecins dont le service est fait plus régulièrement; si enfin, contrairement à la circulaire du 27 mars 1857 et au projet de règlement ministériel,

nion : un homme atteint de diabète depuis longtemps n'avait jamais eu de furoncles; on lui administra, dans un but thérapeutique, le 14 août, une demi-livre de sucre de canne; le 21 août, 205 grammes; et le 26 du même mois, de nouveau 205 grammes de sucre de raisin. Or, le 2 septembre, on vit se former pour la première fois sur la peau du front un très volumineux furoncle (1). Mais si l'apparition de l'anthrax diabétique est quelquefois le signal d'une augmentation de la proportion du sucre dans l'organisme, on a vu d'autres fois, par contre, tous les symptômes du diabète s'amender ou disparaître pour toujours, soit au moment même de l'éruption anthracoïde, soit peu de temps après. Le docteur Goolden (2), par exemple, raconte l'histoire d'un médecin atteint depuis longtemps de diabète, et chez lequel survint un jour un anthrax siégeant à la nuque. La tumeur était volumineuse, elle s'étendait d'un côté sur l'occiput, et de l'autre sur la partie supérieure du dos; la vie du malade fut un moment en danger. Cependant l'anthrax guérit, et bientôt après le diabète disparut. Ce médecin est actuellement tout à fait bien portant. Un cas, rapporté par J.-P. Frank, pourrait être rapproché du précédent; seulement ici la guérison ne fut pas définitive. « *Nec alterum*, dit Franck (3), » *quod nobis in viro oblatum est, cui diabetes, dum pustulæ summopere ardentes, dolentes, ad coxas prodirent, illico* (*licet iterum* » *sat longam post moram rediturus*) *disparuit, parci faciendum esse* » *putamus, confirmatum simili aliorum observatione, exemplum.* » — On comprend jusqu'à quel point toutes les questions que nous venons de soulever appellent de nouvelles observations; la seule constatation empirique des faits est encore fort imparfaite, et, par conséquent, toute tentative sérieuse d'explication serait, pour le moment, évidemment prématurée.

Quoi qu'il en soit, et pour revenir au point de vue historique, Cheselden, et avant lui peut-être d'autres auteurs, ont noté l'existence d'urines sucrées chez certains individus atteints d'anthrax. Prout a reconnu cette même coïncidence; mais, en cherchant à préciser la question, il a émis une opinion beaucoup trop absolue, et qui n'est qu'en partie justifiable. Latham et quelques autres écrivains contemporains ont vu plusieurs fois des éruptions furonculeuses survenir chez les diabétiques, et M. Vogt paraît considérer déjà la connexité de ces éruptions avec le diabète comme un fait acquis à la science. Ce sont là autant de propositions qui nous paraissent découler légitimement de tout ce qui précède.

Nous croyons utile de clore cette note par l'indication très sommaire de quelques documents qui ne se rattachent pas aussi directement que les précédents à la question en litige, mais qui nous paraissent néanmoins présenter un certain intérêt d'actualité. — Chez le diabétique dont M. le docteur Cabonellas a récemment publié l'histoire (1), on vit pendant le cours de la maladie une induration de 10 à 12 centimètres de diamètre, et occupant la peau et le tissu cellulaire sous-jacent, se développer devant les cartilages qui recouvrent le bord antérieur du foie. Cette induration, à peine douloureuse, mit trois mois à se terminer par un abcès dont l'ouverture est encore fistuleuse aujourd'hui. *Le stylet pénètre un peu obliquement jusqu'au cartilage, et déjà il est sorti un ou deux fragments nécrosés.* L'existence d'*affections nécrosiques ou ulcéreuses des os dans le cours du diabète* a été notée déjà dans plusieurs observations, en particulier par Siemssen (*Diss.*, Hall, 1831, p. 24) (2). — S. A. Bardsley (*Medical reports of cases*, London, 1807) indique l'existence fréquente du *phymosis* et d'une *affection particulière des gencives* chez les diabétiques. Chez un diabétique observé par le même auteur, il se développa spontanément sur l'une des régions scapulaires *un volumineux abcès;* chez un autre, une contusion de la jambe fut le point de départ d'*un ulcère qui prit, à un moment donné, une apparence phagédénique.* Chez deux autres enfin, les extrémités des doigts et des orteils étaient *froides, livides et insensibles.* La lecture des observations de S. Bardsley est d'ailleurs toujours éminemment instructive. — Buxton (*Cases of diabetes*, in *London medical repository*, 1820, t. XIV, p. 539 et suiv.), a donné l'histoire d'un diabétique chez lequel il se manifestait fréquemment une affection cutanée particulière, plus ou moins *analogue à l'érysipèle.* Chez un autre diabétique, observé par le même auteur, il se développa une *fluxion violente* de la joue qui, à tort ou à raison, fut attribuée à l'existence de mauvaises dents; mais qui, en tout cas, paraît avoir occasionné la mort; le malade succomba au milieu d'accidents dyspnéiques. — J. Latham (*Facts and Opinions concerning Diabetes*, London, 1811), a rapporté le fait suivant : Un homme observé en 1789, à l'hôpital Saint-Barthélemy, dans le service de D. Pitcairn, avait été mordu à la main, entre l'indicateur et le pouce, par un rat. La main et le bras se tuméfièrent considérablement, *et des furoncles ainsi que des abcès se formèrent, non-seulement sur le bras du malade*, mais *en outre sur d'autres parties du corps.* A partir de cette époque, la santé de cet homme s'altéra très sensiblement, et il survint de l'émaciation. Ses urines présentèrent alors le caractère diabétique, tant par leur quantité que par leur qualité. Le sucre y existait en très forte proportion. — L'existence assez fréquente d'*affections impétigineuses et lichénoïdes de la peau* chez les diabétiques se trouve signalée dans l'ouvrage de Naumann (*Pathologie*, t. VI, p. 588, 1836) et dans la monographie de W. von Stosch (*Versuch einer Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus*, Berlin, 1828.). — Voici enfin l'indication de quelques faits où la gangrène pulmonaire s'est montrée dans le cours du diabète.

Un sujet diabétique observé par M. Griesinger (*loc. cit.*, p. 21) avait expectoré, pendant les derniers jours de sa vie, *des crachats semblables à ceux qui caractérisent la gangrène du poumon*, mais

(1) Griesinger, *loc. cit.*, p. 27.
(2) *Pathology of Diabetes* in *Medical Times*, 1854, t. IX, p. 598.
(3) *De curandis hominum morbis Epitome*, lib. V, p. 56, *De profluviis.*

(1) *Loc. cit.*
(2) Voir Griesinger, *loc. cit.*, p. 26.

---

la plupart des médecins des sections d'aliénés cumulent les doubles positions incompatibles d'attachés ou d'intéressés à des maisons spéciales de santé et de médecins d'un service public d'aliénés, cela tient à l'insuffisance des positions qui leur sont faites. Comment, en effet, exiger qu'un médecin d'une valeur réelle consente à se consacrer entièrement au service des aliénés, moyennant une rétribution qui le met dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins essentiels et à ceux d'une famille? Comment admettre que le service des aliénés de la Seine offre aux hommes de science qui s'y dévouent une rémunération inférieure à celle des provinces?

*Quant aux* prescriptions pharmaceutiques, *le rapporteur en a fait le relevé sur les cahiers de visite, et il a constaté qu'elles n'ont eu lieu que dans la proportion de 1 sur 4,05 malades.*

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE TRAITÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

Quand on étudie l'accroissement progressif du chiffre des aliénés traités et restant dans les hospices de Paris et dans les asiles départementaux; qu'on recherche les motifs qui l'ont amené, on reconnaît qu'il est dû aux causes suivantes :

1° L'augmentation de la population générale du département de la Seine, qui, de 1,194,603 habitants en 1811, s'est élevée graduellement en 1860 au chiffre de 1,977,400 habitants. D'après le recensement opéré en 1856, la population s'élevait à 1,727,400 habitants. Augmentation probable en quatre ans (1856-1860), 250,000; total, 1,977,400. Ce qui produit dans l'espace de vingt ans une différence en plus de 782,797 habitants, soit environ une augmentation des deux tiers.

2° Le petit nombre des retraits par les familles d'aliénés améliorés ou non, placés aux frais de l'assistance publique, principalement dû aux translations. En effet, l'examen sérieux et individuel des aliénés transférés dans les asiles départementaux démontre ce qui suit : A. Beaucoup de malades dont l'intelligence reste affaiblie à la suite d'accès d'aliénation mentale devraient être rendus à leurs familles, au sein desquelles, avec une sage liberté, ils pour-

*qui cependant n'exhalaient point d'odeur fétide.* A l'autopsie, on trouva le *tissu du poumon sphacélé en plusieurs points; mais aucun de ces foyers ne répandait l'odeur habituelle de la gangrène.* Chez ce sujet, il n'existait point de tubercules. A ce propos, M. Griesinger rappelle qu'un diabétique tuberculeux dont M. Monneret a publié l'observation dans les *Archives générales de médecine* pour 1839 (t. VI, p. 303), avait rendu, quelques jours avant sa mort, *des crachats noirâtres, non visqueux, abondants, semblables à ceux que l'on observe dans la gangrène pulmonaire, mais, du reste, sans aucune odeur.* L'odeur fétide de l'haleine et des crachats n'existait pas non plus, ou du moins n'est pas mentionnée dans une observation rapportée par M. Scott (*Dublin Hospital Gazette*, 1858, t. V, p. 71), et relative à un diabétique qui succomba par suite de gangrène pulmonaire. Un jeune homme atteint de diabète, traité par M. Hodgkin (*loc. cit.*, p. 296, obs. II), mourut très rapidement d'une affection thoracique désignée sous le nom de pneumonie aiguë. A l'examen du corps, une portion considérable du parenchyme pulmonaire, enveloppant un gros tubercule solitaire et solide, fut trouvée *dans un état plus semblable à un ramollissement gangréneux qu'à toute autre altération correspondant à l'un des degrés de la pneumonie.* Il n'est pas dit que ces parties ramollies du poumon répandissent une odeur fétide. Nous avons observé, pour notre compte, le fait suivant à l'hôpital de la Charité, en 1851, dans le service de M. Rayer : Une femme d'une trentaine d'années, depuis longtemps diabétique, avait succombé rapidement après avoir présenté tous les signes de la phthisie galopante. Nous trouvâmes à l'autopsie de cette femme, disséminées dans toute l'étendue des deux poumons, cinq ou six masses arrondies parfaitement isolées les unes des autres, dont quelques-unes atteignaient le volume d'une petite noix, et qui étaient constituées par de la matière tuberculeuse crue. *Au pourtour de la plupart de ces noyaux, et dans une certaine étendue, le tissu du poumon était réduit en une pulpe molle, de coloration lie de vin, et imprégnée d'une sanie brunâtre. Ces foyers de ramollissement ne répandaient pas d'autre odeur que celle qui s'exhale habituellement du cadavre des diabétiques.* Il s'agit très vraisemblablement, dans tous ces cas, d'une forme particulière de la gangrène non fétide du poumon, qui, chez les diabétiques, se montre primitive ou consécutive aux tubercules, et qui, jusqu'à présent, n'a pas été suffisamment décrite.

J.-M. Charcot.

---

III

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Exostose sous-unguéale. Opération. Guérison; par M. Fischer, interne des hôpitaux.

Le 11 octobre 1860, est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 26 (hôpital Saint-Louis), service de M. Dolbeau, une jeune fille âgée de dix-sept ans. Constitution vigoureuse; pas de maladies antérieures; menstruation en retard (les règles ont apparu pour la première fois durant le séjour de la malade à l'hôpital); pas d'antécédents syphilitiques chez ses parents.

Cette jeune fille habitait la campagne, il y a deux ans; elle portait alors des sabots un peu courts, et se plaignait de frottements douloureux de l'extrémité des gros orteils contre l'angle des sabots. Le gros orteil du côté droit surtout était extrêmement sensible, et, suivant l'expression de la malade, « une portion de l'ongle a été détruite par la chaussure. »

La malade arriva à Paris ; mais il lui était déjà impossible de porter des souliers; elle se chaussa de pantoufles. Bientôt elle vit l'ongle se soulever; les marches prolongées, les moindres chocs lui devinrent tellement insupportables, qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

On s'assure alors que l'orteil est régulièrement conformé; mais, à son extrémité antérieure, l'ongle paraît soulevé par un corps dur, dont on constate la présence en exerçant une forte pression à ce niveau. Le bord de l'ongle est court; il est dépassé par une sorte de durillon épais, qui se continue avec le derme sous-unguéal et s'épanouit à l'extrémité de l'orteil.

*Opération le 18 octobre.* — La malade ayant été préalablement soumise aux inhalations du chloroforme, le chirurgien arrache l'ongle. Il trouve, au-dessous et en avant, une tumeur blanchâtre, du volume d'un gros pois, correspondant à la face dorsale de la phalangette; cette tumeur est circonscrite par deux incisions elliptiques, suivant à peu près les contours de la matrice de l'ongle; la dissection se prolonge au-dessous de la phalangette, dont le col est sectionné avec une pince coupante; on s'aperçoit alors que le périoste de la face dorsale de la phalangette est épaissi au delà de la section, et qu'il présente le même aspect que la tumeur fibreuse déjà enlevée; en conséquence la phalangette est désarticulée, et le lambeau plantaire fléchi d'avant en arrière comble la solution de continuité. Pansement à plat.

*Examen de la pièce.* — Un trait de scie divise l'os suivant son grand axe. Toute la face dorsale est revêtue d'une couche fibreuse, blanche, épaisse, représentant le périoste, et atteignant jusqu'à 3 millimètres de hauteur. En avant, la couche fibreuse s'épanouit vers l'extrémité de l'ongle, et constitue une sorte de bourrelet ou de durillon, représentant, confondus en un seul tissu, les éléments du périoste, du derme sous-unguéal et même de la peau, et prenant une coloration jaunâtre, cornée.

L'exostose s'est développée sur la face dorsale de la phalangette, à l'union de son tiers antérieur et de ses deux tiers postérieurs. Un pédicule assez mince supporte l'exostose, qui, après s'être élevée au-dessus de l'os, prend une disposition fongiforme, et se porte en avant. Sa face supérieure est aplatie; elle soulève le tissu fibreux et le tiers antérieur de l'ongle. En avant, une couche

---

raient même recouvrer les sentiments affectifs et l'usage de leurs facultés par l'exercice de la sensibilité morale, la culture de l'intelligence et le développement de la spontanéité. Tandis que, privés de tous ces bienfaits, ils voient s'éteindre peu à peu le flambeau de leur intelligence et se dégradent insensiblement. — B. Un certain nombre d'aliénés, qui eussent pu guérir dans d'autres conditions, restent indéfiniment dans les asiles, parce que, privés du précieux concours de la famille, les médecins de province, qui, dans un moment opportun, pourraient réveiller des sentiments engourdis, faire naître des idées par l'influence de la vie de famille, par l'essai de la liberté à titre de congé d'épreuve, sont dans la presque impossibilité d'user de ce moyen. — C. D'autres, quoique guéris ou à peu près, restent encore dans les asiles, parce que les médecins, redoutant une rechute par le brusque renvoi dans la famille et dans la capitale, craignent d'occasionner des frais à l'administration et de compromettre leur réputation scientifique. Plus souvent, l'asile retient indéfiniment les malades, parce qu'il est intéressé à conserver le travailleur, qui, outre les services qu'il rend, procure encore des bénéfices au moyen du prix assuré et relativement élevé de sa pension, et dont le départ occasionnerait de nouveaux frais par la remise du pécule, qui doit rentrer dans la caisse de l'établissement à la mort du malade. — D. Enfin l'expérience prouve que les relations de l'aliéné avec sa famille, en provoquant des émotions que l'éloignement est impuissant à faire naître, sont une cause fréquente du retrait des malades, qui sortent le plus souvent améliorés ou quelquefois même sans l'être, tandis que, éloignés de leurs parents, l'égoïsme et le calcul l'emportant, ils séjournent indéfiniment dans les asiles. Ils perdent même cet intérêt de l'opinion du petit cercle de leurs connaissances, qui agit d'une manière plus ou moins active et efficace sur la décision à prendre en leur faveur.

3° La facilité avec laquelle s'effectuent les placements, ceux d'office s'étant substitués aux placements volontaires par suite de l'adoption à Paris de cette doctrine, « que tout aliéné, quelque » inoffensif qu'il paraisse, peut être dangereux dans un moment » donné, et que, dans une grande ville comme la capitale, on ne

épaisse de tissu fibreux comble le vide qui existe entre le bord de l'exostose et le bord du fer-à-cheval de la phalangette.

Le tissu de l'exostose ne diffère pas de celui du corps de l'os; il se confond avec lui sans ligne de démarcation, et semble être une expansion du tissu spongieux de la phalangette, plutôt qu'un os nouveau développé à sa surface.

Le diamètre antéro-postérieur de l'exostose est de 8 millimètres; la hauteur, 6 millimètres.

L'examen microscopique ne démontre aucun changement dans les éléments du tissu osseux; la tumeur molle, placée sous l'ongle et en avant de la phalangette, a une structure éminemment fibreuse, sans traces de cellules de chondrome.

La guérison de la malade n'a été entravée par aucun accident sérieux, et un mois après l'opération elle quitta l'hôpital.

Réflexions. — Cette observation m'a paru intéressante à quelques points de vue. Et d'abord elle démontre, contrairement aux assertions de M. Debrou, que l'exostose ne se développe pas nécessairement sur le fer-à-cheval de la phalangette. Chez notre malade, elle était située sur la ligne médiane du col de la phalangette, et l'extrémité antérieure de son bord supérieur ne dépassait pas l'extrémité de celle-ci. Néanmoins, le procédé opératoire de M. Debrou était, dans ce cas, très exécutable.

La tumeur sous-unguéale se composait, en réalité, de deux portions : une portion osseuse; une portion fibreuse, externe, se moulant sur l'exostose. En lisant les nombreuses observations d'exostoses sous-unguéales publiées par les auteurs, on voit que telle est la disposition la plus constante, et qu'on a trouvé des tumeurs molles qualifiées de cartilagineuses, enchondromateuses, fibro-cartilagineuses, fibreuses, fongueuses, squirrhoïdes, etc. Ces différentes formes de tumeurs ne sont autre chose que des hypertrophies des éléments fibreux du derme sous-unguéal, auxquelles se joignent des fongosités saignantes et des ulcérations produites par la longueur de la maladie, des chocs répétés ou des médications intempestives. Dans le but de détruire ces productions fibreuses, on a proposé la rugination de la phalangette et la cautérisation; mieux vout, dans le doute, désarticuler hardiment.

La continuité du tissu spongieux de l'os et de l'exostose s'explique difficilement avec la théorie de Blandin, qui fait naître l'exostose dans le périoste, et admet qu'elle se soude plus tard avec la face dorsale de la phalangette unguéale. Tout porte à croire, au contraire, que l'exostose se développe dans le tissu spongieux de l'os.

Enfin l'étiologie si obscure de l'exostose sous-unguéale paraît bien simple d'après l'histoire de notre malade : le frottement des sabots aurait eu une influence décisive sur la production de la maladie. Malheureusement cette raison est contestable, et l'on peut se demander si le choc d'une chaussure un peu courte n'avait pas plutôt décélé la présence d'une affection jusqu'alors ignorée. Comment enfin expliquer la fréquence de l'exostose sous-unguéale chez les femmes, et sa rareté chez les hommes quand ceux-ci portent des chaussures plus grossières; et pourquoi la maladie n'a-t-elle été observée que chez des jeunes gens? Ces deux questions me paraissent difficiles à trancher avec les seuls documents que nous possédons aujourd'hui.

---

*Extrait du rapport de M. Dolbeau sur l'observation précédente.*

Il s'agit d'une exostose sous-unguéale du gros orteil, maladie peu commune, sans être rare, mais dont l'anatomie pathologique est assez récente. En effet, consultez les recueils scientifiques, cherchez dans nos Bulletins, d'ailleurs si riches, et vous verrez bientôt que la méthode de l'abrasion, appliquée à ce genre de tumeur, n'a permis que bien rarement d'étudier la nature et le siége anatomique de la maladie. L'observation de M. Fischer, parfaitement recueillie, ne vous présentera rien autre chose que vous ne puissiez retrouver dans les faits antérieurs. C'est un cas type, je dirais volontiers classique. Il s'agit d'une fille jeune, bien portante, chez laquelle une exostose s'est montrée, sans qu'on puisse invoquer une cause réelle de sa production. Cependant, messieurs, le fait qui vous a été communiqué est très intéressant. Outre l'observation, M. Fischer a placé sous vos yeux une pièce anatomique parfaite. Ce n'était pas, comme bien souvent, une petite grosseur enlevée à la surface d'une phalange, mais une phalange entière supportant la tumeur dans toute son intégrité. Pour des raisons qui seront exposées plus loin, le chirurgien avait pratiqué la désarticulation de la phalange unguéale du gros orteil.

Vous savez que, dans ces derniers temps, l'anatomie pathologique de l'exostose sous-unguéale a été fort étudiée dans le but de faire prévaloir tel ou tel mode de traitement. Je vous rappellerai plus spécialement un mémoire de M. Debrou (d'Orléans). Ce chirurgien a établi, d'après des observations précises, que l'exostose prenait toujours naissance à la partie antérieure de l'os qui *la supporte*, et que, par conséquent, il suffisait, pour obtenir une cure radicale, de pratiquer la résection de la phalange au niveau de la portion étroite désignée par M. Debrou sous le nom de col de la phalange.

Il est maintenant démontré, messieurs, que la simple abrasion a souvent été suivie de récidive du mal; cependant la gravité plus grande de la désarticulation phalangienne, quoique préconisée par Liston et par Lenoir, avait été cause de son abandon par la majorité des chirurgiens. M. Debrou, se proposant de reséquer seulement la partie de l'os qui supporte la tumeur, a évidemment indiqué une opération plus simple, qu'il dit radicale et surtout moins dangereuse que la désarticulation. Ce sont ces différentes propositions que nous allons discuter devant vous. Ne croyez pas, messieurs, que je sors du sujet de mon rapport; tout au contraire, je viens vous démontrer que la pièce présentée par M. Fischer sera d'une grande utilité dans les jugements que nous allons porter. Que démontre la pièce? L'exostose sous-unguéale est composée de

---

» peut laisser errer sur la voie publique aucun homme capable d'y » apporter le plus léger trouble ou d'attenter d'une manière quel» conque à la sécurité du chef de l'État... »

4° L'extension de l'assistance publique au traitement des idiots et des imbéciles.

5° L'abus qu'on a fait, nous n'hésitons pas à le dire, des admissions, dans le service des aliénés, de personnes dont l'intelligence est certainement affaiblie, mais qui ne devraient pas être confondues avec des aliénés, leur place naturelle devant être dans des quartiers d'hospices consacrés aux infirmes, la statistique que nous avons dressée des aliénés de la Seine établissant qu'il y aurait au moins un malade sur dix soi-disant aliénés dont le séjour dans ces quartiers serait irrationnel et contraire aux vœux des législateurs de 1838 (1).

6° Enfin la division du service des aliénés entre deux autorités éminentes, mais placées à deux points de vue différents (l'administration, qui ordonne la séquestration, n'ayant point à s'occuper des frais de séjour ni d'entretien de la personne placée, et n'étant, par conséquent, nullement intéressée à restreindre le nombre des séquestrations). Aussi, depuis l'application de la doctrine précitée, a-t-on vu successivement disparaître, sous l'influence de l'encombrement des locaux, tous les placements volontaires, et avec eux les ressources qu'ils apportent et les restrictions qu'ils commandent à l'égard des familles.

Disons encore, pour revenir et nous appesantir sur les graves inconvénients des translations dans les asiles départementaux, que rien ne provoque la sortie du malheureux transféré, et que tout,

(1) Voir le *Moniteur* de 1838, p. 699, séance du 27 mars 1838, chambre des députés, rapport de M. Vivien.

Comme dernier motif de cet accroissement progressif, sans rien hasarder sur l'influence des causes productrices de la folie, il faudrait savoir par des études comparatives s'il existe des conditions propres aux temps modernes capables de développer sur une plus vaste échelle le germe de cette funeste maladie et de provoquer la séquestration; quelle est l'importance de leur rôle, le jeu de leurs fonctions. Ces études, on le conçoit facilement, seraient de nature à occuper les veilles de l'homme de service pendant un long temps pour amener de sérieux résultats.

deux parties : une centrale et osseuse, l'autre périphérique enveloppant la première et de nature fibreuse.

1° *Portion osseuse.* — Elle a la forme d'un petit champignon, naît dans l'intérieur du tissu spongieux de la phalange par un pédicule très distinct, puis s'épanouit vers la surface en refoulant le tissu normal, qui lui forme une sorte de coque. L'examen de cette tumeur démontre que la simple abrasion eût certainement laissé subsister la racine du mal. L'exostose était du reste limitée à la partie antérieure de la phalange en avant de la portion étranglée ou du col de l'os. Voilà donc, pour le dire en passant, un fait confirmatif de l'opinion de M. Debrou. L'abrasion eût été insuffisante, mais j'ajoute : la section du col aurait-elle pu donner une guérison radicale? Remarquez, messieurs, que je dis aurait-elle pu? Ce qui va suivre vous montrera la raison de la forme dubitative que j'emploie actuellement.

2° *Portion fibreuse.* — Elle forme ici les quatre cinquièmes de la masse totale; elle enveloppe complétement la tumeur ; mais de plus elle recouvre les parties latérales de la phalange. Une coupe antéro-postérieure de la phalange et de l'exostose démontre, en effet, que, dans ce cas, la partie molle de la tumeur est constituée par une hypertrophie considérable du derme sous-unguéal. De plus, chose importante, l'hypertrophie s'étendait en arrière jusque et y compris la matrice de l'ongle. Votre rapporteur, qui pratiquait l'opération par le procédé de M. Debrou, comprit, chemin faisant, que l'opération n'emportait pas tout le mal, et qu'il fallait, pour avoir toute la tumeur, remonter jusque dans l'articulation. Le microscope nous a montré que c'était bien le derme sous-unguéal qui formait la portion molle de la tumeur. Aucun élément étranger n'entrait dans la composition de ce tissu nacré, brillant d'un blanc opalin.

Vous comprenez maintenant, messieurs, pourquoi j'ai dit, il n'y a qu'un instant, que l'opération de M. Debrou pourrait bien ne donner qu'un succès momentané. Supposez la partie antérieure de la phalange enlevée avec la tumeur, il est évident qu'il reste en arrière de la section une bonne partie du tissu fibreux hypertrophié. Que deviendra ce tissu? Continuera-t-il de s'accroître, ou bien l'hypertrophie, qui serait consécutive à la présence de la tumeur osseuse, cessera-t-elle de se produire? Voilà des questions qu'on peut poser, que la clinique peut seule résoudre, mais que votre rapporteur désirait vous soumettre. Je ne crois pas, pour ma part, à la gravité si considérable, même relativement, de la désarticulation : aussi n'ai-je pas hésité à la pratiquer, car je voulais une cure radicale.

Permettez-moi, messieurs, de formuler quelques propositions. Si l'exostose existe primitivement, et que l'hypertrophie périphérique ne soit que consécutive, il faudrait opérer de bonne heure, et employer le procédé de M. Debrou. Dans les cas où l'hypertrophie existerait, il faudrait de toute nécessité pratiquer la désarticulation.

Ce qui précède, messieurs, vous a démontré la valeur de l'observation de M. Fischer. Je vais encore insister sur une particularité que je crois intéressante, et qui se rattache à des recherches personnelles.

L'exostose sous-unguéale étant composée de deux parties, une osseuse, l'autre molle, et les proportions de ces deux tissus variant suivant les cas, j'ai dû me demander si quelquefois l'exostose sous-unguéale ne pourrait pas faire partie de ces exostoses ostéo-cartilagineuses décrites par les auteurs. Vous savez, en effet, qu'on observe quelquefois des saillies osseuses qui naissent de la partie centrale des os, et qui se recouvrent à la périphérie de mamelons cartilagineux. Ces tumeurs ressemblent beaucoup, quant à la configuration, à des choux-fleurs. L'ongle du gros orteil est-il quelquefois soulevé par de semblables productions? J'ai fait de nombreuses recherches, et je dois dire que je n'ai rien trouvé. En lisant une observation prise par M. Gibert, et qui fait partie du mémoire de Dupuytren, vous remarquerez que l'auteur dit que l'exostose proprement dite était recouverte par une substance fibro-cartilagineuse. Cette expression se retrouve encore dans d'autres observations; mais il est probable qu'on a décrit par là plutôt une apparence que la réalité.

Dans le cas qui m'est personnel, j'avais pensé, à première vue, que la tumeur renfermait du cartilage, mais le microscope m'a démontré que l'élément cartilagineux faisait défaut. J'en suis là, je cherche encore, mais jusqu'à nouvel ordre je crois devoir déclarer qu'il n'y a pas, dans la maladie décrite sous le nom d'exostose sous-unguéale, une espèce qui doive rentrer dans la grande classe des enchondromes.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE. — *Des conditions de la régénération des os; lettre de* M. C. SÉDILLOT *à* M. le président de l'Académie.

M. Sédillot rappelle qu'il s'est proposé, dans plusieurs de ses communications à l'Académie, de montrer que la régénération des os manquait dans les points où le périoste était atteint d'inflammation suppurative, et qu'il a ainsi expliqué la formation des cloaques (pertes de substance rencontrées sur les os de nouvelle formation). De pareils faits prouvent le danger de disséquer le périoste et de le détacher des surfaces osseuses, puisque une suppuration, à peu près inévitable, vient faire obstacle à la reproduction des os, en convertissant en globules de pus les cellules embryonnaires dont la transformation ostéoplastique est arrêtée jusqu'à la reconstitution de la membrane périostique.

---

au contraire, concourt à sa maintenue dans l'asile. Aussi les sorties sont-elles des exceptions heureuses, mais rares, et le résultat du traitement se fait-il remarquer par la triste formule de nullité. Sur 3,267 aliénés envoyés en province, on compte 103 sorties par guérison, soit 1 sur 31,75, et 65 par amélioration ou retrait, soit 1 sur 50,26; tandis que, sur 23,051 aliénés traités dans le même laps de temps (de 1844 à 1859) dans les hospices de la Seine, on compte 7,348 sorties par guérison, soit 1 sur 3,11, et 3,837 par amélioration ou retrait, soit 1 sur 6,01.

C'est ce dernier chiffre qui devrait surtout nous occuper dans la thèse que nous soutenons. Il nous servirait à mesurer, avec la durée moyenne de séjour dans les asiles de province et de la Salpêtrière, l'influence que peuvent exercer les translations sur l'accroissement continu du chiffre des aliénés de la Seine traités dans les hospices. Malheureusement, par suite du défaut de renseignements recueillis par l'assistance publique avant 1852 sur la durée moyenne de séjour des aliénés transférés, on ne peut établir une entière comparaison entre ces deux grandes périodes, et l'on est obligé de se borner aux deux époques de 1852 à 1858 inclusivement, époques pour lesquelles la statistique nous fournit des chiffres d'une rigoureuse exactitude. Or, voici ce que nous disent ces deux périodes comparatives : Sur 803 hommes aliénés et 1,465 femmes aliénées, transférés, ayant existé ou existant encore dans les asiles départementaux de 1852 à 1858 inclusivement, 38 hommes et 27 femmes ont été retirés ou sont sortis sans être guéris; tandis que, sur 5,898 hommes aliénés et sur 7,481 femmes aliénées, ayant existé ou existant encore à la même époque dans les hospices de la Seine, 1,159 hommes et 670 femmes ont été retirés ou sont sortis avant guérison; de sorte qu'en établissant une proportion entre les hommes aliénés et les femmes aliénées retirés ou sortis avant guérison des asiles départementaux, d'une part, et des hospices de la Seine, de l'autre, la moyenne des sorties avant guérison des asiles départementaux est, pour les hommes, de 1 sur 21,06, et pour les femmes de 1 sur 54,25, tandis qu'elle s'élève à 1 sur 5,08 pour les hommes, et à 1 sur 11,16 pour les femmes retirés des hospices de la Seine.

L'auteur de la note met sous les yeux de l'Académie des planches relatives à un cas de nécrose du fémur, qui confirment ces considérations.

De ce cas particulier, il tire les conclusions suivantes :

« 1° Supériorité des opérations ménageant les rapports du périoste avec les couches osseuses subjacentes; — 2° condamnation des procédés dans lesquels on dissèque et on isole le périoste des surfaces osseuses en contact; — 3° insuccès des tentatives de régénération osseuse par le périoste détaché des esquilles dans le foyer des fractures; — 4° absence de reproduction osseuse par les manchettes périostiques conservées autour des os amputés; — 5° absence de régénération osseuse dans les cas de pseudarthroses traitées par la résection avec conservation d'une gaîne périostique; — 6° insuccès de la régénération des os par les lambeaux périostiques isolés et conservés dans la plaie, à la suite de la résection des membres. »

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Mémoire sur les spermatophores de quelques hirudinées*, par M. CH. ROBIN.

M. Robin a découvert et étudié les spermatophores chez les Néphelis et les Glossiphonies. Voici la description qu'il en donne : Ils sont d'un blanc argentin brillant, longs de 3 millimètres, et larges de 1/3 de millimètre; ils sont en forme de massue, et se terminent en avant par une pointe effilée, un peu courbée.

Chaque spermatophore remplit la cavité de la poche qui termine l'appareil génital mâle, et se moule sur elle.

Chez les Glossiphonies, on retrouve ces spermatophores, au nombre de deux ou quatre superposés et contigus, au fond de chacun des tubes ovariens.

En outre, dans la partie élargie et ascendante des mêmes organes femelles, il existe de deux à quatre corps analogues, mais vermiformes, longs de 2 à 3 millimètres, un peu rentrés au milieu, amincis aux deux bouts, qui doivent leur volume aux œufs développés dans leur épaisseur. Ces spermatophores ont une enveloppe incolore, striée en long, à peine grenue, plus épaisse et plus résistante encore que celle des précédents; mais ils s'en distinguent par les ovules en voie d'évolution qu'ils renferment au milieu des spermatozoïdes. Ils constituent ainsi de véritables *ovo-spermatophores*. C'est au sein même de ces amas de matière fécondante entourés chacun d'une tunique spéciale, et glissant facilement dans l'ovaire que naissent et se développent ces ovules. (*Comm.* : MM. Valenciennes, de Quatrefages, Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Le nerf laryngé est-il un nerf suspensif? Expériences faites pour la solution de cette question*, par M. SCHIFF (de Berne).

Dans la séance du 15 avril 1861, M. Rosenthal a annoncé à l'Académie que l'irritation du nerf laryngé supérieur détermine une suspension de l'action du diaphragme ou une diminution du nombre des respirations. M. Schiff, s'appuyant sur des expériences qui lui sont propres et sur les expériences de Moleschott, de Flourens et de Longet, cherche à établir que cette opinion est erronée.

« Si le nerf laryngé, dit-il, avait, dans l'état physiologique, une influence sur le rhythme ou la forme des mouvements respiratoires, la paralysie de ce nerf devrait altérer la forme ou la fréquence de ces mouvements. L'expérience nous montre que la respiration ne s'altère aucunement si l'on a coupé le rameau interne du laryngé, et que l'on attende jusqu'à ce que le premier effet de l'irritation du bout central soit passé. Si l'on coupe le tronc du laryngé, il n'y a que les troubles de la voix décrits par M. Longet. Sur des chiens de grande taille, nous avons vu que l'expérience de Rosenthal réussit tout aussi bien si, au lieu du tronc du laryngé, on se borne à irriter son rameau interne qui, d'après M. Longet, contient seul les fibres sensitives.

» Donc le nerf laryngé, que l'on proposait d'appeler suspensif de la respiration, ne mérite pas le nom de nerf *suspensif*, et n'a qu'une influence accessoire sur la respiration. On pourrait dire que, pour l'état physiologique, l'expérience de M. Rosenthal nous révèle une *propriété*, mais non une *fonction*. Il reste maintenant à examiner si l'influence indiquée sur le diaphragme est spéciale au nerf laryngé, et c'est ce que nous discuterons prochainement. »

(*Comm.* MM. Flourens, Bernard, Longet.)

TÉRATOGÉNIE. — *Recherches sur la production artificielle des monstruosités*, par M. C. DARESTE.

Le procédé qui a donné à M. Dareste le plus grand nombre d'anomalies consiste à rendre une portion variable de la coquille d'un œuf imperméable à l'air extérieur en l'enduisant d'un corps gras.

Les œufs ainsi préparés et soumis à l'incubation artificielle ont présenté trois ordres de faits bien différents. Tantôt l'embryon ne s'est point développé, tantôt il s'est développé d'une manière normale, mais il a toujours péri plus tôt ou plus tard, et sans avoir jamais atteint l'époque de l'éclosion; tantôt enfin le développement s'est opéré d'une manière anormale.

M. Dareste a obtenu ainsi les différentes variétés de monstruosités désignées sous les noms d'*ectromélie* (atrophie ou absence des membres postérieurs); *hémencéphale* (absence du visage et des organes des sens); *hétérotaxie* (inversion complète des viscères), etc.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

L'Académie reçoit : *a*. Deux lettres de MM. les docteurs *Delpech* et *Duchesne*, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b*. Un mémoire en italien de M. *Antonino Craini di Giacomo* (de Catane) sur la morve. (M. Delafond, *rapporteur*.)

---

En étudiant la durée moyenne de séjour dans ces deux genres d'établissements pendant la même période, on trouve que la durée moyenne de séjour dans les asiles départementaux est de 3073 journées pour les hommes, et 3301 journées pour les femmes, tandis qu'elle se réduit à 315 journées pour les hommes dans l'asile de Bicêtre, et à 624 pour les femmes dans celui de la Salpêtrière.

Si l'on tient compte maintenant des relations de famille, on voit que sur 2411 aliénés transférés, soumis à mon examen dans les asiles départementaux, 517 en sont complétement privés, 894 conservent encore des liens de parenté, et que parmi les 3301 aliénés de la Seine que j'ai interrogés, et qui figurent sur mes états de situation, 2790 jouissent de cet avantage, et 511 en sont complétement privés. Ce qui établit pour les relations de famille une proportion de 1 sur 2,06 pour les premiers (transférés), et de 1 sur 1,01 pour les seconds (séjournant dans les hospices de Paris).

Mais en compulsant les registres de Bicêtre et de la Salpêtrière, et en consultant les souvenirs des surveillants et surveillantes de ces deux hospices, on acquiert bientôt la certitude que la plupart des aliénés transférés se trouvaient primitivement, c'est-à-dire lors de leur admission dans ces asiles, à peu près généralement dans les mêmes conditions de parenté que ceux qui y séjournent aujourd'hui, et que c'est par le relâchement insensible de ces liens que se sont rompues toutes les relations. Pour éviter un semblable résultat, il faudrait donc stimuler l'esprit de famille, en permettant et en provoquant même, lorsqu'elles peuvent avoir lieu sans danger, les relations de parenté, et en autorisant de fréquentes sorties. L'expérience démontre, en effet, que beaucoup de parents, qui auraient abandonné indéfiniment le pauvre reclus s'il ne fût jamais venu les voir, finissent par le conserver dans le sein de la famille à la suite de semblables relations. Le malade lui-même, amélioré par les soins qu'il a reçus dans l'hospice, appréciant d'abord l'importance, puis la nécessité d'un plus grand empire sur lui-même, redouble d'efforts dans ce sens, et finit par reconquérir au foyer domestique une place utile et honorable.

Le petit nombre de retraits dans les asiles départementaux e[...]

M. *Laugier* donne lecture de l'extrait d'une lettre qu'il a reçue de M. le docteur *Gaillard* (de Poitiers), relativement à l'état actuel d'un homme que ce chirurgien a opéré, il y a treize ans, pour un rétrécissement infranchissable de l'urèthre, par la méthode dite de l'*anaplastie*.

« Le malade se porte parfaitement; il urine toujours par l'extrémité de la verge; l'émission du sperme est normale. Seulement depuis deux ans l'urèthre s'est dilaté dans une portion de son étendue; les urines s'y accumulent comme dans un réservoir, de telle sorte que, pour se débarrasser complétement, le malade est obligé d'exercer une pression sur le périnée. »

*Lectures.*

HYGIÈNE. — M. le docteur *Duchesne* lit un travail intitulé : *De la colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du fer, et des moyens proposés pour les préserver de cette maladie.*

L'auteur résume ce mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les quantités d'oxyde de plomb qui entrent dans la composition du cristal ou que l'on ajoute aux matières qui doivent former l'émail, peuvent donner lieu aux accidents de la colique de plomb.

2° Il est aujourd'hui parfaitement établi que ces accidents se montrent tout aussi fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

3° La poudre d'émail est introduite dans l'économie tout aussi bien par les voies respiratoires que par la salive dans les voies digestives.

4° Si l'absorption de la matière toxique peut aussi se faire par la peau, et contribuer à hâter le développement des accidents, il ne paraît pas démontré, par les observations recueillies, que ce moyen d'absorption ait suffi seul; d'où il résulte que les procédés préservatifs doivent avoir pour but d'empêcher surtout l'absorption par les voies respiratoires et digestives.

5° En employant soit le masque Paris, soit les appareils du sieur Engles (que M. Duchesne met sous les yeux de l'Académie), on peut rendre très rares, sinon complétement impossibles, les accidents de colique de plomb chez les ouvriers ou les ouvrières qui travaillent à l'émaillage du fer. (*Comm. :* MM. Chevallier, Regnault et Briquet.)

*Discussion sur la morve.*

*M. Leblanc* déclare d'abord qu'il votera avec empressement et sans réserves les conclusions du remarquable rapport de M. Bouley, parce qu'elles sont parfaitement motivées.

Puis l'orateur, répondant aux interpellations de M. J. Guérin, examine successivement les diverses questions intervenues dans le débat. Il reconnaît que la morve est une, mais qu'elle affecte différentes formes, différents degrés, qu'il a décrits lui-même sous le nom de *morve aiguë*, *morve chronique*, *morve gangréneuse*, *morve hémorrhagique*, *morve pustuleuse*, *farcin aigu*, *farcin chronique*, etc. Il admet même pour la morve l'existence de signes *prodromiques*, ou de signes d'*incubation soupçonnée*, signes qu'il a grand soin de distinguer de la gourme et du catarrhe nasal, affections essentiellement différentes de la morve.

M. Leblanc distingue les signes prodromiques de la morve spontanée des signes prodromiques de la morve communiquée. Il ajoute qu'on peut enrayer les symptômes précurseurs de la morve communiquée, chez les chevaux qui cohabitent avec des chevaux morveux, en soustrayant promptement les premiers chevaux à l'influence de la contagion. L'orateur admet donc, jusqu'à un certain point, la possibilité de la guérison, au début, de la morve communiquée.

L'orateur déclare que la morve est curable, mais que la guérison n'arrive qu'après un temps plus ou moins long; il ajoute que les chances de curabilité sont en rapport avec la forme et la nuance ou le degré de chaque forme, avec l'étendue des lésions et l'importance des organes qui en sont principalement le siége.

Quant à la dernière question de M. Guérin, à savoir s'il existe des rapports entre les divers degrés, les différentes formes de la morve et les méthodes de traitement curatif, M. Leblanc croit pouvoir y répondre affirmativement.

Suivant M. Leblanc, on doit entreprendre le traitement des chevaux de valeur, c'est-à-dire des chevaux dont le prix est de 1,000 fr. au moins, alors même que l'on n'aurait pas grande confiance dans l'action curative des médicaments, et que l'on se bornerait aux soins hygiéniques dont l'efficacité est bien reconnue.

Relativement à l'étiologie pathogénique de la morve, M. Leblanc déclare qu'il partage entièrement les idées émises par MM. Bouley, Renauld et Robin, et qu'il ne saurait à cet égard se ranger à l'opinion de M. Bouillaud.

« En résumé, dit en terminant l'orateur, je pense que dans l'état actuel des connaissances vétérinaires, on peut satisfaire en partie les désirs que M. Guérin a manifestés, et qu'il est possible d'établir utilement des rapports entre les diverses formes, les diverses nuances de morve et la curabilité de cette maladie, et entre ces formes, ces nuances et les méthodes ou les modes de traitement.

» Je crois que M. Guérin a bien fait d'insister sur les conséquences à tirer du fait de l'identité des différentes formes de l'affection morveuse, quoique j'eusse moi-même indiqué ces conséquences dans une notice de 1839.

» Ainsi que beaucoup d'autres avant lui l'avaient fait, M. Guérin a signalé avec raison l'influence qu'exerce la cohabitation des chevaux morveux sur ceux qui ne le sont pas. Il a fait remarquer encore avec raison que cette influence se manifestait par des signes prodromiques, comme le jetage et le glandage, qui disparaissent assez souvent quand on retire des écuries les chevaux décidément morveux, et quand on donne des soins convenables, lors même qu'ils ne seraient qu'hygiéniques, aux chevaux qui ont présenté des signes prodromiques.

---

traste amèrement avec celui qu'obtiennent pour leur propre compte ces mêmes établissements, et dépend évidemment de la différence de conditions créées par les deux modes de situation. Ainsi, tandis que l'administration des asiles de province, disposant à l'égard de ses aliénés des moyens qui lui manquent à l'égard des transférés, se trouve stimulée à les faire sortir par un intérêt direct, elle conserve, au contraire, ceux des départements étrangers, et particulièrement ceux de la Seine, sur lesquels elle prélève de gros bénéfices. N'avons-nous pas vu, en effet, que dans certains asiles, le prix de journée des aliénés de la Seine s'élevant à 1 fr. 25 c., sert non-seulement à constituer des bonis énormes, mais encore à réduire le prix de journée des aliénés, prix qu'on avait abaissé pendant longtemps à 60 centimes? Cet état de choses, joint à l'immoralité et à la barbarie des translations, lorsqu'elles ont lieu sans discernement, vous prouvera, je l'espère, l'urgente nécessité d'y porter une prompte et radicale réforme.

*(La suite à un prochain numéro.)*

---

Par décret du 10 août 1861, ont été nommés dans le service de santé militaire, savoir :

Médecin principal de 1re classe :

M. Périer (Jean-André-Napoléon), médecin principal de 2e classe à l'hôtel impérial des Invalides.

Médecin principal de 2e classe :

M. Fleschhut (François-Adolphe), médecin-major de 1re classe aux salles militaires de l'hospice civil de Provins.

— Parmi les nouveaux chevaliers de la Légion d'honneur, nous en remarquons avec plaisir un qui porte un nom bien cher à la science, c'est celui de M. A. Dionis, ancien procureur du roi à Troyes, actuellement juge de paix à Paris, et arrière petit-neveu du grand chirurgien Dionis.

— M. le docteur Audouyt est nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Challes (Savoie).

— M. le docteur Dubiau vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile des Aliénés de Bordeaux.

— M. le docteur Desmarres a fait don à l'Association générale des médecins de France d'une somme de 600 francs.

» Je partage entièrement l'opinion de M. Bouley quand il soutient qu'un cheval ne peut être déclaré morveux tant qu'il ne présente pas un ou plusieurs des signes caractéristiques des diverses formes de la morve ; mais je crois que, avant de présenter ces signes, un cheval peut renfermer dans son économie, et renferme très probablement la propriété virulente morveuse en voie de production, ou même toute produite ; je crois que, dans beaucoup de circonstances, si ce n'est dans toutes, cette sorte de création ou d'incubation, selon que la morve est spontanée ou communiquée, peut se déceler par des symptômes, par des signes que j'ai appelés prodromiques. Je reconnais que ces signes ou plutôt ces indices ne sont pas formels, comme ceux que l'on a appelés cardinaux ou caractéristiques, mais sont souvent assez manifestes pour faire craindre, à un œil exercé surtout, l'explosion d'une morve confirmée.

» Je suis de l'avis de M. Bouley quand il dit que les signes caractéristiques de la morve ne sont pas, dans certains cas, assez saillants, assez développés pour que des personnes qui n'en ont pas fait une étude spéciale puissent diagnostiquer en les voyant l'existence de la morve ; de même que ces personnes peu expérimentées peuvent confondre avec des lésions morveuses des plaies accidentelles de la membrane nasale ou l'herpès phlycénoïde des ailes du nez.

» Je pense, avec M. Bouley, que des chevaux chez lesquels on ne constate que des signes caractéristiques peu développés, et notamment l'ulcère spécial, dit chancre morveux, peuvent être très gravement malades et avoir des lésions internes très profondes et très étendues; mais je pense aussi qu'en explorant, en examinant ces animaux avec une grande attention, on peut au moins reconnaître quelques indices de ces lésions profondes et étendues dont le siége est ordinairement dans des organes essentiels à la vie.

» Je pense encore, avec M. Bouley, qu'un individu ne peut être ni plus ni moins morveux qu'un autre, et qu'il ne peut être que morveux, c'est-à-dire atteint d'une maladie virulente qui est une dans son essence ; mais j'ai la conviction, contrairement à l'opinion de M. Bouley :

» 1° Que les individus morveux peuvent être dans des conditions, dans des états morbides plus ou moins graves ;

» 2° Que ces conditions, ces états peuvent être déterminés très souvent par une exploration attentive ;

» 3° Que ces états peuvent indiquer plus ou moins de gravité, partant plus ou moins de chance de curabilité ou de guérison ;

» 4° Qu'ils peuvent éclairer sur la question de savoir si l'on doit entreprendre la guérison ou si l'on doit faire sacrifier l'animal immédiatement ;

» 5° Qu'ils peuvent aussi guider dans le choix du mode de traitement, ainsi que dans l'ordre que l'on doit suivre à l'égard de l'application des moyens curatifs de tous genres, dont j'admets la diversité, quoiqu'ils soient destinés à combattre une maladie virulente ; j'admets cette diversité, parce que la maladie se présente sous des formes variées ; je l'admets surtout pour les médications externes ;

» 6° Enfin que ces conditions, ces états, ces nuances, ces degrés, comme on voudra les appeler, sont utiles à consulter relativement au choix des médicaments pour l'usage externe ou interne.

» Je finis en faisant des vœux pour que l'on ne se lasse pas de rechercher des moyens de guérir la morve, en prenant toutefois le plus de précautions possibles dans le but d'éviter la contagion du cheval à l'homme et du cheval au cheval. Le fait de guérison communiqué par M. Bourdon est un encouragement à la persévérance. »

M. *Malgaigne* demande à M. Leblanc une explication relativement aux variétés, aux degrés de la morve, que l'orateur admet contradictoirement avec une autre opinion émise dans son discours, à savoir que la morve, une fois déclarée, a toujours la même gravité.

M. *Leblanc*. Par degrés j'entends *nuances*.

M. *Malgaigne*. Voilà ce qui ne se comprend pas, et qui demande une explication.

M. *Leblanc*. Je professe que la morve est *une*, et que les nuances qu'elle peut présenter dans ses manifestations procèdent d'un seul et même principe.

M. *Delafond*. M. Guérin croit à l'identité, ou tout au moins à la contagion réciproque de la gourme et de la morve chez les solipèdes. Il appuie cette doctrine sur les assertions de Gilbert et de Girard père. M. Bouley a suffisamment répondu à M. Guérin, en ce qui concerne l'opinion de Gilbert. Quant à l'opinion de Girard, elle repose uniquement sur une faute d'impression : c'est par erreur qu'on a écrit le mot *morve* dans le rapport de Girard, cité par M. Guérin, c'est de la *gourme* qu'il était question dans le passage allégué de ce travail.

M. Guérin n'a pas bien interprété les opinions de Girard fils, en les citant aussi à l'appui de sa doctrine. (L'orateur rapporte les paroles mêmes de Girard, et démontre que Girard, au lieu d'admettre la contagion réciproque de la gourme et de la morve, la révoque formellement en doute.)

Je pourrais, ajoute M. Delafond, citer des faits nombreux qui établissent que rien n'est moins démontré que la contagion de la gourme et sa transformation en morve. Les expériences faites sur ce sujet ne laissent aucune place au doute.

La gourme n'est donc pas une maladie semblable à la morve...

M. *Guérin* demande ce qu'il arrive quand on inocule la gourme.

M. *Delafond*. L'inoculation de la gourme est suivie d'engorgements et d'abcès ganglionnaires et lymphatiques.

M. *Guérin*. Et d'ulcérations.

M. *Delafond*. Jamais ; il n'en résulte jamais d'ulcérations ; c'est une erreur profonde.

La morve, quelles que soient ses premières manifestations, est toujours extrêmement grave, presque constamment mortelle. C'est tantôt un engorgement des épididimes, tantôt une simple toux, d'autres fois des claudications intermittentes, sans glandage ni jetage, ni chancrage. Eh bien ! même dans ces circonstances, avec des symptômes en apparence si bénins, la morve *est, en général*, d'une telle gravité, qu'aucun vétérinaire expérimenté n'*oserait se flatter* d'enrayer ou de guérir cette terrible maladie.

Les guérisons de la morve, de la morve légitime, sont excessivement rares, et il ne faut pas *faire grand fond* sur les médicaments prétendus curatifs. Les remèdes peuvent agir tout au plus comme auxiliaires ; il faut insister particulièrement sur les moyens hygiéniques.

M. *Leblanc*. J'ai dit qu'il n'y avait aucune analogie entre la gourme et la morve.

Quant à la guérison de la morve, je n'ai pas dit que j'avais guéri moi-même des chevaux morveux, mais que j'en avais vu qui avaient été guéris.

M. *Delafond* croit devoir revenir sur la morve *ébauchée*, à propos des inoculations qu'il a pratiquées, et que M. Guérin a citées à l'appui de son opinion.

Ces observations, dit M. Delafond, ne m'appartiennent pas en propre ; elles appartiennent à M. Chaumontel, à Lessona, à M. Berthoneau et Beugnot.

A la suite de ces inoculations, les animaux ont un peu jeté, ont présenté du glandage et des ulcérations superficielles, puis ils ont guéri. Mais ce qu'il y a de singulier, c'est que les expérimentateurs ont affirmé eux-mêmes que ces chevaux guéris n'avaient pas eu la morve. M. Guérin prétend que c'est la morve ébauchée. Je me range à l'avis de Chaumontel, de Berthoneau et de Lessona contre M. Jules Guérin.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCES DES 7, 14 ET 21 AOUT 1861.

PALATOPLASTIE. — LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS. — TUMEURS VASCULAIRES. — HYPERTROPHIE ÉNORME DU CLITORIS. — PARALYSIES FACIALES DE CAUSE TRAUMATIQUE. — LUXATION DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS, EN ARRIÈRE ET EN DEDANS. — TUMEUR PAROTIDIENNE.

L'opération de palatoplastie faite par M. Gosselin, suivant le

procédé de M. Baizeau, n'est que la quatrième opération de ce genre. M. Legouest a rappelé que, depuis la première opération qui a servi de base au mémoire de M. Baizeau, ce chirurgien en a pratiqué deux autres. La deuxième seulement n'a pas été suivie de succès. Pressé d'agir par le malade, qui voulait partir de l'hôpital, M. Baizeau n'attendit pas la cicatrisation complète de l'ulcération, qui avait envahi la voûte palatine, et il vit un des lambeaux disparaître et laisser une perforation plus grande qu'avant l'opération. Cet insuccès ne doit pas être mis sur le compte du procédé opératoire. Pour M. Legouest, comme pour M. Gosselin, l'hémorrhagie est l'accident qui est le plus à redouter dans la palatoplastie, nonseulement à cause de la perte de sang, qui peutêtre considérable, mais à cause des moyens même employés pour remédier à cet accident, moyens qui entravent les manœuvres opératoires et peuvent compromettre le résultat. La ligature, en effet, n'est pas applicable à l'artère palatine, qui est la source ordinaire de l'hémorrhagie; c'est au perchlorure de fer qu'on a recours, et son application n'est pas sans inconvénients sur des lambeaux qu'il peut enflammer et dont il peut provoquer la gangrène. Les mêmes reproches s'adressent au cautère actuel, toujours difficile à manier dans les cavités. M. Legouest pense qu'il faudrait faire précéder l'emploi des moyens hémostatiques de la compression prolongée pendant vingt ou trente minutes. Si la compression ne suffisait pas, il serait bon d'appliquer sur un point très limité une boulette de coton imbibée de persulfate de fer, qui, d'après M. Legouest, est moins caustique et aussi efficace que le perchlorure. Quant à la lésion de l'artère palatine, il résulte des recherches de M. Legouest que, pour l'éviter, il ne faudrait pas s'écarter de la ligne médiane de plus de 13 millimètres, ce qui évidemment n'est pas toujours possible.

— M. *Bernadet*, interne à Bicêtre dans le service de M. Broca, a présenté à la Société une pièce anatomique recueillie sur un vieillard de soixante-douze ans, et consistant dans une luxation en arrière et en dehors de l'extrémité supérieure du radius. Cette luxation avait été produite par une chute sur la main. Elle était fort ancienne, puisque le malade n'avait que douze ans au moment de l'accident. Jamais on n'avait fait de tentative de réduction. Pourtant tous les mouvements étaient libres, sauf la supination, qui était incomplète.

Ainsi que l'ont fait remarquer à propos de ce fait MM. Bauchet, Morel-Lavallée et Demarquay, les luxations du radius en arrière, faciles à réduire quand elles sont récentes, sont très difficiles ou même impossibles à réduire quand elles sont anciennes. A la difficulté de la réduction, il faut ajouter, a dit M. Désormeaux, la difficulté de maintenir les os en place, car il a vu cette luxation se reproduire après réduction.

Un fait non moins universellement reconnu, c'est la possibilité pour l'avant-bras de jouir de toutes ses fonctions, malgré la luxation du radius.

M. *Bouvier* a présenté dans la séance suivante un malade chez lequel cette intégrité des fonctions du membre est très remarquable. Cet homme a trente-neuf ans; il est atteint aux deux membres d'une luxation du radius en arrière. L'origine de ces deux luxations est tellement ancienne que le malade les croit congénitales. Les mouvements dans tous les sens sont très étendus. L'extension et la flexion s'exécutent dans leurs limites ordinaires, ou du moins il ne leur manque qu'une dizaine de degrés pour être complètes. La pronation n'a rien perdu. La supination est un peu bornée, et l'avant-bras, au lieu de décrire une demi-circonférence dans ce mouvement, n'en décrit plus que les deux tiers. La force musculaire n'a pas perdu grand'chose, car le malade, qui est infirmier, s'acquitte à merveille de ses pénibles fonctions.

Ce malade offre aussi un assez grand intérêt au point de vue de l'étiologie de sa double luxation. S'agit-il ici de luxations congénitales? M. Bouvier est porté à le croire, et en cela il s'écarte complétement de l'opinion de M. Malgaigne, qui nie les luxations congénitales, se fondant surtout sur ce que jamais on n'en a observé sur les fœtus. M. Bouvier est d'avis qu'elles sont très rares chez les fœtus, mais il pense que M. J. Guérin en a vu, bien qu'il n'en ait pas donné la description exacte. L'existence d'une luxation double plaide en faveur de l'origine congénitale.

— M. Appiat (de Genève) a communiqué différentes observations relatives à des tumeurs érectiles ou vasculaires qu'il a traitées avec succès par le perchlorure de fer.

L'une, véritable tumeur érectile, siégeait au genou chez un enfant d'un an et demi, et avait presque le volume d'une orange de moyenne grosseur. Cinq injections de perchlorure de fer, faites sans dosage à dix ou quinze jours d'intervalle, en amenèrent la guérison. Une autre tumeur n'était pas, à proprement parler, érectile. M. Appiat croit devoir lui donner un nom nouveau. Il l'appelle *tumeur sanguine parenchymateuse*. Elle consistait dans une distension, dans une sorte d'éléphantiasis vasculaire de toute la jambe chez un enfant de deux ans. Les injections de perchlorure de fer ont amené la diminution de volume du membre.

Ces injections ont été moins efficaces contre un anévrysme cirsoïde de l'oreille, qui déterminait une violente hémicrânie. Toutefois, cinq ou six injections ont réduit le volume de la tumeur et fait disparaître la névralgie crânienne. Un dernier fait curieux, communiqué par M. Appiat, est relatif à une hypertrophie du clitoris chez une femme de cinquante ans. Cet organe avait le volume d'une tête de fœtus à terme; il était coiffé par les grandes lèvres distendues, et n'offrait pas de pédoncule. Sa base était aussi large que la tumeur elle-même; aussi la ligature dut-elle être faite en plusieurs temps. La tumeur se détacha au bout de seize jours; elle était purement hypertrophique et fibro-sanguine. Depuis cinq ans la guérison ne s'est pas démentie.

— M. *Verneuil* communique à la Société deux faits dans lesquels une paralysie faciale a succédé à une violence atteignant l'os frontal. En 1855, un étudiant en médecine est renversé de voiture et se relève avec une fracture de côte, une contusion du coude et de l'apophyse orbitaire externe du frontal droit. Cinq jours après la chute, et sans que rien de sérieux ait été jusque-là remarqué chez le malade, il se manifesta une paralysie faciale droite. La pression provoquait à la base de l'apophyse mastoïde une douleur vive et bien circonscrite, et l'on vit paraître une ecchymose dans cette région sept ou huit jours après l'accident. La paralysie persista longtemps, mais finit par céder aux sangsues, aux vésicatoires et aux bains de mer.

Un an après, le nerf facial se paralysa de nouveau; mais cette fois on observa en même temps une hémiplégie de tout le côté gauche du corps, de la démence, des contractures. L'hydrothérapie et l'iodure de potassium triomphèrent de ces accidents. Toutefois, la guérison ne tint pas bien longtemps, et aujourd'hui le malade présente les mêmes symptômes à un degré plus sérieux, et tout fait craindre une terminaison fatale. S'agit-il, dans ce cas, d'une fracture par contre-coup du rocher, et de lésions encéphaliques consécutives à cette fracture? M. Verneuil est porté à le croire, et il désirerait savoir si ses collègues ont observé des faits semblables.

Dans la seconde observation de M. Verneuil, la paralysie faciale a succédé, chez une jeune femme, à un coup de coude sur l'apophyse orbitaire, porté avec assez de violence pour avoir déterminé une bosse sanguine et renversé la malade. Dans ce cas comme dans le précédent, la paralysie n'a pas été immédiate; ce n'est qu'un certain nombre de jours après l'accident qu'elle s'est manifestée. Elle a été très longue et très difficile à guérir, et maintenant qu'elle a disparu, c'est le nerf élévateur de la paupière qui est paralysé; il y a une blépharoptose. Chez cette dame comme chez l'étudiant en médecine, M. Verneuil a noté une douleur vive à la base de l'apophyse mastoïde.

Comme la paralysie s'est produite chez cette dame après une longue promenade en voiture découverte, par un temps froid, M. Trélat pense que le traumatisme n'est pour rien dans la paralysie faciale, qui serait alors de cause rhumatismale. Dans le premier fait, M. Trélat est aussi très disposé à voir une maladie encéphalique indépendante du traumatisme.

M. Verneuil n'a pas cru à une paralysie rhumatismale parce que la malade en a senti les premières atteintes le matin même du jour où elle s'est exposée au froid; parce que l'apophyse mastoïde était

douloureuse à sa base, ce qui ne s'observe pas dans la paralysie rhumatismale; parce qu'enfin cette paralysie a duré beaucoup plus longtemps que celles qui sont dues à un rhumatisme. Quant au premier fait, il lui paraît difficile d'admettre une simple coïncidence entre les phénomènes cérébraux ultérieurs et le traumatisme primitif.

Pour M. Follin, la malade dont a parlé M. Verneuil pourrait bien être atteinte de paralysie générale progressive. La lésion anatomique de cette maladie n'étant autre, ainsi que le pense M. Calmeil, qu'un ramollissement de la couche cérébrale périphérique, expliquerait très bien les paralysies successives du nerf facial et du nerf élévateur de la paupière. Les phénomènes si graves présentés par le jeune homme qui fait le sujet de la première observation se rapportent peut-être à l'un de ces faits dans lesquels une lésion d'un rameau nerveux se propage au tronc et de ce tronc au centre nerveux.

— M. *Trélat* présente une petite fille de huit ans, atteinte d'une luxation des deux os de l'avant-bras, en arrière et en dedans. Cette luxation datait d'un mois quand M. Trélat a essayé de la réduire. Toutes les tentatives ont été inutiles, même celles qui ont été faites à l'aide de mouffles exerçant une traction du poids de 150 kilos. M. Richet conseille d'opérer la traction, non pas dans l'extension, mais dans la demi-flexion et dans la pronation exagérée de l'avant-bras. Cette attitude est celle qui lui paraît la plus propre à détruire l'engrènement du crochet cubital derrière l'épitrochlée.

— M. *Richet* a présenté une tumeur parotidienne volumineuse, qui, sous le microscope, n'est formée que d'infiltrations graisseuses des culs-de-sac parotidiens. Bien qu'elle ne soit composée que d'éléments homœomorphes, cette tumeur ne lui inspire pas, pour l'avenir, une grande quiétude; car elle lui rappelle une production semblable de la glande sous-maxillaire, opérée par M. Velpeau, déclarée par M. Lebert *tumeur par infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires*, tumeur qui a promptement récidivé.

D^r P. Chatillon.

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants,** par le docteur A. Coulon. In-8 de 261 pages. Paris, Savy, 1861.

Les maladies qui atteignent l'enfance diffèrent-elles assez de ce qu'elles sont chez l'adulte pour qu'on puisse les grouper pour en former une pathologie spéciale? Le doute ne saurait exister pour ce qui regarde la pathologie interne : les traités de MM. Rilliet et Barthez, Bouchut, etc., sont là pour le prouver. Mais en est-il de même pour la chirurgie proprement dite? La réponse doit encore être affirmative, car l'enfance prédispose à un certain nombre d'affections rares chez l'adulte, et la plupart subissent dans leur évolution à cet âge de la vie des modifications profondes. Le traitement doit souvent aussi être profondément modifié, et, quant au pronostic, on sait que, après des opérations aussi graves que la taille et les amputations, la guérison est chez les enfants la règle, la mort l'exception.

Cependant nous n'avons pas encore, en France du moins, de traité de pathologie externe spécial à l'enfance. M. Coulon, ancien interne de l'hôpital Sainte-Eugénie, a cherché à faire pour les fractures ce qu'il serait à désirer qu'on fît pour tant d'autres affections chirurgicales, en publiant un *Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants.*

« Ce titre paraîtra certainement, dit M. Coulon, bien prétentieux aux yeux de certaines personnes; cependant je l'ai adopté, parce que c'est celui qui convient le mieux à ce travail. » Nous ne voulons pas être plus sévère pour l'auteur qu'il ne l'est lui-même; cependant nous pensons qu'un titre plus modeste eût mieux convenu à l'ouvrage. Nous nous trompons peut-être; mais nous pensons que le titre de *Traité* doit être réservé à des travaux complets sur une matière quelconque. Un traité exige une longue expérience du sujet, et le travail que nous venons d'examiner et de lire avec soin nous paraît plutôt un recueil d'observations, classées et réunies pour en tirer des renseignements utiles, qu'une histoire complète des fractures chez les enfants.

En effet, pour ce qui regarde les fractures en particulier, si nous retranchons les observations que nous donne la durée du temps exigé pour la consolidation, nous ne trouvons presque rien qui ne soit mentionné dans les ouvrages classiques, et presque tout se trouve emprunté à la pathologie de l'âge adulte.

Ainsi nous y trouvons mentionné, sinon discuté, l'emploi de la pointe métallique de M. Malgaigne, appareil que personne ne songera à appliquer chez l'enfant, car il serait inutile. Si nous citons cet exemple, c'est que nous tenons à repousser l'appréciation que M. Coulon fait de cette méthode, en disant : « J'ai entendu dire que M. Malgaigne avait perdu des malades à qui il avait appliqué son appareil; mais la mort aurait été attribuée à une autre cause. » Nous qui avons été interne de M. Malgaigne, nous pouvons affirmer l'innocuité de la pointe dans les cas assez nombreux qu'il nous a été donné d'observer; mais notre affirmation n'est pas nécessaire pour qu'on sache que si, dans des cas que nous ignorons, la mort avait pu être due à ce mode de traitement, elle n'aurait pas été attribuée à une autre cause.

La première partie du livre de M. Coulon est réservée aux généralités sur les fractures; la statistique qu'il donne de celles qui ont été traitées à Sainte-Eugénie pendant l'année qu'il y passa en qualité d'interne, montre que celles de l'avant-bras, du fémur, du coude, sont fréquentes chez les enfants, tandis que celles du radius, de la jambe et du péroné, qu'on rencontre le plus souvent chez l'adulte, sont relativement plus rares.

Les chapitres suivants traitent de l'étiologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement; cette dernière partie surtout était la plus importante, et ici encore nous ferons à l'auteur le reproche de ne pas s'être suffisamment rappelé le but qu'il se proposait.

Ce qui fait surtout la grande différence entre les fractures de l'adulte et celles de l'enfant, c'est que tel appareil applicable à vingt ans ne l'est pas dans les deux ou trois premières années de la vie. C'est un point sur lequel nous avons vu M. Marjolin insister d'une façon toute particulière; là est la véritable difficulté pratique.

Éviter les eschares que l'on produit si facilement, obtenir l'immobilité d'un petit être sur lequel aucun raisonnement n'a d'action, deviner ce qui cause ses cris, sont les préoccupations constantes du chirurgien. Mais où la difficulté augmente hors de toutes proportions, c'est quand il s'agit des fractures du fémur, surtout chez les petites filles; l'urine baigne le lit, imbibe l'appareil, amène de l'érythème, des excoriations; le peu de longueur des fragments laisse peu de prise à l'action des attelles, etc. Comment remédier à tout cela? L'auteur ne le dit pas. L'appareil de Scultet, qu'il semble conseiller, est réellement inapplicable, et nous aurions aimé à trouver indiquées les précautions que nous avons si souvent entendu recommander par M. Marjolin, pour éviter autant qu'on le peut ses inconvénients. Quelques études sur le développement du mal chez l'enfant, sur l'accroissement consécutif des os anciennement fracturés eussent été non-seulement utiles, mais nécessaires.

Nous avons jugé très sévèrement, trop peut-être, le livre de M. Coulon, car l'auteur est au début de la carrière; mais comme noblesse, titre oblige. Si, à titre de traité des fractures, son ouvrage est passible de graves reproches, nous n'aurions eu qu'à adresser des éloges à un modeste recueil d'observations. Le grand tort de M. Coulon est d'avoir trop promis dès la couverture de son livre, et la préface même de M. Marjolin semble prouver que le traité n'était destiné, dans la pensée du chirurgien de Sainte-Eugénie, qu'à rester une sorte de compte rendu d'une année d'externat bien remplie et bien employée par un travailleur zélé, intelligent et instruit.

Léon Le Fort.

*Le Rédacteur en chef:* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII.** — **PARIS, 30 AOUT 1861.** — **N° 35.**

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Arrêtés ministériels — Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Accidents par l'aglosse de la graisse. — De quelques vésicants indiens. — Larves d'œstrides chez les enfants. — Mauvais effets des lathyrus. — Du hachisch comme narcotique. — Toxicologie du bichromate de potasse. — Belladone comme antilaiteux. — Valériane comme antipériodique. — II. **Travaux originaux.** Pathologie cutanée : Leçon professée à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Bazin, à l'ouverture de son cours de pathologie cutanée. — III. **Revue clinique.** Masses tuberculeuses développées dans le cervelet; compression du confluent des sinus. — Mort par hydrocéphale. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Revue des journaux.** Observations d'affections de la moelle allongée. — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VII. **Feuilleton.** Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière.

## PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 3 août, sont chargés de présider les sessions d'examens des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain :

Pour les écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen (écoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen et de Rouen) :

MM. DENONVILLIERS, professeur à la Faculté de médecine de Paris; GUIBOURT, professeur à l'École impériale de pharmacie de Paris.

Pour les écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers (écoles de Rennes, de Nantes, d'Angers, de Poitiers, de Tours et de Limoges) :

MM. GAVARRET, professeur à la Faculté de médecine de Paris; BUSSY, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Pour les écoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon (écoles de Nancy, Besançon, Lyon et Dijon) :

MM. DENONVILLIERS (par délégation spéciale); OBERLIN, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Pour les écoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger (écoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger) :

MM. BÉCHAMP, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; CAUVY, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

Par arrêté en date du 24 août dernier, M. AXENFELD, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de suppléer, pendant le cours d'hiver 1861-1862, M. le docteur Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à ladite Faculté.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

### RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 22 au 31 juillet 1861.*

118. COURCELLE-DUVIGNAUD, F.-Alfred, né à Puynormand (Gironde). [*Essai sur la médication hydrothérapique.*]

119. DE RANSE, Félix, né à Razimet, (Lot-et-Garonne). [*Considérations sur la nature et le traitement des névralgies.*]

120. BONIN, J.-J., né à Saint-Usuge (Saône-et-Loire). [*De la mort subite.*]

121. FRONTERA, Antonio, né à Soller (île Majorque). [*De l'accouchement prématuré artificiel.*]

122. BAYART, J.-L.-J.-Désiré, né à Wattrelos (Nord). [*De la métrorrhagie dans l'état de vacuité de l'utérus.*]

## FEUILLETON.

**Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière,** adressé à M. le sénateur préfet de la Seine par M. GIRARD DE CAILLEUX, inspecteur général du service des aliénés de la Seine.

(Suite et fin. — Voir les numéros 33 et 34.)

### HYGIÈNE.

Le *régime alimentaire* des aliénés est abondant et d'excellente qualité. La quantité varie selon les âges : ainsi les hommes adultes ont à Bicêtre 750 grammes de pain, 300 grammes de viande avant préparation, 14 centilitres de vin et 10 centilitres de légumes secs, etc., etc. Les enfants de six ans à douze ans ont : pain, 520 grammes; vin, 8 centilitres; viande, 200 grammes; légumes secs, 8 centilitres. Ceux de douze à dix-huit ans ont : pain, 660 grammes; vin, 8 centilitres; viande, 250 grammes; légumes secs, 10 centilitres. Les aliénés occupés aux travaux agricoles ont droit, en outre, à 10 centilitres de vin et à 5 décagrammes de pain. Les femmes aliénées adultes ont à la Salpêtrière : 670 grammes de pain, 12 centilitres de vin, 250 grammes de viande, et 20 centilitres de légumes secs, etc., etc. Les enfants, idiotes et épileptiques, ont : pain, 600 grammes; vin, 8 centilitres; 200 grammes de viande avant préparation; légumes secs, 10 centilitres, etc., etc.

Les repas sont variés, mais il est regrettable que, dans les deux hospices, on ne fasse qu'une seule distribution de viande par jour. Les légumes, ainsi que la viande, devraient être divisés et mêlés ensemble, afin d'en faciliter la digestion. En dépouillant, à Bicêtre, les feuilles de livraisons faites aux aliénés le 24 octobre 1860, on trouve une consommation moyenne de 561 grammes de pain (adultes et enfants réunis, savoir : 570 grammes de pain pour les adultes et 495 pour les enfants), de 280 grammes de viande, et de 12 centilitres de vin; et à la Salpêtrière cette moyenne est de 518 grammes de pain, 218 grammes de viande, et 12 centilitres et demi de vin.

123. POURAT, Marc-Aubin, né à Grenoble (Isère). [*De l'ankylose rectiligne du coude.*]

124. MIRZA, Ali Naghi, né à Tauris (Perse). [*Du diagnostic et du traitement des hydropisies enkystées des ovaires.*]

125. GOUIN, Camille, né à Légé (Loire-Inférieure). [*De l'angine de poitrine.*]

126. BARRÉ, Charles-Gustave, né à Thouars (Deux-Sèvres). [*Hygiène du premier âge. Des soins que réclame l'enfant, depuis la naissance jusqu'après le sevrage.*]

127. PLANQUE, Émile, né à Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais). [*De l'étranglement herniaire et des indications qu'il présente.*]

128. LAURE, Louis-Thomas, né à Toulon (Var). [*De l'ulcère contagieux de Mozambique chez les Cafres, et de son traitement.*]

129. DROUET, Amand-Éléonore, né à Creton (Eure). [*De la cystocèle vaginale simple.*]

130. GUERNIER, Jules-César, né à Saint-Contest (Calvados). [*Du traitement de l'amaurose.*]

131. LETELLIER, Charles, né à Lisieux (Calvados). [*De l'allaitement.*]

132. MAURIZOT, Joseph-Ant., né à Bonnieux (Vaucluse). [*De la vision distincte à des distances variables, au point de vue physiologique et au point de vue pathologique.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURBON.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 29 août 1861.

*Revue de pharmacie et d'histoire naturelle :* ACCIDENTS PAR L'AGLOSSE DE LA GRAISSE. — DE QUELQUES VÉSICANTS INDIENS. — LARVES D'ŒSTRIDES CHEZ LES ENFANTS. — MAUVAIS EFFETS DES LATHYRUS. — DU HACHISCH COMME NARCOTIQUE. — TOXICOLOGIE DU BICHROMATE DE POTASSE. — BELLADONE COMME ANTILAITEUX. — VALÉRIANE COMME ANTIPÉRIODIQUE.

Un certain nombre d'insectes peuvent se rencontrer dans corps de l'homme, au moins à certaines périodes de leur le existence. Parmi ces animaux, un très petit nombre appartiennent à l'ordre des Lépidoptères, comme l'ont démontré des observations de Linné, Duméril, Bricheteau, etc. L'Aglosse de la graisse, *Aglossa pinguinalis* Latr., dont la larve vit ordinairement dans le lard, la graisse, le beurre, etc., ou dans les matières animales conservées, se rencontre fréquemment dans les cuisines et chez les marchands de comestibles; on l'a aussi vue dans le tube digestif de l'homme, où elle détermine des accidents quelquefois assez graves. C'est bien à elle que l'on doit rapporter les effets toxiques observés, car les analyses chimiques n'y ont indiqué aucun principe spécial qui puisse produire l'empoisonnement. Tout dernièrement encore, M. le docteur B. Lunel a publié une nouvelle observation de ce genre, chez un homme qui fut pris d'accidents cholériformes très graves à la suite de repas faits exclusivement avec du gras et de la couenne de jambon, conservés depuis plus d'une année. Sous l'influence de potions au sous-nitrate de bismuth, et de lavements opiacés et amidonnés, le malade put guérir en quelques jours. L'examen de l'aliment permit au docteur Lunel d'y reconnaître la présence d'une petite chenille glabre, portant seulement quelques poils disséminés, ayant huit paires de pattes, et offrant tous les caractères de l'*Aglossa pinguinalis*. (*Abeille médicale*, 22 juillet 1861.)

— Les médecins ont recours, pour obtenir la vésication, le plus ordinairement à la cantharide officinale, dont l'action est bien connue depuis longtemps déjà. Dans quelques pays, on lui substitue avec avantage certains autres insectes coléoptères, et c'est ainsi que dans l'Inde MM. Rey (de Madras), Collas (de Pondichéry), etc., ont annoncé avoir obtenu les meilleurs effets de l'emploi de plusieurs espèces de Mylabres, telles que les *Mylabris cichorii*, *punctum* et *pustulata*. Plus récemment, un habile pharmacien de la marine, M. Jules Lépine, a trouvé une troisième espèce de Mylabre, qu'il désigne sous le nom de *M. indica*, et qu'on peut substituer avec avantage aux Cantharides; son prix peu élevé la rend une précieuse acquisition pour la matière médicale indienne. Le *Mylabris indica* offre surtout l'avantage d'être plus actif que la Cantharide, de se pulvériser plus facilement; on peut le soumettre à une température de + 60° sans lui faire perdre la propriété vésicante : il a donné, à l'analyse, cantharidine 1,68 pour 100 grammes. Des expériences, tentées au moyen de ce nouvel insecte, seraient probablement intéressantes, et il serait très curieux de rechercher si, par hasard, il ne présenterait pas la faculté particulière attribuée par le docteur Courbon au *Cantharis adspersa*, de ne jamais déterminer d'accidents du côté des organes génito-urinaires. Les Mylabres ne sont pas, du reste, les seuls vésicants employés dans l'Inde, et, de même qu'en Europe, on fait quelquefois usage du garou pour entretenir la vésication,

---

L'*habillement* des aliénés des deux sexes laisse beaucoup à désirer. Trop souvent les malades sont réduits à porter des vêtements mal taillés, mal ajustés, qui froissent leur dignité et blessent les convenances. Ils finissent d'user fréquemment la défroque des indigents que la mort a frappés. Il n'existe aucune organisation de trousseaux individuels; rien, dès lors, ne les intéresse à la conservation de leur vestiaire, ni ne donne satisfaction au sentiment de propriété que nous apportons en naissant, ni ne stimule l'esprit d'ordre et d'économie dont l'absence a plus d'une fois précédé et occasionné la folie. Rien non plus ne permet à l'administration de suivre l'usure des vêtements, et au médecin de saisir le désordre de l'aliéné pour exercer le traitement moral dont l'influence est si puissante. Cependant, si l'on compare l'état actuel du vestiaire à ce qu'il était autrefois, on ne peut s'empêcher de constater une amélioration qui va être poursuivie par la substitution des souliers aux sabots, dont on s'occupe dans ce moment.

MOYENS DISCIPLINAIRES ET SURVEILLANCE.

Les moyens disciplinaires consistent dans l'administration des bains prolongés, de la douche, dont on fait un usage très restreint, dans l'emploi de la camisole et de la genouillère chez les hommes, dans la réclusion temporaire, l'internement des malades dangereux à la sûreté, et enfin dans la privation de tabac.

De tous les moyens employés pour ramener l'ordre et le calme dans un asile, pour conserver les bonnes mœurs, pour obtenir la guérison, et à défaut l'amélioration de la folie, le *travail* est un des plus puissants et des plus efficaces.

Les aliénés, à Bicêtre, s'occupent à des travaux de culture, de terrassement, de jardinage, de cordonnerie, de menuiserie, charronnage, peinture, serrurerie, buanderie.

Les femmes aliénées de la Salpêtrière se livrent à la couture, et confectionnent dans les ateliers une partie du linge des hôpitaux et hospices, et différents effets de lingerie, principalement les

les naturels des marais de Pondichéry emploient fréquemment le ***Plumbago Zeylanica*** et l'***Ammania vesicatoria***. La première de ces plantes (en tamoul, *Codiveli*, *Sitira-moulame*) a une racine brune, striée, ayant en moyenne la grosseur d'un tuyau de plume, sur 20 à 30 centimètres de longueur; l'écorce en est brune et recouvre une partie ligneuse qui, rosée à la circonférence, est d'un blanc sale au centre. D'après M. O'Shaughnessy, elle a une action vésicante égale à celle de la Cantharide; réduite en pâte et appliquée sur la peau, elle produit de la douleur au bout de cinq minutes, et la vésication est complète douze à dix-huit heures après l'application. Le grand avantage du ***Plumbago Zeylanica*** est d'être sans action sur les organes urinaires. ***L'Ammania vesicatoria*** (en tamoul, ***Kailourouvi***) est une petite plante très usitée par les naturels. On avait prétendu que les feuilles pilées produisent la vésication en une heure, tandis que O'Shanghnessy n'a obtenu l'action vésicante que douze et même vingt-quatre heures après l'application. D'après ce médecin, les douleurs qu'elle détermine sont beaucoup plus vives que celles des Mylabres et du Plumbago, aussi la considère-t-il comme inférieure aux autres vésicants qui sont employés dans l'Inde, (*Deuxième envoi des établissements français dans l'Inde*. Pondichéry, 1861.)

— Les larves des Œstrides, que l'on rencontre sous la peau de l'homme, appartiennent à des insectes qui vivent normalement sous la peau des animaux, et qui ne se développent qu'accidentellement dans notre propre espèce. Le nombre des cas de larves d'Œstrides, trouvées dans la peau de l'homme, est assez restreint; mais probablement, comme le pense M. Spring, qui vient de présenter un intéressant mémoire sur ce sujet à l'Académie de médecine de Bruxelles, cela tient à ce que l'attention des médecins n'a pas été suffisamment éveillée. Les larves, dans le cas observé par M. Spring, avaient déterminé des bosses furonculaires caractérisées par leur couleur pâle, leur empâtement et leur flaccidité; les bords en étaient diffus, et, sur le milieu de l'une d'elles, était une ouverture presque imperceptible. Chacune de ces bosses furonculaires laissa échapper une larve d'Œstre parfaitement caractérisée, et que le savant entomologiste, M. Lacordaire, reconnut appartenir au genre ***Hypoderma*** et à l'espèce ***H. Bovis***. L'enfant qui portait ces larves d'Hypoderme avait vécu longtemps, et sans soins, dans une ferme, et l'on a affirmé expressément qu'elle avait séjourné souvent à l'étable de la ferme et auprès du bétail au pâturage. Lorsque l'enfant revint de la campagne, on remarqua qu'elle avait de fortes démangeaisons, surtout à la tête, où s'étaient développées les bosses furonculaires. Comment une larve qui, comme celle des Hypodermes, est dépourvue de crochets et d'armes, peut-elle ainsi pénétrer sous la peau de l'homme? Il est très probable qu'elle a été déposée à l'état d'œuf par l'Œstride femelle, qui aura peut-être été attirée par l'état de malpropreté où se trouvait l'enfant. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 30 mars 1861.)

— ***Plantæ quæ classe naturali congruunt, etiam viribus congruunt***, a dit Linné, et cette loi est généralement acceptée aujourd'hui. Cependant l'observation est venue corriger ce que la formule linnéenne a de trop absolu; car elle a démontré que si, dans un grand nombre de cas, il y a analogie entre les caractères et les propriétés médicales des plantes, les familles les plus naturelles peuvent présenter à cet égard de remarquables oppositions. La famille des Légumineuses, qui nous fournit un si grand nombre de produits alimentaires, nous offre, à côté de ses espèces alimentaires, quelques plantes dont les propriétés sont nuisibles; nous en trouvons une preuve dans les faits observés par le docteur James Irving dans le district d'Allahabad, aux Indes. Les habitants de ce pays, dont la constitution géologique est celle d'un vaste marais, ne peuvent, en raison même de cette humidité très grande, cultiver indifféremment toutes plantes pour leur nourriture, et parmi celles qui forment la base de leur alimentation figure en première ligne le ***Lathyrus sativus***. Sous l'influence de cet aliment il se développe une sorte de paralysie des membres inférieurs, dont les symptômes sont bien plus marqués chez les hommes qui ont mangé du ***Lathyrus*** en grande quantité que chez ceux qui en ont absorbé peu : les pauvres sont plus fréquemment atteints que les personnes aisées, les hommes que les femmes. La maladie, qui se déclare surtout à l'époque des pluies, et plus souvent pendant la nuit que pendant le jour, débute brusquement, et sans que rien ait annoncé son invasion. Les malades, qui s'étaient couchés bien portants, se réveillent les jambes roides, et accusent une très grande faiblesse de la région lombaire; la claudication, qui n'est d'abord que peu marquée, augmente peu à peu, et les phénomènes s'aggravent de plus en plus; il arrive un moment où l'usage des membres inférieurs devient complétement impossible, par suite de la roideur des genoux et des douleurs vives qui se font sentir dans les mollets; la liberté des mouvements persiste toujours dans les membres supérieurs.

---

chemises pour le commerce. Ici on ne peut s'empêcher de constater que les travaux sédentaires prédominent d'une manière fâcheuse, et il est regrettable que, dans des vues administratives, on ait enlevé aux aliénées le lessivage du linge, travail en rapport avec les forces et les habitudes de ce sexe, et bien favorable au succès du traitement.

Il est évident que le travail n'est pas organisé comme il devrait l'être, surtout à Bicêtre, puisqu'il ne s'élève pas au quart de la population totale au lieu de ses dix-neuf vingtièmes, déduction faite des infirmes (1). (Voy. le Rapport sur l'asile de Bourg.)

Le gain obtenu par le travail des aliénés leur est intégralement payé, et représente parfois des sommes considérables.

En divisant les sommes absorbées par les journées de présence des aliénés des deux sexes, ayant existé à Bicêtre et à la Salpêtrière en 1859, on voit que le travail des aliénés représente une rémunération de 5 centimes par journée pour les hommes, et de 15 centimes pour les femmes. Ce qui réduirait d'autant le prix de la journée si l'asile encaissait les bénéfices. On devrait examiner dans quelle mesure la chose serait juste et possible.

C'est une grave question résolue à mes yeux que celle qui a trait à l'usage des *moyens de contrainte* dans le traitement de la folie. La discussion élevée sur l'emploi de cette méthode et sur celle du *no restraint* n'est point nouvelle. Elle rappelle celle qui de tout temps a occupé les meilleurs esprits : l'emploi de la crainte chaste et celui de la crainte servile, et touche à des doctrines du plus haut intérêt : au spiritualisme et au matérialisme. Partant de cette idée que, quelque dégradé que l'homme paraisse par l'aliénation mentale, il conserve toujours des restes de son origine divine, c'est-à-dire de raison, de conscience et de bonté, l'indication médicale ne saurait être douteuse. Elle consiste à développer la raison, à éclairer la conscience, à cultiver le cœur du malade, tout en agissant sur l'organisme par des moyens pharmaceutiques et hygié-

(1) Le petit nombre des travailleurs tient en partie aux translations, qui enlèvent une portion notable de la population valide, et réduisent les agents du travail et son produit.

Sous l'influence des toniques et de quelques applications de ventouses, M. Irving est parvenu à guérir un assez grand nombre de malades, et dans un temps assez court. Le nombre des individus attaqués de cette paralysie, dans le district d'Allahabad, était de 2028, ce qui donne 1 pour 31,30 habitants. Tout le monde, dans le pays, s'accorde à attribuer à l'usage du ***Lathyrus sativus*** la maladie dont nous parlons ici, et, du reste, il existe déjà dans la science plusieurs observations du même genre rapportées par Kirk, Sleeman, Thomson, Don, Vilmorin, etc. Mon aïeul, Bosc, rapporte que les cultivateurs reprochaient à cette plante de déterminer la paralysie des membres postérieurs des animaux qui s'en nourrissaient, et que M. Bourgeois lui a attribué une ophthalmie qui a attaqué le troupeau de mérinos de Rambouillet. En outre, je rappellerai une observation de M. Louis Puel, pharmacien à Figeac, sur un empoisonnement par le ***Lathyrus odoratus***. Une dame ayant cueilli un bouquet de ***Lathyrus odoratus***, le tint à la bouche et le mâcha pendant quelque temps; une demi-heure après, elle ressentit de l'astriction à la gorge et une soif ardente; ces deux symptômes augmentèrent rapidement de gravité, et bientôt la malade ne put plus articuler une parole, et perdit presque complétement l'usage des sens. Sous l'influence d'une potion antispasmodique avec oxyde de zinc, de sinapismes et d'un bain prolongé, les accidents diminuèrent d'intensité, et le lendemain la malade était assez bien remise pour pouvoir sortir. Le bouquet n'était composé que de dix branches (inflorescences), et par suite les phénomènes n'ont pas acquis l'intensité qu'ils eussent pu avoir sans cette circonstance. (***The Indian Annals of Medical Science.***)

— Parmi les substances narcotiques et enivrantes, il n'en est pas qui aient joui et qui jouissent encore, au moins dans certains pays, d'une réputation aussi grande que celle du ***hachisch*** ou extrait de ***Cannabis indica***. On a pensé à mettre à profit son action énergique sur l'organisme pour des applications thérapeutiques diverses, et parmi les personnes qui ont publié de bons travaux à ce sujet, chacun se rappelle MM. Moreau (de Tours), de Courtive, Gastinel, etc. Malgré les nombreuses expériences faites avec succès par ces savants confrères, le haschich, dans la pratique médicale, est complétement tombé en désuétude, car son action, sous nos climats tempérés, est beaucoup moins énergique qu'en Orient, et en même temps moins certaine. Cependant il lui reste encore quelques défenseurs, et parmi eux nous citerons M. Fronmüller (de Fürth), qui a publié récemment un travail important sur son utilité thérapeutique. Il résulterait des expériences de M. Fronmüller que le haschich, de tous les médicaments enivrants, est celui qui produit le mieux un sommeil analogue au sommeil naturel. Sans donner lieu à des phénomènes d'excitation vasculaire, sans suspendre les excrétions, ni produire de phénomènes nerveux graves, il agirait moins énergiquement que l'opium. Sans vouloir nier la valeur des observations de M. Fronmüller, nous ferons remarquer que nous avons observé plusieurs fois des phénomènes nerveux très graves à la suite de l'ingestion du haschich; et, pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons qu'un de nos collègues du service de M. Louis fut pris, après avoir absorbé une assez forte dose de hachisch, d'une aphonie complète qui résista à l'emploi de tout moyen, et qui disparut subitement au bout de huit jours, le malade ayant repris une nouvelle dose d'extrait de ***Cannabis***. Quoi qu'il en soit de nos réserves quant à l'innocuité du haschich sur le système nerveux, M. Fronmüller annonce s'être bien trouvé de son emploi dans toutes les maladies inflammatoires aiguës et dans les affections typhoïdes; il vante surtout l'administration alternée du haschich et de l'opium, quand celui-ci ne donne pas tout l'effet désiré. La meilleure forme pharmaceutique est celle d'extrait alcoolique en pilules. On commence par des pilules de 0gr,40. Chez un grand nombre de malades on est obligé d'augmenter rapidement les doses. (***Vierteljahrschrift für die Praktische Heilkunde.***)

— Les sels de chrome, dont l'usage est journalier dans l'industrie à cause des riches couleurs qu'ils donnent, offrent l'inconvénient grave de pouvoir déterminer des accidents très fâcheux sur l'économie. Ces propriétés vénéneuses, qui ont été niées par quelques auteurs, ont été dévoilées pour la première fois par Ducatel et tout récemment par M. le docteur Gaillard, pharmacien aide-major, qui a publié à leur sujet un mémoire intéressant duquel il résulte que ces sels chromiques doivent être rangés parmi les plus vénéneux. L'action la plus ordinaire du bichromate de potasse, dont il s'est plus spécialement occupé, est de déterminer des vomissements violents, de telle sorte que le poison est en quelque sorte son antidote à lui-même; mais quelquefois les vomissements manquent; alors le meilleur traitement consiste dans l'ingestion d'un alcali ou d'un carbonate alcalin qui transforme le sel acide en un sel neutre moins vénéneux. On emploie avec avantage les bicarbonates de soude et de magnésie

---

niques, de manière à lui faire reconquérir par l'exercice même de la liberté l'empire que donne la force morale.

De ces premières indications naît la méthode de la persuasion, la seule élevée, la seule digne de l'humanité. La crainte servile, la discipline extérieure est malheureusement parfois nécessaire à notre nature pour fortifier la crainte chaste, c'est-à-dire le sentiment du devoir et la crainte de peiner ceux que nous aimons, de perdre leur estime et leur affection; mais elle ne devrait s'appliquer qu'aux cas extrêmes où la matière domine aveuglément l'esprit, et ne jamais constituer qu'un moyen exceptionnel et temporaire. Faut-il, dans ces cas exceptionnels, recourir exceptionnellement à la cellule ou à la camisole? L'une et l'autre ont leur opportunité; la science et la sagesse consistent à en discerner l'indication, et à l'appliquer toujours avec humanité et avec bonté. Les cellules matelassées, les jardins spéciaux avec chambre d'habitation en compagnie d'un surveillant, sont des moyens précieux pour faire disparaître l'usage des liens, qui meurtrissent le malade et avilissent l'autorité. Vous avez vu qu'à Bicêtre on fait abus des moyens de contrainte par suite des vicieuses dispositions des localités. Dans la 1re section, en effet, outre les deux camisoles dont les aliénés étaient porteurs, six au moins étaient fixés dans leurs lits au moyen des procédés que je vous ai décrits. Il en est de même dans la 2e section, où l'on compte en moyenne 4 camisolés de jour et un nombre de malades fixés sur leurs lits égal à celui de la 1re section. Enfin la 3e section présente en moyenne 6 camisolés et plusieurs malades fixés. Ce qui donne un chiffre total d'environ 27 malades fixés ou camisolés sur une population de 980 aliénés, soit 1 sur 36.

A la Salpêtrière, on ne compte que 18 malades fixées ou camisolées sur 1431 aliénées, soit 1 sur 79. Aucune malade n'est renfermée dans les cellules pendant le jour.

Quant aux robes de gâteux, cette réminiscence des temps passés, je n'en ai trouvé aucune à Bicêtre, lors de mon inspection dans les 1re et 2e sections, 8 malades appartenant à la 3e section en étaient affublés. On comptait le 1er octobre, dans cet établissement, 92 gâteux, ce qui donne une proportion d'environ 1 sur 10.

qui se combinent plus facilement en sel neutre. Pour se débarrasser du sel formé ainsi dans l'estomac, qui, bien que moins vénéneux que le bichromate, n'en a pas moins cependant une action fâcheuse, il faut provoquer le vomissement en titillant la luette ou en administrant de grandes quantités d'huile ou d'eau tiède. L'action rapide du bichromate sur l'estomac comme caustique, indique la nécessité de le neutraliser dans le plus bref délai possible. Comme un grand nombre d'autres substances, le bichromate de potasse ou les sels de chrome sont éliminés par les urines, comme il est facile de s'en assurer par les réactions chimiques, qui déterminent dans le liquide la production d'oxyde de chrome, sous la forme d'un précipité vert sale. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 21 avril 1861.)

— Le nombre des médicaments proposés pour arrêter la sécrétion mammaire est considérable ; mais comme il se présente des cas où ils ne donnent pas de résultats satisfaisants, il ne peut être indifférent d'en rappeler un, déjà mentionné d'ailleurs par la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et qui paraît avoir rendu de grands services aux médecins américains. La belladone, appliquée sur les seins, aurait généralement arrêté la sécrétion du lait dans un court espace de temps. Le docteur A. Hard (*Chicago medical Journal*) a obtenu de bons effets de l'application sur les seins de 1 scrupule (1,15 gr.) d'extrait de belladone, dilué dans un fluid-once (24 gr.) d'eau. M. Renque s'est bien trouvé d'onctions faites avec un mélange de 2 scrupules (2,30 gr.) d'extrait de belladone, 2 onces (48 gr.) d'eau de laurier-cerise et 1 once (24 gr.) d'éther sulfurique. Pour éviter la sensation désagréable de l'éther, M. le docteur Schaur a substitué l'alcool. Le docteur Fountain fit pratiquer des frictions sur toute la surface des seins chez une dame atteinte de galactorrhée ancienne (remontant à trois ans) et rebelle, avec un mélange à parties égales d'extrait de belladone et de glycérine, et en moins d'une semaine il arrêta complétement cette sécrétion, qui ne s'est plus reproduite. Les médecins américains ont pu ainsi non-seulement obtenir fréquemment des succès semblables, mais ils ont pu prévenir la formation d'abcès du sein : aussi considèrent-ils généralement la belladone comme un spécifique dans ces sortes de cas. (*The Cincinnati Lancet and Observer*, août 1861.)

— La valériane, dont l'emploi dans les affections nerveuses est si fréquent, est aussi employée dans les environs de Barcelone comme antipériodique. Les habitants, pour combattre les fièvres intermittentes surtout chez les enfants, et pour prévenir le retour de la fièvre, arrêtée par le sulfate de quinine, appliquent la poudre de valériane sauvage en épithème, sur les pieds des malades et arrivent ainsi à des guérisons qui pourraient sembler incroyables. Mais les professeurs Poujadas et Enciso, au rapport de M. Stan. Martin, ont vérifié cette propriété antipériodique de la poudre de valériane sauvage, et l'administrent de la manière suivante : « On couvre un linge, ou on saupoudre l'intérieur des pieds d'une paire de bas d'une forte couche de racine de valériane nouvellement réduite en poudre; de cette façon, toute la plante des pieds est en contact avec l'agent médicamenteux. Le malade conserve ses bas nuit et jour, pendant deux septénaires : seulement il renouvelle cette poudre plusieurs fois, parce que avec le temps elle devient trop humide, ou acquiert une odeur fétide. Ce médicament agirait-il de même en France? La question sera facile à résoudre, car les sujets n'y manquent pas et l'expérimentation est inoffensive. » (*Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1861.)

LÉON SOUBEIRAN.

---

M. J. Guérin, comme nous l'avons dit, a tenu tête à ses adversaires, insistant presque exclusivement sur un point, qui est le point pratique, à savoir l'existence d'une morve rudimentaire et parfaitement curable. Il a tenu tête avec les seules armes qu'il eût à sa disposition, celles qu'il a pu emprunter à plusieurs médecins vétérinaires, et nous avons appris avec plaisir que beaucoup d'entre eux, dans l'armée comme dans le civil, ne s'associent pas à l'opposition si absolue de l'École d'Alfort. Comme nous l'avons dit, nous sommes en principe avec M. Guérin. Sur le terrain des faits, nous nous étonnons de la divergence qui sépare, sur une question de cette nature, les médecins vétérinaires, et nous attendons. On annonce l'intervention de M. Reynal. Le cercle tracé par M. Bouley, maintenu par MM. Renault et Delafond, va-t-il se rompre ou se resserrer encore?

A. D.

---

Le travail de M. Fischer sur un cas d'exostose sous-unguéale, que nous avons publié dans notre dernier numéro, avait été lu à la *Société anatomique*. C'est par oubli que ce fait n'a pas été mentionné à la suite du titre.

---

M. le ministre d'État vient de souscrire pour 50 exemplaires à la traduction de la CHIRURGIE DE PAUL D'EGINE, par M. R. Briau.

---

au lieu de 1 sur 10 qu'on observe dans les asiles bien tenus. Cette proportion devrait être considérablement réduite.

A la Salpêtrière, on compte sur 1431 aliénées 373 malpropres, soit 1 sur 3,80 environ. Cette proportion est évidemment trop élevée, quoique le nombre des gâteuses soit généralement supérieur (le double), dans la division des femmes, à celui des hommes.

Le personnel spécial à la *surveillance* des aliénés de Bicêtre est fixé à 116 employés, ce qui donne en moyenne, pour une population de 980 malades, 1 surveillant sur 8,52. Ce personnel, à la Salpêtrière, s'élève à 146 employés pour une population de 1341 aliénés, ce qui établit une moyenne de 1 surveillant sur 9,10. Si l'on déduit des chiffres de 116 et 146 ceux de 36, et 23 pour les services de nuit : portiers, baigneurs, barbiers, on réduit le nombre des surveillants de Bicêtre à 80, soit 1 sur 12, et celui des surveillantes de la Salpêtrière à 123, soit 1 sur 10. Mais si l'on considère que le nombre des veilleurs est porté à 19 pour 980 malades traités dans le premier asile, au lieu de 10 veilleuses pour 1431 aliénées placées dans ce dernier; que celui des portiers est de 8 à Bicêtre pour 3 sections, non compris 2 pour Sainte-Anne, et de 5 seulement pour les 5 sections de la Salpêtrière, on ramènera facilement à 1 sur 10 la surveillance de Bicêtre.

Cette proportion me paraît suffisante dans l'état actuel des choses, et je crois qu'elle gagnerait beaucoup si l'on divisait les espaces actuels de manière à *multiplier les quartiers*, et à en restreindre la population. Avec ce mode de procéder, on opérerait une classification plus régulière des aliénés ramenés ainsi à la vie de famille. On concentrerait dans un seul surveillant, chef de quartier, contrôlé et impulsionné par un chef surveillant, une autorité et une responsabilité qui perdent de leur valeur lorsqu'elles sont transmises à plusieurs intermédiaires ou étendues à une trop grande masse. On faciliterait ainsi l'étude des idées, des sentiments, des inclinations, des goûts, du caractère, de la force morale de l'aliéné, et l'on fournirait au médecin un levier puissant pour sa thérapeutique; on varierait et multiplierait les travaux extérieurs. Dans cette idée, le quartier, considéré jusqu'à ce jour comme un lieu de résidence permanente, perdrait avec cette des-

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie cutanée.

Leçon professée a l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Bazin, a l'ouverture de son cours de pathologie cutanée, recueillie et rédigée par M. Émile Baudot, interne lauréat des hôpitaux.

Messieurs,

En 1855, j'ai inauguré dans l'enceinte où nous nous trouvons aujourd'hui réunis un nouvel enseignement de pathologie cutanée, et, depuis cette époque jusqu'à ce jour, j'ai parcouru et minutieusement exploré toute l'étendue du domaine pathologique dont je vous avais assigné les limites et qui constitue une partie si importante de la nosographie.

Appliquant à l'étude de la dermatologie les doctrines médicales traditionnelles; m'aidant des progrès immenses réalisés dans les sciences physiques, chimiques et naturelles; mettant en usage les nombreux moyens d'investigation que le génie humain découvre chaque jour dans sa noble ardeur de reculer les bornes de la science, je pus sans peine diriger victorieusement mes attaques contre les travaux des médecins qui m'ont précédé dans la carrière ou la parcourent avec moi.

Aucune classification ne trouva grâce devant mes yeux : celle de Willan comme celle d'Alibert, celle de M. Rayer comme celles de mes collègues, toutes durent passer au crible d'une critique justement sévère et se voir successivement renversées, parce que toutes reposent sur des bases instables, sont entachées d'un vice radical, offrent en un mot la confusion de la maladie, l'affection, la lésion et le symptôme.

Je n'ai pas la prétention de passer en revue toutes les classifications qui, depuis Mercurialis jusqu'à M. Devergie, ont été successivement mises au jour par les médecins dont la plume s'est exercée sur la pathologie cutanée; le temps ne me le permet pas, et d'ailleurs cette revue rétrospective, si elle n'était fastidieuse, serait au moins inutile, puisque toutes ces classifications peuvent être rattachées à trois classifications mères : celle de Willan, celle de M. Rayer, celle d'Alibert. Seules, ces classifications seront donc de notre part l'objet de quelque attention, et j'espère facilement vous démontrer la supériorité de celle que nous avons établie sur toutes ses aînées et ses contemporaines.

Willan, s'engageant dans la voie que Plenk avait préparée dans son traité intitulé : *Doctrina de morbis cutanis, qua hi in suas classes, genera et species, rediguntur*, 1783, prit pour base de sa classification la lésion élémentaire à sa période d'état, et admit les huit classes suivantes : affections papuleuses, squameuses, exanthématiques, bulbeuses, pustuleuses, vésiculeuses, tuberculeuses, maculeuses.

Cette classification du médecin anglais constitua un progrès évident au temps où elle fut émise, et présente aujourd'hui même une utilité incontestable pour l'étude des affections cutanées : aussi l'ai-je conservée, mais en la modifiant et en augmentant le nombre insuffisant de ses éléments par l'addition de l'hypertrophie crypteuse; des tumeurs de la peau désignées sous les noms de *pian*, *mycosis* et *fongoïde;* du furoncle, et enfin du godet favique, éléments dont Willan n'avait pas fait mention dans sa classification. Toutefois, je me suis gardé, en l'acceptant, de tomber dans l'erreur de ce dermatologiste et d'un grand nombre de médecins : je ne l'ai pas considérée comme une classification des maladies de la peau, mais seulement des lésions cutanées élémentaires, et, si je vous conseille de graver dans votre mémoire le tableau de notre classification qui comprend les lésions cutanées, et de rechercher, toujours en présence d'une affection de la peau, quel est l'élément primitif par lequel elle a débuté, je ne saurais trop vous engager aussi à ne pas vous satisfaire de ce diagnostic élémentaire, et à rechercher, en outre, et le genre et la nature de cette affection.

*Classification sémiotique.* — Ainsi la classification de Plenk et de Willan n'était pas une classification des affections de la peau, mais seulement des éléments qui la constituent, et nous devons considérer comme rétrogrades les médecins qui l'acceptent et la défendent en l'envisageant sous le même point de vue que son auteur. M. Rayer est parti d'un principe différent de celui de Willan pour établir sa classification : d'après ce médecin, il est nécessaire de séparer les éléments constituants de la peau et d'en étudier ensuite les altérations; aussi divise-t-il les maladies de la peau en quatre classes, dont la première comprend celles qui sont propres à cette membrane elle-même, c'est-à-dire les inflammations, les sécrétions morbides, les congestions hémorrhagiques, l'anémie, les névroses, les vices de conformation;

La deuxième, celles qui ont pour siége les dépendances de la peau, c'est-à-dire les altérations des ongles et des poils;

La troisième, celles qui sont causées par la présence des corps étrangers qui peuvent s'y développer, qu'ils soient animés ou non;

La quatrième, les maladies primitivement étrangères à la peau, mais qui lui impriment parfois des altérations toutes spéciales.

Pour nous, messieurs, la classification de M. Rayer n'est pas plus une classification de maladie que celle de Willan, mais seulement une classification anatomo-pathologique; elle nous offre le même vice radical que nous avons signalé dans son aînée : la confusion de la maladie avec l'affection, la lésion et le symptôme. Cependant, envisagée au point de vue de l'anatomie pathologique, elle mérite d'être conservée, et notre deuxième tableau vous représente cette classification avec les modifications que nous avons cru devoir y apporter.

*Classification anatomo-pathologique.* — Alibert avait entrevu les imperfections de la classification anatomique de Willan, et conçu l'idée de grouper les affections de la peau selon une méthode naturelle, en réunissant dans une même classe toutes celles qui pou-

---

tination sa désolante monotonie. Rendu par la variété de ses occupations à une existence en quelque sorte libre et accidentée, livré aux travaux agricoles, horticoles et industriels, et aux divers exercices littéraires propres à raviver ou entretenir l'énergie de ses facultés, échangeant ses idées avec ses surveillants, qui deviendraient les chefs de colonnes de ses travaux en harmonie avec ses aptitudes et ses anciennes habitudes, l'aliéné ne rentrerait dans son quartier que pour y jouir d'un repos qui n'a besoin que du confort de la vie, des agréments de la vue et d'une surveillance facile.

Mais la chose est-elle possible avec l'organisation actuelle du service de la surveillance? Je ne le pense pas. Pour multiplier le nombre des quartiers et varier les travaux extérieurs, pour augmenter l'activité de la surveillance en la simplifiant, pour modifier enfin plusieurs de ces rouages inutiles, il faudrait, pour chaque section, concentrer davantage dans une seule tête l'autorité, la responsabilité et l'intérêt du service. Cette tête imprimerait à chaque chef de quartier contrôlé et impulsionné par un chef surveillant une direction ferme et pleine de forme. Il faudrait qu'elle fût armée de toutes pièces, et que rien ne pût faire fléchir cette vigoureuse autorité, que sa responsabilité fût entière comme son action et son intérêt, et que ses décisions, quoique surveillées, fussent justes et sans appel.

Ne voit-on pas poindre dans cette organisation l'institution des médecins résidants et dirigeants? Est-ce bien là ce que nous trouvons aujourd'hui? Malheureusement non. Il faudrait donc le réaliser; mais il serait impossible d'opérer cette réforme à Bicêtre et à la Salpêtrière avec l'organisation actuelle, quel que soit le mérite de l'homme de bien placé à la tête de la Salpêtrière et celui du directeur de Bicêtre, hospices où le service demande une séparation que nous indiquerons plus tard.

Concluons donc que la surveillance du service des aliénés, pour être puissante, facile et simplifiée, pour obtenir les meilleurs résultats, devrait être l'objet d'une organisation qui entraînerait la distraction des aliénés des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, et constituerait alors un service distinct et spécial.

vaient être rattachées les unes aux autres par les liens de causalité, de marche, de terminaison et de traitement identiques. Mais avait-il réellement fondé une classification naturelle? Je n'hésite pas à répondre négativement.

Le célèbre professeur, adoptant les expressions populaires de *teigne* et de *dartre*, en fit deux grandes classes comprenant, la première, les maladies du cuir chevelu, et la deuxième, les maladies nombreuses et variées qui peuvent exister sur le reste du tégument externe; en outre, il avait admis les neuf classes suivantes : les pliques, les éphélides, les cancroïdes, les lèpres, les pians, les ichthyoses, les syphilides, les psorides, les scrofules; enfin il avait établi les subdivisions de ces classes en prenant pour base la lésion locale prédominante : les dartres, par exemple, offraient les variétés furfuracée, squameuse, crustacée, rongeante, pustuleuse...; la teigne, les variétés faveuse, granulée, furfuracée, amiantacée.

Ne vous semble-t-il pas que cette classification ne répond nullement aux principes que l'auteur y avait inscrits en tête? Les teignes comprennent-elles des affections de même nature, ou au contraire des affections scrofuleuses, dartreuses, parasitaires..., c'est-à-dire de nature différente? Le seul lien qui les unit n'est-il pas exclusivement anatomique? La seule notion de siége au cuir chevelu, qu'entraîne à sa suite l'expression *teigne*, n'est-elle pas insuffisante à vous donner une idée de la marche, de la durée, du traitement convenable de l'affection? Ces réflexions enfin ne sont-elles pas applicables à la plupart des autres groupes de sa classification?

Concluons donc en affirmant que l'idée d'une classification naturelle régna sans doute dans l'esprit d'Alibert, mais ne reçut jamais sa parfaite exécution. Comment pouvait-il en être autrement? Alibert ne confondait-il pas aussi la maladie, l'affection, la lésion et le symptôme? n'était-il pas aussi organicien que Willan et ses sectateurs?

Nous avons remplacé cette classification par le grand tableau que vous trouverez dans notre TRAITÉ DE LA SCROFULE, tableau d'après lequel nous admettons deux classes : la première comprenant les affections de la peau en voie d'évolution (affections pathologiques de cause interne ou externe), la deuxième, les affections de la peau arrêtées dans leur évolution (affections stationnaires, difformités congénitales et acquises).

Cette classification ne se distingue pas seulement des précédentes par quelques légères additions, c'est une transformation complète : nous avons fait table rase de toutes celles qui avaient été émises avant nous, et construit sur leurs ruines un édifice auquel les progrès de la science apporteront peut-être quelques modifications, mais dont les bases résisteront aux efforts du temps.

Vous me demanderez probablement sur quelles preuves je m'appuie pour assigner cette supériorité à notre enseignement et à nos doctrines.

Sans doute, si nos collègues avaient unanimement adopté les idées que nous professons, vous vous inclineriez devant cet hommage rendu par des autorités aussi imposantes. En est-il donc ainsi?

La séparation que nous nous efforçons d'établir entre l'affection et la maladie a-t-elle été acceptée? Nullement.

Les médecins de cet hôpital ont-ils reconnu les différences qui séparent, selon nous, les maladies constitutionnelles et les diathèses? En aucune façon. Mais alors, si nos doctrines sont tellement supérieures, d'où vient donc la réprobation dont elles sont l'objet?

Ne savez-vous pas que toutes les réformes, qu'elles soient scientifiques ou politiques, ne sont pas généralement accueillies avec faveur, mais plus souvent, au contraire, systématiquement repoussées, soit qu'elles blessent les croyances et froissent l'amour-propre, soit qu'elles viennent dévoiler les erreurs que l'on a professées pendant vingt-cinq ans de sa vie? Ignorez-vous que la plupart de nos grandes découvertes ont été regardées comme autant de paradoxes par la génération contemporaine?

Cependant, messieurs, toutes les innovations que j'ai apportées dans la pathologie cutanée n'ont pas été rejetées : les affections parasitaires ont été successivement admises par MM. Hardy, Gibert et Devergie, et l'un de nos collègues a même imprimé que la dermatologie nous était redevable du seul progrès important que pût revendiquer notre époque. Mais, tout en acceptant nos opinions, en nous prodiguant des louanges, on ne put s'empêcher de faire des restrictions : on se demanda si nous n'avions pas trop étendu le domaine des affections parasitaires; on manifesta la crainte de nous voir parcourir, sans nous arrêter, la voie du parasitisme et rattacher à cette cause la plupart des affections cutanées. Le temps s'est chargé de faire taire ces craintes chimériques, et la division des affections cutanées en affections parasitaires, artificielles et constitutionnelles, a démontré le peu de fondement de ces assertions prématurément émises.

Les affections artificielles, dont on ne saurait dire aujourd'hui qu'elles sont encore un sujet d'études, puisque nous en avons fait l'histoire complète dans nos leçons de l'année dernière, sont aussi généralement adoptées que les affections parasitaires, et ont pris une place qu'on ne saurait désormais leur enlever dans le cadre nosologique.

Déjà les affections pathogénétiques ont été moins favorablement accueillies par le public médical. D'où vient cette différence d'appréciation, si ce n'est de ce fait, que l'existence des affections parasitaires et artificielles est évidente, palpable, pour ainsi dire, puisque la cause tombe sous les sens, et que la maladie se confond avec l'affection qui en est l'expression, tandis que la relation de cause à effet qui existe entre le médicament ingéré et l'éruption cutanée consécutive frappe moins les yeux et l'esprit, que les médecins ignorant le plus ordinairement la nécessité d'une prédisposition spéciale pour que l'ingestion du copahu ou de l'arsenic, par exemple, soit suivie d'une éruption cutanée, et ne constatant pas toujours

---

CLASSIFICATIONS.

En résumant les diverses classifications des aliénés traités à Bicêtre et à la Salpêtrière, on a en moyenne :

*Hommes :* Agités ou dangereux, 1 sur 8,20; semi-paisibles et paisibles, 1 sur 2,20; gâteux, 1 sur 10; infirmeries, 1 sur 2,90.

*Femmes :* Agitées ou dangereuses, 1 sur 7,60; semi-paisibles et paisibles, 1 sur 1,80; gâteuses, 1 sur 3,10; infirmeries (pour ordre), 1 sur 7,02.

Ce tableau confirme par des chiffres ce qui a été dit sur la proportion beaucoup trop élevée des agités, des gâteux et des malades placés à l'infirmerie, par rapport à la population générale.

GUÉRISONS.

Il résulte des tableaux statistiques que la moyenne des guérisons s'est élevée, de 1839 à 1858, à 1 sur 6,27 à Bicêtre, et à 1 sur 4,02 à la Salpêtrière. Mais dans ces chiffres sont évidemment compris des aliénés dont l'état n'a été qu'amélioré. En additionnant les aliénés traités de 1839 à 1843 inclusivement, on trouve que sur 3876 aliénés traités à Bicêtre 1387 sont sortis guéris, soit 1 sur 2,70; et qu'à la Salpêtrière, sur 3456 aliénées traitées dans la même période, 1711 sont également sorties guéries, soit 1 sur 2,90; que 196 hommes aliénés ont été retirés par leur famille de Bicêtre avant guérison, soit 1 sur 19,77, et qu'à la Salpêtrière 309 ont été également retirées par leur famille, soit 1 sur 16,30.

Tandis que, en additionnant les aliénés traités de 1844 à 1858, on trouve que sur 11,101 aliénés traités à Bicêtre 3317 sont sortis guéris, soit 1 sur 3,34; que sur 10,977 aliénées traitées à la Salpêtrière, pendant la même période, 3763 sont sorties guéries, soit 1 sur 3,34; et que 2141 ont été retirés à Bicêtre par leur famille avant guérison, soit 1 sur 11 environ, et 1370 à la Salpêtrière, soit 1 sur 9,18.

La différence des guérisons serait donc favorable à la période

cette éruption après l'administration de ces médicaments, sont portés à la nier ou à la regarder comme pathologique?

Que de fois n'ai-je pas observé des éruptions copahiques que l'on avait considérées comme syphilitiques!!! Mais, soyez-en convaincus, le même sort qu'éprouvèrent les affections parasitaires et artificielles est réservé aux affections pathogénétiques, et quelques années ne s'écouleront pas avant qu'elles soient universellement adoptées.

Mais si l'on a admis l'existence des affections parasitaires et artificielles, on n'a pas moins repoussé nos doctrines; et qu'est-il advenu de cette adoption des faits, d'une part, et du rejet des idées fondamentales de l'autre, sinon que l'on a fait entrer, contre toutes les lois naturelles, dans la classification de Willan, nos affections parasitaires et artificielles, étonnées, sans doute, de se trouver au milieu d'êtres aussi dissemblables que ceux qui les entouraient? Ouvrez plutôt les ouvrages contemporains, celui de M. Gibert par exemple, ne trouvez-vous pas la gale placée à côté des affections vésiculeuses, de l'eczéma et de l'herpès; la mentagre parasitaire à côté de l'acné?

Les médecins qui ont adopté la classe des affections parasitaires et celle des affections artificielles n'en ont donc pas moins commis une erreur capitale en voulant les placer dans un cadre suranné; d'ailleurs, aveu bien triste à faire, les hommes qui condamnent nos doctrines ne les connaissent pas ou ne se sont pas donné la peine de les approfondir, et les rejettent systématiquement parce qu'elles sont en désaccord avec celles qu'ils professent... N'avons-nous pas vu, dernièrement, un médecin dont la plume avait fait un éloge pompeux de nos leçons sur les affections parasitaires, dans une feuille périodique, critiquer et rejeter sans appel notre arthritisme, prétendant que nous avions détruit d'une main ce que nous avions fait de l'autre! Médecin complétement étranger à la dermatologie, ne l'ayant jamais étudiée sérieusement, et qui, en repoussant l'arthritis, repoussait seulement la doctrine que nous professons à son sujet!

Cependant, messieurs, il existe aujourd'hui un assez grand nombre de jeunes médecins distingués qui ont accepté franchement nos idées, les défendent chaque jour, travaillent même au couronnement de l'édifice que nous avons construit. Je suis heureux de pouvoir vous signaler spécialement M. Allard, médecin inspecteur des eaux, qui dernièrement encore a publié une brochure sur l'arthritisme viscéral.

Tel est aujourd'hui l'état des esprits à l'égard des affections parasitaires et artificielles; il me reste maintenant à vous énumérer les objections qui ont été dirigées contre notre classe d'affections de cause interne, et à les renverser successivement.

Toutefois, je ne puis m'empêcher de revenir tout d'abord sur une accusation dirigée contre nous par des hommes de talent, et de laquelle je me suis déjà plus d'une fois disculpé; on a prétendu que la division des affections cutanées en deux grandes classes : affections de cause interne et affections de cause externe, n'était pas neuve, et qu'elle était simplement renouvelée de Lorry.

Il faut, en vérité, avoir bien mal lu cet auteur pour avancer une telle proposition! Non, messieurs, les divisions de Lorry ne sont pas les nôtres; non, vous ne retrouverez pas en lisant ses œuvres, nos classes, nos genres, nos espèces!

Lorry était un médecin humoriste, et pour lui toute affection reconnaissait pour cause un vice humoral, dont l'action était directe ou indirecte : tantôt, en effet, le principe morbide provenait d'un point plus ou moins éloigné de la peau, et déterminait à la surface de cette membrane des affections variées, *propellet ad cutem*; tantôt, au contraire, né de la peau, il allait infecter tout le reste de l'économie. Y a-t il dans ces idées quelque analogie avec nos maladies constitutionnelles?

Sans doute, vous trouverez dans l'ouvrage de Lorry un chapitre consacré à l'histoire de la teigne; mais ce dermatologiste attribuait cette maladie à un vice humoral, tandis que nous avons démontré qu'elle était due à l'existence d'un parasite végétal.

Sans doute, il admettait les affections causées par les parasites animaux; mais, pour lui, la présence d'un corps étranger animé était chose secondaire, et l'altération seule des humeurs était capable d'engendrer ou d'entretenir à la surface du corps le parasite animal, tandis que nous n'admettons pas la génération spontanée, et que notre thérapeutique est surtout dirigée contre l'acarus, les *pediculi*...

Enfin vous chercherez vainement dans son traité la description des affections artificielles.

Ce n'est donc pas à Lorry que nous avons emprunté notre classification, et à nous seul revient justement l'honneur de l'avoir fondée. Mais si nous sommes désormais dégagé de toute accusation de plagiat, il ne s'en dresse pas moins devant nous de nombreuses objections dont nous devons vous démontrer la faiblesse et le peu de fondement.

On nous a reproché d'avoir placé parmi les maladies dues à une cause interne, la syphilis, maladie toujours consécutive à l'inoculation d'un virus. Nous répondrons à nos adversaires : le virus est un produit, un effet de la maladie et non sa cause; pour expliquer son existence, il faut, de toute nécessité, admettre une première maladie spontanément survenue, et ayant engendré un premier virus, dont l'inoculation a été capable de déterminer consécutivement la maladie dont il était l'effet; enfin, pour expliquer la maladie spontanée, il faut admettre aussi l'existence d'une cause interne inconnue dans son essence, mais révélée par ses effets.

D'ailleurs il n'est pas un médecin qui ne fasse de la maladie un être abstrait et non un être concret; mais si la syphilis se trouve contenue en germe dans le pus virulent du chancre, la maladie ne doit-elle pas être regardée comme un être concret? Conclusion évidemment absurde.

Non, la syphilis n'est pas une maladie virulente; non, elle ne

---

antérieure aux translations pour Bicêtre et pour la Salpêtrière, et celle des retraits leur serait favorable à la seconde période. En confondant les sorties avant ou après guérison, on obtient, dans la première période, la proportion de 1 sur 2,62 pour Bicêtre, et 1 sur 2,50 pour la Salpêtrière; et dans la seconde, 1 sur 2 pour Bicêtre, et 1 sur 2,05 pour la Salpêtrière.

Il résulte de ce tableau que les guérisons sont plus nombreuses pendant la période antérieure aux translations que depuis cette période, et que les retraits par les familles ont été moins fréquents qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Le premier fait vient à l'appui de ce que nous avons avancé relativement au parti avantageux que le médecin peut tirer des relations de famille dans le traitement de la folie.

Il semblerait de prime abord ressortir du second fait, si l'on ne s'en tenait qu'aux chiffres pendant les deux périodes comparatives, que les translations seraient favorables aux sorties. C'est, en effet, ce que paraît indiquer la statistique. Toutefois, en pénétrant plus à fond dans cette grave question, on se convainc bientôt que ce résultat n'est qu'apparent. Effectivement, l'expérience démontre qu'au moment des translations un grand nombre de familles, ou même de connaissances des aliénés, s'empressent de les retirer des hospices pour empêcher leur éloignement. Mais le moment de l'orage une fois passé, ils ne tardent pas à les faire réintégrer dans l'asile; ce qui augmente le chiffre apparent des retraits et surcharge celui des admissions.

MORTALITÉ.

A *Bicêtre*, la mortalité de 1839 à 1858 a été *annuellement* de 1 sur 6,66. Elle est de 1839 à 1843 inclusivement, *avant les translations*, de 1 sur 4,15; de 1844 à 1854, *après les translations*, de 1 sur 3,17.

A *la Salpêtrière*, mortalité annuelle de 1839 à 1850, 1 sur 3,29. De 1839 à 1843, *avant les translations*, 1 sur 4,25; de 1844 à 1858, *après les translations*, de 1 sur 3,68.

D'où il suit que la mortalité est plus forte dans les deux asiles après qu'avant les translations.

consiste pas plus dans le virus syphilitique que la rage dans le virus rabique, la variole dans le virus varioleux! Seule, d'ailleurs, notre manière d'envisager cette maladie peut nous expliquer pourquoi nous observons des cas de syphilis d'une bénignité remarquable et des exemples d'une malignité effrayante, pourquoi, chez ce malade, les affections spécifiques disparaissent sous l'influence du traitement le plus simple, tandis que chez celui-là, elles sont rebelles à tous les agents thérapeutiques dont nous pouvons disposer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

**III**

## REVUE CLINIQUE.

Masses tuberculeuses développées dans le cervelet ; compression du confluent des sinus. — Mort par hydrocéphale ; par M. le docteur Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Obs. — Robert (Jean), fusilier au 33e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entré le 15 mars 1861 dans notre service du Val-de-Grâce, salle 26, n° 24.

Soldat depuis deux ans, ce jeune homme a toujours, soit dans la vie civile, soit au régiment, joui d'une excellente santé ; les bonnes apparences de sa constitution confirment les renseignements qu'il nous donne à cet égard. Au mois d'octobre dernier, sans cause appréciable, il a commencé à ressentir de l'oppression, de la toux, des douleurs vagues dans les parois thoraciques; il n'y a pas eu d'hémoptysie. L'examen physique de la poitrine fait reconnaître de la submatité avec râle souscrépitant au sommet gauche.

Mais de tous les symptômes, le plus pénible est une céphalalgie presque continue, datant des premiers jours de décembre seulement, céphalalgie variable dans son siége, qui affecte tantôt le sinciput, tantôt les bosses frontales, plus rarement l'occiput; variable aussi dans son intensité qui, parfois s'exaspère au point d'arracher des larmes au malade. Dans ces paroxysmes de douleur, son agitation est souvent extrême; il se lève proférant des cris lamentables, court dans la salle, puis s'arrête soudain, en proie à une terreur indéfinissable; c'est la nuit surtout que se manifeste cette dernière sensation, et à chaque visite le malade nous avoue combien il a peur des ténèbres.

L'intelligence est nette, la sensibilité normale; les divers mouvements que nous faisons exécuter n'indiquent d'autre trouble de la motilité qu'une extrême lassitude sans la moindre ataxie dans la progression. Apyrétie complète (pouls à 70, température à 38°), ni diarrhée, ni constipation; une peu d'anorexie. *Jamais* il n'y a eu de vomissements.

Nous avions promis au malade un congé de convalescence, promesse qui semblait l'avoir un peu relevé de son abattement, lorsqu'à la visite du 24 mars nous fûmes frappé d'un changement complet dans son état :

Il y avait eu un violent délire nocturne, remplacé le matin par un peu de somnolence très facile à dissiper du reste; le pouls était à 90, la température à 39° 5, l'anorexie complète, la céphalalgie plus intense que jamais au niveau des bosses frontales; pas de vomissements; constipation (vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement purgatif, synapismes).

Le 25 mars, troubles de la vision, plus marqués du côté gauche, où apparaissent au malade des cercles colorés d'abord nets, puis confondus en brouillard; dilatation marquée des deux pupilles; un peu d'hyperesthésie à la partie antérieure du thorax.

Le 26, mêmes symptômes, mais en outre hémiplégie faciale droite, peu prononcée, du mouvement et du sentiment; hyperesthésie dans tous les autres points du corps; pouls à 100 pulsations, température à 40°; tache méningitique, plaques violacées aux pommettes, somnolence toujours légère, réponses assez nettes; délire nocturne violent.

Le 28, l'amaurose est complète, un peu de strabisme gauche interne. Toujours absence de vomissements.

Le 30, aggravation de tous ces symptômes; l'hémiplégie, devenue complète à la face, s'étend aux membres droits; pouls moins fréquent; gêne de la déglutition, de la mixtion (cathétérisme).

Le 31, coma, selles involontaires; 36 respirations. Mort le 1er avril à midi.

*Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* (Notes recueillies par M. le docteur Laval.)

*Thorax.* — Adhérences générales des plèvres par des fausses membranes opaques, assez résistantes, enkystant, à gauche, au niveau de la scissure interlobaire du poumon, une poche remplie de 100 grammes environ de pus. Caverne du volume d'une noix au sommet du même côté, remplie à moitié de matière tuberculeuse diffluente; alentour quelques granulations jaunes ainsi qu'au sommet droit. Rien dans le péricarde, ni au cœur, qui est un peu chargé de graisse.

*Abdomen.* — Pas de traces de tubercules, soit sous-séreux, soit sous-muqueux; foie et rate de dimension et de consistance normales.

*Crâne.* — Injection assez vive des veines sous-arachnoïdiennes; quelques granulations grises disséminées à l'origine interne de la scissure de Sylvius du côté droit; dans cette même scissure, plus en dehors, granulations analogues confluentes en trois petits groupes, qui sont eux-mêmes entourés d'une plaque d'exsudation homogène, jaunâtre, épaisse de 0m,001, large de 0m,015; ces divers produits s'enlèvent facilement avec le réseau veineux de la pie-mère qui n'offre aucune adhérence à la pulpe cérébrale. Nous constatons avec soin l'absence de toute granulation, de tout exsudat dans la surface hexagonale limitée à la base par les nerfs optiques et leur chiasma, la protubérance et les pédoncules cérébraux. Distension des ventricules latéraux par une grande quantité de sérosité limpide, où semble s'être gonflé comme par imbibition le tissu cellulaire des plexus choroïdes; ceux-ci, en effet, présentent un grand nombre de vésicules transparentes, grosses comme des têtes d'épingle, d'où la pression fait jaillir un liquide identique avec celui qui les baigne au dehors; ramollissement assez marqué de la voûte.

La base de la tente du cervelet ayant été, suivant l'habitude, incisée le long des sinus latéraux, la main, introduite pour enlever le cervelet, est arrêtée à droite par une adhérence intime du lobe correspondant à la dure-mère. Cette membrane est donc détachée de l'occipital afin de ménager l'adhérence en question, et, le tout enlevé, nous constatons les désordres suivants : dans l'angle inférieur droit du pressoir d'Hérophile, angle limité par les sinus latéral et occipital droits, la dure-mère présente à sa face interne six plaques rougeâtres, fibro-vasculaires, arrondies, ayant en moyenne 2 centimètres de diamètre, 4 millimètres d'épaisseur, et dans lesquelles viennent se fondre intimement les trois tuniques cérébrales; tels sont les éléments de l'adhérence qui nous arrêtait. Chacune de ces plaques sert de substratum à un tubercule arrondi qui plonge d'autre part dans la pulpe cérébelleuse; ces six tubercules sont jaunes, consistants, entourés d'une membrane assez épaisse et tenace autour de leur base d'insertion aux méninges, membrane qui, de là, va s'amincis-

---

Cette proportion considérable s'explique principalement : 1° par la rapidité avec laquelle se succèdent les admissions dans les hospices de Paris; 2° par la séquestration des aliénés dans un nouveau milieu qui rompt brusquement, comme nous l'avons dit, les habitudes physiques, physiologiques et morales; 3° par la gravité fréquente des affections que reçoivent ces hospices; 4° par les conditions hygiéniques vicieuses que présentent les localités; 5° enfin et surtout par les translations, qui enlèvent un grand nombre d'aliénés valides, encombrent les infirmeries de maladies accidentelles graves et de paralysies avancées.

Les affections cérébrales, abdominales et thoraciques sont, dans l'ordre de fréquence, les maladies qui ont produit à Bicêtre le plus grand nombre de victimes. Viennent ensuite les affections diverses et les suicides. Ainsi, sur les 3495 décès d'aliénés qui ont eu lieu dans cet hospice de 1839 à 1844, on compte : affections cérébrales, 2802; affections abdominales, 253; affections thoraciques, 248; affections diverses, 177; suicides, 15; total : 3495.

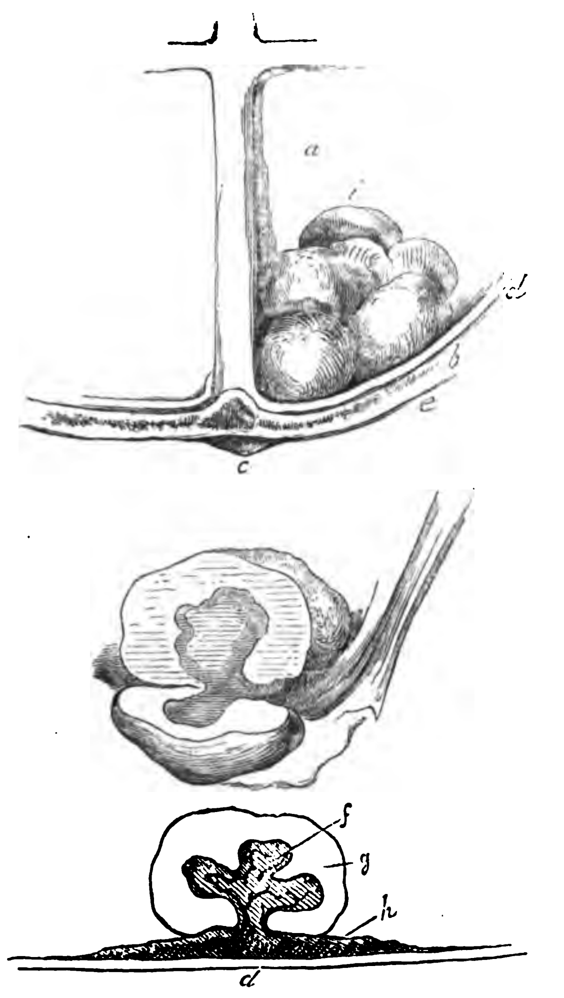
Ici se trouve confirmée la loi précédemment exposée sur le genre de mortalité dans ses rapports avec la nature de l'alimentation, les affections cérébrales l'emportant de plus du double sur les affections abdominales dans l'asile de Bicêtre, où la nourriture est excellente et abondante, tandis qu'elles sont dominées par les affections abdominales dans les asiles où la nourriture est de mauvaise qualité.

Les mêmes considérations s'appliquent à la Salpêtrière, dans laquelle on compte 2230 décès par affections cérébrales sur 5144 décès qui ont eu lieu de 1839 à 1859, ainsi répartis : affections cérébrales, 2230; affections abdominales, 1481; affections thoraciques, 1052; affections diverses, 365; suicides, 16; total : 5144.

RÉSUMÉ.

Le service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière est placé dans des conditions qui, relativement bonnes par rapport aux temps antérieurs, sont insuffisantes et appellent des réformes radicales.

sant en réseau celluleux extrêmement ténu à mesure qu'elle se rapproche du point diamétralement opposé. Ces tumeurs sont parfaitement isolées




*a.* Fosse occipitale inférieure droite.
*i.* Ensemble des tumeurs, la tente du cervelet étant relevée et la pulpe cérébelleuse détruite par macération.
*bd.* Coupe horizontale de l'occipital le long du bord d'insertion de la tente du cervelet.
*c.* Protubérance occipitale.
*d.* Dure-mère.
*h.* Plaque d'induration servant de substratum aux tumeurs tuberculeuses.
*f.* Développement en champignon du pédicule émanant des plaques précédentes.
*g.* Matière tuberculeuse crue.

l'une de l'autre; une seule présente un double étranglement, comme si elle résultait de la fusion de trois tubercules d'abord séparés; une autre présente un point d'adhérence à la surface inférieure de la tente du cervelet, en sorte qu'elle paraît avoir traversé de part en part, dans son développement, la substance cérébelleuse. Leur volume varie de 1 à 3 centimètres de diamètre. Leur incision, suivant leur grand diamètre, nous fait constater, outre leur parfaite homogénéité de couleur et de consistance, une disposition remarquable pour deux d'entre elles : du point central de leur adhérence aux membranes, émerge dans chacune de ces deux tumeurs un pédicule fibro-vasculaire de 5 ou 6 millimètres de diamètre qui, parvenu à leur centre, s'y développe en tête de champignon; ce pédicule, vu son identité de tructure et sa continuité avec elles, procède évidemment des plaques d'adhérence aux méninges; il semble qu'il y ait eu emprisonnement par ces deux masses tuberculeuses des faisceaux vasculaires qui pénétraient dans un sillon dont elles ont envahi les faces opposées.

Enfin, à côté de ces six tubercules, tous adhérents à la dure-mère, nous en rencontrons un septième libre dans la pulpe dont, au reste, il affleure presque la surface.

Le volume total de ces sept tumeurs représente à peu près le tiers de celui d'un lobe cérébelleux.

Rien de particulier dans le reste du cervelet, la protubérance et la moelle allongée.

Réflexions. — En résumé, dans cette observation, le rapport du processus anatomo-pathologique aux symptômes observés, peut s'exprimer par la formule suivante : 1° début lent, indéterminé, période apyrétique, correspondant à la tuberculisation chronique des poumons, puis du cervelet (où il n'y avait pas encore de ramollissement tandis qu'au sommet gauche la caverne était à moitié vide), et 2° explosion d'un appareil fébrile intense à invasion bien nette (le 24 mars), en rapport avec le développement de l'hydrocéphale qui a terminé la scène.

Y avait-il lieu, dans l'une ou l'autre de ces deux périodes, de diagnostiquer les masses tuberculeuses du cervelet? La céphalalgie continue d'une part, la constatation de tubercules pulmonaires d'autre part, nous plaçaient évidemment dès l'entrée du malade en suspicion d'une affection tuberculeuse intra-crânienne; pouvions-nous en préciser le siége?

Il y a bien eu quelques signes d'une affection du cervelet : 1° la douleur occipitale; mais, avons-nous dit, cette douleur n'existait au niveau de l'occiput que par exception, son siége le plus habituel était les bosses frontales; elle semblait donc se rapporter beaucoup mieux aux hémisphères cérébraux, ou à leurs enveloppes; 2° une extrême pusillanimité (Andral, *Clinique médicale*, 4° édition, t. V, p. 713; Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, p. 268); 3° une hyperesthésie bien marquée, mais survenue seulement à la deuxième période, et que nous rapporterons donc à l'hydrocéphale; 4° de l'amaurose, du strabisme, mais survenus également dans les derniers jours et apparemment sous la même influence que l'hyperesthésie; 5° une hémiplégie droite, également ultime, qui, si elle avait paru à l'époque où le cervelet seul était malade, appuierait l'opinion à peu près abandonnée du reste, de la paralysie directe dans les affections de cet organe; l'époque de son appari-

---

Les diverses sections consacrées au traitement de ces infortunés, dans les deux asiles, sont défectueuses et trop souvent vicieuses sous le double rapport architectonique et médical. Les quartiers qui les constituent, de même que les éléments qui les composent, manquent d'unité et de coordination. Plusieurs d'entre eux n'offrent aux malheureux qui les habitent ni sûreté, ni salubrité. Les dortoirs sont encombrés, les classifications sont incomplètes. Les agités sont insuffisamment disciplinés, les moyens de contrainte encore trop multipliés, le nombre des gâteux trop élevé, le service médical incomplet, la surveillance difficile et mal organisée, le travail insuffisant. Si la nourriture y est excellente, si le coucher est bon, les vêtements laissent considérablement à désirer, et demandent une nouvelle organisation, celle des trousseaux. Enfin il existe dans ces deux asiles un mélange fâcheux et contraire à la loi : il constitue un abus grave qu'il importe de faire cesser le plus tôt possible.

Déjà, au commencement du siècle, le conseil général des hôpitaux a réalisé un progrès important en éloignant pour toujours des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière les criminels qui y séjournaient. Que l'administration poursuive son œuvre en séparant encore, pour les placer dans des asiles spéciaux, les aliénés, les infirmes et les vieillards; qu'elle n'oublie pas que cette confusion illogique et contraire aux principes de la science semble établir une fausse analogie entre ces trois ordres de situations qui sont bien distinctes, et qui s'associent pourtant dans la pensée aux seuls mots de Bicêtre et de Salpêtrière. Qu'elle sache bien que ce mélange devient même l'occasion de graves abus : les familles et les maîtres cherchant à se débarrasser des infirmes et des vieillards, en obtenant leur admission dans les sections d'aliénés, avec l'espérance de les faire passer plus tard dans les sections ouvertes à la simple indigence, aux infirmes incurables et à la vieillesse.

Ces trois asiles, complétement isolés, devraient remplir chacun des conditions en harmonie avec les besoins sociaux et avec leur destination.

Partant de cette idée, que si le vieillard manque d'initiative, est impropre à l'action, il brille, au contraire, dans le conseil par

tion la met au contraire en rapport avec l'hydrocéphale, comme le fait a lieu parfois dans la méningite granuleuse.

A côté de symptômes si vagues d'une lésion du cervelet, n'avions-nous pas des signes négatifs, quelle qu'en soit la valeur : 1° l'absence de tout défaut de coordination des mouvements ; 2° de toute surexcitation des organes génitaux (la nécessité du cathétérisme vésical ne nous laisse aucun doute à cet égard, ainsi qu'il en est advenu dans une observation de Lallemand, lettre II, obs. VI, p. 234) ; 3° l'absence encore de tous vomissements (Andral, Abercrombie, Valleix, etc.), même à la période aiguë ; de toute gêne dans la liberté de la respiration ; 4° de vertiges épileptiformes si communs dans les tumeurs intra-crâniennes, quel qu'en soit le siége.

Les rapports de ces masses tuberculeuses avec les méninges et les sinus veineux nous semblent fort intéressants ; six d'entre elles sont adhérentes aux enveloppes du cervelet, et deux en reçoivent même un tractus fibro-vasculaire ; cette affinité du gros tubercule pour les membranes encéphaliques et les veines sous-arachnoïdiennes semble identifier leur processus morbide avec celui qui produit la granulation de la méningite tuberculeuse, granulation toujours contiguë aux veines ; enfin, comme troisième variété, un septième tubercule existe libre, dans la substance cérébelleuse, de toute connexion avec la pie-mère. Quant au rapport avec les sinus, il nous semble avoir eu ici une grande influence sur la production de l'hydrocéphale ; la compression du confluent d'Hérophile, et en particulier du sinus latéral droit, dont on connaît l'importance pour le retour du sang, n'explique-t-elle pas l'épanchement ventriculaire bien mieux que la méningite granuleuse, si incomplète, pour ainsi dire, chez notre sujet, puisqu'il n'existait pas une seule granulation à la base en avant de la protubérance.

Quoi qu'il en soit, ce nouveau fait confirme les lois ordinaires de terminaison, par hydrocéphale aiguë ou méningite granuleuse, des tumeurs tuberculeuses de l'encéphale, lois ainsi rappelées dans deux ouvrages qui font autorité sur ce point :

« Plus nous avancerons dans l'étude des altérations chroniques du cerveau, plus nous aurons occasion de nous convaincre que ce ne sont presque jamais elles qui causent la mort, mais tantôt une inflammation nouvelle de la substance cérébrale environnante, tantôt une hémorrhagie foudroyante, le plus souvent une arachnitis aiguë ou chronique. » (Lallemand, *Recherches sur l'encéphale*, t. II, p. 28.)

« Des masses tuberculeuses d'un très grand diamètre ont existé sans donner aucun signe de leur présence jusqu'à l'invasion d'une attaque qui s'est montrée sous la forme ordinaire de l'hydrocéphale. » (Abercrombie, *Maladies de l'encéphale*, p. 242, traduction de Gendrin, 2e édition.)

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Mémoire sur la régénération des os*, par M. le docteur *Lamare-Picquot*. — Ce travail est consacré en grande partie à la relation d'un cas de fracture de la jambe droite par écrasement chez un jeune homme de quatorze ans.

Le tibia et le péroné étaient brisés à leur partie moyenne ; le fragment du tibia, long de 8 centimètres, faisait une saillie de 15 millimètres à travers les tissus broyés ; une vaste plaie contuse occupait la région postérieure de la jambe.

Le membre blessé fut placé, après la réduction de la fracture, dans un appareil convenable, et soumis pendant trente-sept jours à l'irrigation continue.

Le 6 mars (quarante-cinq jours après l'accident), le fragment du tibia, devenu de plus en plus mobile, fut détaché ; des bourgeons charnus se formèrent au fond de la vaste cavité laissée par l'esquille enlevée ; peu à peu des incrustations osseuses apparurent et vinrent combler l'intervalle compris entre les deux extrémités divisées du tibia, et aujourd'hui un fragment osseux de nouvelle formation est venu remplacer l'esquille enlevée le 6 mars.

L'auteur pense que, le temps aidant, cette régénération deviendra assez solide pour permettre au membre fracturé de recouvrer l'intégrité de ses fonctions. (*Comm.:* MM. Flourens, Milne Edwards, J. Cloquet, Jobert.)

PHYSIOLOGIE. — *Le nerf laryngé est-il un nerf suspensif?* expériences faites pour la solution de cette question, par M. *Schiff* (de Berne). — L'auteur rapporte une série de faits qui montrent qu'il n'y a rien de spécial dans l'action indiquée du laryngé sur la respiration, mais que, chez beaucoup d'animaux, ce nerf partage cette propriété avec beaucoup d'autres nerfs sensitifs. C'est peut-être encore une preuve combien cette propriété est accessoire.

Chez beaucoup de lapins, une légère excitation de tous les nerfs cutanés du cou, de la tête et du thorax ; chez d'autres, l'irritation de tout le train antérieur, diminuent le nombre des respirations, en prolongeant l'état d'expiration du thorax et le relâchement du diaphragme, pendant que toute excitation des nerfs des membres ou de la queue augmente le nombre des respirations. Enfin il y en a chez lesquels on peut obtenir le premier effet par la compression d'une partie de la peau de toute la surface du corps.

La galvanisation de la muqueuse nasale prolonge l'expiration et le relâchement du diaphragme.

La galvanisation des ramifications et du tronc du nerf glosso-pharyngien prolonge l'inspiration et la contraction du diaphragme.

---

la hauteur de sa raison et sa vaste expérience ; que la jeunesse doit retirer de son contact avec lui le respect pour son opinion, la foi dans son jugement, la soumission à son autorité, on en déduira que le vieillard sain d'esprit doit être placé dans un asile où il puisse être abordé facilement et jouir de la libre faculté d'étendre ses conseils et son influence paternelle sur les membres de sa famille. Bicêtre et la Salpêtrière réunissent aujourd'hui, sous ce rapport, de bonnes conditions.

Partant encore de l'idée que l'infirme doit être souvent visité et consolé par sa famille et par ses amis, on peut encore en déduire que l'asile qui lui convient doit être rapproché des conditions précitées.

Enfin il faut à l'aliéné des conditions exceptionnelles de calme, d'espace, de ventilation, de vue, de distractions, de promenades, de travail, de traitement que n'offre pas le séjour dans une grande ville, et que peut seul présenter un établissement spécial.

C'est-à-dire que je considère Bicêtre et la Salpêtrière comme étant impropres au service des aliénés, et que je conclus à l'organisation de ce service dans des asiles nouveaux créés en vue de cette destination spéciale.

---

— Le *Courrier du Pérou* rapporte la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Heredia, ancien chirurgien en chef de l'armée péruvienne et doyen de la Faculté de médecine de Lima.

— Une société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se constituer à Saint-Brieuc pour le département des Côtes-du-Nord.

— Ont été nommés présidents : de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Aveyron, M. le docteur Rozier, maire de Rodez ; de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), M. le docteur Bérard.

— Un concours pour la place de deuxième chef interne des hôpitaux de Marseille aura lieu le 18 novembre prochain à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Chez les chiens et les chats, il est impossible d'obtenir, dans l'état normal, un relâchement durable du diaphragme et une interruption de la respiration dans l'état expiratoire irritant un autre nerf que le laryngé.

Mais, ajoute M. Schiff, il y a un cas spécial dans lequel il est facile de démontrer l'influence exercée par les nerfs du cou, de la tête, des membres et du milieu du dos. On éthérise ou on chloroformise l'animal jusqu'à la disparition complète des mouvements respiratoires automatiques. Immédiatement après, on applique la respiration artificielle, jusqu'à ce que l'animal recommence à faire des inspirations régulières. Au commencement de cette époque du retour des respirations, il y a un moment où toute irritation mécanique un peu vive des nerfs indiqués relâche le diaphragme d'une manière continue, et asphyxie de nouveau l'animal. Cette expérience m'a réussi une vingtaine de fois, mais elle a échoué dans d'autres cas, où j'ai attendu trop longtemps après le retour de la respiration.

Cette dernière expérience est d'une certaine valeur pratique. Elle montre qu'on ne doit jamais continuer une opération chirurgicale dans la première période après le retour de la respiration, si le malade asphyxié par les anesthésiques a été ramené à la vie par la respiration artificielle. (*Comm.*: MM. Flourens, Bernard, Longet.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.— *Application de l'alcarrazas a l'épuration, à l'aération et au rafraîchissement de grandes masses d'eau, nouvel appareil filtrant*, par M. *Bucq*. (Extrait par l'auteur.) — Dans la note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, je donne la description détaillée d'un nouveau système, permettant de fournir à très peu de frais, et sans risque de chômage, toute l'eau nécessaire à de grands centres de population, comme Paris et Londres, avec toutes les qualités de limpidité, d'aération et de rafraîchissement exigées pour une bonne hygiène.

Mon système est fondé, d'une part, sur la propriété que possèdent les pierres à filtrer des fontaines, de donner à l'eau une limpidité parfaite et de filtrer l'eau en grande quantité lorsqu'on les soumet en couches minces à une pression convenable, et, d'autre part, sur la propriété qu'ont les vases poreux, connus sous le nom d'*alcarrazas*, de rafraîchir les eaux les plus chaudes en été et de leur donner une bonne aération lorsqu'elles sont exposées à un courant d'air convenable.

Mes appareils-filtres sont en fonte, crénelés sur chaque face en forme de persiennes; à l'intérieur et sur les lames de la persienne, toutes à même niveau, sont lutées des pierres à filtre très minces et ne pouvant, par conséquent, opposer à l'eau qu'un très faible obstacle. Ces appareils sont disposés sur le faîte même des murs d'un réservoir en nombre suffisant pour répondre à tous les besoins. (*Comm* : MM. Morin, Rayer, Combes.)

— M. *Poussier* fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises relativement aux moyens propres à prévenir l'action toxique du phosphore sur les ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphoriques, et à combattre les empoisonnements produits par l'ingestion de ce corps dans l'estomac. (*Comm.*: MM. Rayer, Balard.)

MÉDECINE. — M. *Baudelocque* fait connaître les résultats d'un essai qui a été fait en sa présence pour constater l'action d'un liquide au moyen duquel on espère pouvoir dissoudre, dans la vessie, les calculs urinaires.

La composition du liquide n'étant point indiquée, il ne peut être donné suite à cette communication.

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 AOUT 1861.— PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

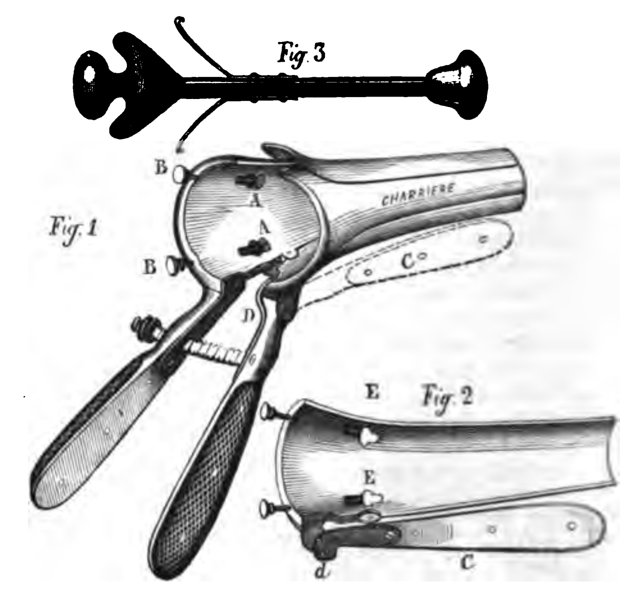
1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en date du 19 août, par lequel est approuvée l'élection de M. *Gobley* dans la section de pharmacie.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Gobley* prend séance.

2° M. le ministre de l'agriculture communique : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Baud* sur les matières grasses phosphorées de l'organisme. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *b*. Une note sur un lit mécanique à l'usage des malades de l'invention de M. le docteur *Saintard* (d'Herbouville). (*Comm.*: MM. Malgaigne et Bouvier.) — *c*. Un rapport du conseil d'hygiène publique du département de Seine-et-Oise sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans le courant de l'année aux Alluets-le-Roi. — *d*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département du Puy-de-Dôme. (*Commission des épidémies*.)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une note intitulée : *Application en grand de l'alcarrazas à l'épuration, à la filtration, à l'aération et au rafraîchissement des eaux*, par M. le docteur *Burq*. (*Comm.*: MM. Adelon, Robinet et Guérard.) — *b*. Un pli cacheté adressé par M. *Sébastian*, médecin à Béziers. (*Accepté*.)

M. *Jules Charrière* présente à l'Académie un nouveau spéculum à quatre valves. Depuis 1831, époque à laquelle M. Charrière père ajouta deux valves supplémentaires au spéculum bivalve de MM. Jobert (de Lamballe) et Ricord, on avait souvent reproché à cet instrument la trop grande mobilité des valves supplémentaires et leur désassemblage spontané. Pour remédier à cet inconvénient, M. J. Charrière a procédé de la manière suivante : 1° Les quatre tourets sont remplacés par quatre tenons AA (fig. 1)




que l'on fait entrer par la partie la plus large des mortaises EE (fig. 2). Ces tenons sont maintenus en place dans la partie la plus étroite de la mortaise par la pression des deux vis BB. Il est ainsi extrêmement facile de monter et de démonter l'instrument. Veut-on appliquer les valves supplémentaires? On engage les tenons dans les mortaises, on serre les vis; le tenon, repoussé dans la partie la plus étroite, la valve ne saurait être déplacée involontairement. Veut-on enlever les valves? Les vis sont desserrées, les tenons quittent la partie étroite de la mortaise, et les valves tombent pour ainsi dire seules. — 2° Pour rendre l'instrument plus portatif, les manches sont articulés à la base des valves. Par ce mécanisme, lorsque l'on veut transporter l'instrument, on peut placer les manches parallèlement aux valves, comme on le voit en CC (fig. 1 et 2). Pour rendre l'instrument prêt à servir, on ramène les manches dans leur position normale, et on les fixe en appuyant sur le ressort DD (fig. 1 et 2). — 3° L'embout réduit de longueur, est maintenu en place à l'aide d'un fil métallique et sans ressort.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. *Galy*, qui déclare n'avoir jamais observé un cas de transmission de la morve du cheval à l'homme pendant les six années qu'il a passées dans l'établissement de Ladmirault, à Meaux.

*Lectures.*

HYDROLOGIE. — M. *Gaultier de Claubry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un *rapport sur l'eau d'une source minérale découverte à Vals* (Ardèche). Cette eau appartient à la classe des *bicarbonatées, alcalines, calcaires*, sensiblement *ferrugineuses*.

La commission propose des conclusions favorables, qui sont adoptées.

M. le docteur *Mariano Semmola*, professeur de clinique à Naples, lit les conclusions d'un travail intitulé : *Nature et causes de l'albuminurie, et de son traitement par l'hydrothérapie.*

L'auteur cherche à établir dans ce mémoire que les altérations du rein ne constituent pas le secret du mécanisme de l'albuminurie en général, et principalement de l'albuminurie idiopathique. C'est, dit-il, dans les conditions du sang ou dans l'influence du système nerveux qu'il faut aller chercher la cause et l'origine de cette maladie. L'observation rigoureuse m'a démontré qu'il existe une rela-

tion étroite entre l'albuminurie et le trouble des fonctions cutanées : d'où je conclus que la principale indication à remplir dans les deux premières périodes de l'albuminurie consiste à activer les fonctions de la peau, à faire revivre cet organe.

M. Semmola termine en proposant l'hydrothérapie comme le moyen le plus puissant et le plus efficace pour atteindre ce but. (*Comm.:* MM. Rayer, Poggiale et Barth.)

*Discussion sur la morve.*

M. *Guérin*. Je crois qu'au milieu des opinions contradictoires qui se sont produites dans le débat, il est possible de tirer quelques conclusions lumineuses et utiles à la solution du problème qui nous occupe.

D'abord, il est bien établi que les différentes formes de la morve ne constituent pas des variétés, des espèces morbides différentes, mais des manifestations diverses procédant d'une cause unique.

Quant à l'étiologie, l'accord n'est pas encore aussi parfait. Les vétérinaires admettent l'influence prépondérante des causes hygiéniques; les médecins, au contraire, MM. Bouillaud, Tardieu et moi, pensent que ces causes ne sont que secondaires, et qu'une cause essentielle, capitale, domine ces influences étiologiques et détermine la maladie avec l'ensemble de ses caractères pathognomoniques.

Si la question scientifique est ainsi vidée, il n'en est pas de même de la question pratique. On n'a pas oublié les faits que j'ai avancés au début de la discussion et qui en ont été le point de départ. Je les ai présentés avec une conviction sincère, mais pourtant avec un point de doute qui m'a porté à en appeler à l'expérience de nos collègues vétérinaires. On sait quelle a été la réponse de ces messieurs, et de quelle manière la discussion a été conduite jusqu'à présent. Ce qu'il y a de certain, c'est que la réplique n'a pas été de nature à me satisfaire pleinement.

Quelle est donc la proposition en litige? En fait, j'ai dit qu'il existait dans l'évolution de la morve une période prodromique qui n'avait pas suffisamment fixé l'attention; en second lieu, qu'il existait des phénomènes caractérisant une morve incomplète, une morve ébauchée, et que ces cas étaient susceptibles de guérison, et même de guérison spontanée.

Qu'a-t-on objecté à ces faits? D'abord, une déclaration d'incompétence, que je ne saurais accepter, attendu qu'elle frapperait tout aussi bien le reste de l'Académie que moi-même; et, selon moi, l'Académie est souveraine en ces matières.

En outre, je crois avoir assez bien observé pour maintenir la valeur et la signification des faits sur lesquels j'ai étayé ma doctrine.

Mes adversaires ont nié les faits. J'ai donc interrogé les annales de la science. Mais on a travesti les citations que j'ai faites, et l'on m'a prêté les idées les plus extravagantes du monde.

J'ai cité Gilbert, qui déclare avoir vu la morve donner lieu fréquemment à la gourme, et *vice versa*, et l'on m'a fait dire que ces deux affections étaient identiques. Je prétends que, dans ce cas, Gilbert a cité les faits qu'il a vus, mais qu'il a mis sur ces faits l'étiquette qui ne leur convenait pas. Évidemment, dans l'espèce, ce n'était point de la gourme, mais de la morve ébauchée, de la morve incomplète.

Quelques observateurs ont affirmé avoir vu quelquefois la gourme se transformer en morve. A mon sens, il y a une liaison entre ces deux affections. La transformation existe; elle a été bien observée, et par des observateurs dont le témoignage n'est pas suspect.

J'ai cité aussi les noms de Girard père et de Mousis. M. Delafond a déclaré qu'il y avait dans le mémoire de ces auteurs une faute d'impression.

M. *Delafond* confirme ce qu'il a dit.

M. *Guérin*. J'admets ce qu'a dit et ce que répète aujourd'hui M. Delafond. Mais pourra-t-il nier que Girard fils n'ait pas soutenu la doctrine que je cherche à faire prévaloir? M. Bouley objecte que Girard fils ne fait pas autorité en pathologie, vu qu'il était professeur d'anatomie et de physiologie à Alfort. Je fais plus de cas que M. Bouley de la compétence de son ancien collègue en médecine vétérinaire. Je maintiens que les faits sur lesquels Girard a basé ses affirmations doivent être des faits sérieux et nettement établis.

Le grand argument de M. Bouley et de ses collègues, c'est que la vraie morve ne guérit pas, et que les morves guéries ne sont point de véritables morves. Je récuse cet argument, et je soutiens qu'il existe des observations bien avérées de guérison de la morve.

Je reviens à la gourme. MM. les vétérinaires ont fait une description fantastique de la gourme et de la morve; ils ont, en particulier, établi comme caractère différentiel principal entre ces deux affections l'absence d'ulcération dans la gourme. Eh bien, je trouve dans le *Recueil de médecine vétérinaire* une observation de gourme, modèle prise par un vétérinaire éminent, et qui prouve qu'on rencontre quelquefois dans la gourme la plus franche des *ulcérations taillées à pic*. (L'orateur donne lecture d'un extrait de cette observation.)

Quoi qu'il en soit, MM. Bouley, Renault et Delafond se sont montrés sans pitié pour mes assertions et pour les témoignages sur lesquels je les avais appuyées.

M. Leblanc est heureusement venu au secours de la cause que je soutiens. Il a présenté des faits et des interprétations. Les faits, je les déclare complétement conformes à ceux que j'ai observés. (M. Guérin rappelle certains passages du discours de M. Leblanc, et il ajoute) : M. Leblanc a bien constaté l'existence de prodromes de la morve, et la manifestation du glandage et du jetage chez des chevaux cohabitant avec des chevaux bien et dûment morveux. Comment se fait-il que M. Leblanc ait laissé ces faits sans chercher à en tirer des conclusions? Cela tient à ce qu'il y a une certaine doctrine aujourd'hui qui empêchait de relier ces faits d'une manière philosophique à l'évolution de la morve : cette doctrine est celle des *cas suspects*.

M. *Delafond* proteste.

M. *Guérin* justifie son assertion par la citation d'un passage du discours de M. Leblanc.

M. *Leblanc* ajoute quelques mots pour expliquer la pensée développée dans ce passage.

M. *Guérin*. M. Leblanc reconnaît qu'il y a dans la morve une période prodromique caractérisée par du jetage et du glandage, et qu'il n'ose pas appeler encore la morve. Eh bien, moi, j'ose affirmer que c'est de la morve, quoi qu'en puissent dire les vétérinaires; car, pour eux, il n'y a morve que lorsqu'il existe les trois symptômes cardinaux : le glandage, le jetage et le chancrage. Mais c'est là une doctrine qui repose sur des principes de philosophie médicale essentiellement faux, principes d'après lesquels une maladie s'établirait d'emblée, sans gradation, sans caractères préliminaires, sans degrés dans son évolution. Les vétérinaires n'admettent donc la morve que quand elle est *mûre* et bonne à abattre. Je ne saurais admettre un semblable système, qui répugne aussi bien à l'expérience clinique qu'à toute saine philosophie médicale.

M. Leblanc a donc vu les prodromes, les caractères de la morve ébauchée; seulement, il hésite à formuler son opinion à cet égard, et surtout à adopter le mot *morve ébauchée*, qui a été si rudement mené par ses confrères.

Je soutiens non-seulement qu'il existe une morve ébauchée, mais encore que cette morve peut rester à l'état d'ébauche, s'arrêter dans son évolution, et de cette manière guérir spontanément.

Reste à savoir s'il y a réellement cette succession que j'ai énoncée. Oui, je prétends qu'il y a des degrés dans les symptômes et des degrés corrélatifs dans la gravité de la maladie. Je trouve la confirmation de cette opinion dans un mémoire récent sur la morve, par M. Lainé, vétérinaire de l'armée. (M. Guérin cite un passage de ce mémoire, établissant que souvent le glandage est la principale et unique manifestation de la morve, et que, dans ce cas, la guérison de la maladie est fréquente.) Suivant M. Lainé, si on laisse les chevaux glandeux exposés aux causes efficientes de la morve, cette maladie poursuit son évolution en suivant les degrés habituels qui caractérisent ses différentes phases. MM. les vé-

térinaires de l'Académie pourront lire avec fruit le travail de M. Lainé.

Je ne m'en suis pas tenu là : j'ai consulté plusieurs vétérinaires; j'ai visité de nombreux établissements, et en particulier les écuries de l'administration des Petites-Voitures. J'ai interrogé M. Ducoux, l'habile et savant directeur de cette vaste entreprise; il m'a mis en rapport avec les vétérinaires de ses écuries, et les affirmations de M. Ducoux, aussi bien que les renseignements des vétérinaires de la compagnie ont été d'accord avec les principes que je soutiens, relativement à l'existence des phénomènes prodromiques de la morve, à la bénignité relative de ces phénomènes, à l'évolution progressive de la morve, et à la guérison spontanée de cas de morve chronique bien caractérisée (glandage, jetage et chancrage). M. Charrier cite les observations de cinq chevaux morveux et condamnés à être abattus, et qui ont guéri après avoir été placés dans des conditions hygiéniques différentes et plus satisfaisantes. J'ai vu aussi M. Prangé, vétérinaire de la poste à Paris; il m'a déclaré avoir vu des cas de morve ébauchée, et des guérisons spontanées de ces morves incomplètes.

Tels sont les faits qui m'autorisent à considérer comme parfaitement démontrées les doctrines que j'ai posées relativement à l'évolution, au pronostic et à la curation de la morve.

Je me résume donc, et je dis : 1° que la morve est sujette, comme les autres maladies virulentes, à une évolution progressive; 2° que la morve peut s'arrêter dans la période prodromique, ce qui constitue la morve *ébauchée;* 3° que la morve ébauchée peut guérir, et guérir le plus souvent spontanément; 4° qu'elle est essentiellement caractérisée par le glandage; 5° que le jetage constitue dans la morve un phénomène grave, à cause de l'infection continue à laquelle la suppuration des fosses nasales expose le cheval; 6° qu'il faut éviter le jetage par tous les moyens possibles, ou, quand il est déclaré, neutraliser ses funestes effets par des moyens appropriés (injections nasales détersives); 7° que la morve chronique est susceptible de guérison, et qu'avant d'abattre un cheval morveux ou soupçonné morveux il faut essayer d'enrayer la maladie par tous les moyens hygiéniques ou médicinaux que la science met à notre disposition.

*Présentation.*

M. le docteur *Gachet* présente une jeune fille de vingt et un ans chez laquelle on observe une transposition complète des viscères. Plusieurs membres de l'Académie constatent, par l'auscultation, que le cœur est placé à droite.

La séance est levée à cinq heures.

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

ANALYSE DU TOME II DES ŒUVRES MÉDICO-PHILOSOPHIQUES DE STAHL, TRADUITES PAR M. BLONDIN.

M. *de Langenhagen* s'exprime ainsi :

Vous m'avez chargé de l'analyse du deuxième volume des œuvres *médico-philosophiques de Stahl*, traduites et commentées par M. Blondin. Vous m'avez trop honoré en me confiant un pareil-mandat, et je crains bien que cet ingrat travail ne réponde pas à votre attente; aussi ai-je besoin de toute votre indulgence. Il s'agit d'une œuvre abstraite, où il est souvent difficile de découvrir la pensée, l'idée, dans ce langage métaphysique, au milieu de ces phrases sans fin, que M. Blondin lui-même n'a pu éviter pour rester plus fidèle au texte. Je tâcherai cependant d'être court et précis, et d'interpréter la doctrine de Stahl aussi exactement que possible. Si vous trouvez dans cette analyse des imperfections et des lacunes, vous voudrez bien faire la part de la longueur du travail et de l'incompétence du critique.

Stahl, auteur des plus illustres dont la médecine puisse se vanter, est arrivé sur la scène médicale à un moment critique. La lutte était établie entre l'école matérialiste (mécanicisme, iatrochimisme, iatrophysicisme, etc.) et l'école mystique (Paracelse, van Helmont, avec l'influence sidérale, les archées, etc.). Le vrai milieu entre ces doctrines adverses eût été un naturisme dans le goût de celui de Sydenham. Stahl va plus loin. Imbu de la pensée thomiste, il fait de l'âme le moteur et le régulateur de l'organisme; mais, en même temps, il distingue dans ce principe immortel deux modes, correspondant aux deux manifestations fondamentales de l'existence : la pensée et les fonctions organiques. Cette doctrine n'était pas neuve assurément; elle venait de la plus haute antiquité; mais, par le développement qu'il lui a donnée, par la forme dogmatique dont il l'a revêtue, par la manière dont il l'a rattachée à la philosophie générale, par la langue même qu'il a créée à son usage, on peut dire que Stahl se l'est appropriée, et le *stahlianisme* est vraiment une doctrine personnelle.

Entrons maintenant dans l'exposé de cette doctrine.

La cause efficiente des mouvements vitaux, dit le professeur de Halle, c'est l'*âme*, principe actif et immatériel de tous ces actes dont elle n'a pas et ne doit même pas avoir conscience, attendu que cette connaissance intime serait bien souvent aussi funeste à elle-même qu'au corps qu'elle anime et qu'elle meut, conformément aux lois immuables préétablies par le Créateur. L'homme, du reste, n'a pas toujours conscience non plus des actes *intellectuels* et *instinctifs* appartenant au domaine pur de l'entendement. Le corps de l'homme est astreint à des lois de *contractilité*, de *sensibilité*, d'*irritabilité* et de *tonicité*. Sans ces lois, le *principe* qui préside aux actes vitaux ne peut rien; mais aussi la matière, avec toutes ses propriétés, serait inerte si elle n'était possédée par un *agent* supérieur et immatériel. Après avoir habilement réfuté les idées erronées des anciens et des modernes sur les *esprits*, les *archées*, les *influences sidérales*, l'*intervention divine* et le *mécanisme pur*, Stahl adopte cette idée *mère* reprise par quelques philosophes de notre siècle, que l'*agent*, le *principe* de la vie dans l'homme, c'est l'*âme*. Mais Stahl distingue expressément dans l'âme le mode qui préside aux mouvements vitaux, au travail incessant de la matière organique, du mode qui préside au travail supérieur de la pensée. De là deux grandes classes de fonctions, les unes appartenant au λογος (raison), les autres au λογισμος (raisonnement); les premières du domaine de la raison universelle *inconsciente*, les secondes du domaine de *l'intellect*, de la *conscience* et du *raisonnement*. Cette doctrine est établie d'une manière remarquable dans le chapitre du mécanisme et de l'organisme.

Ainsi s'expliquera-t-on pourquoi Stahl reconnaissait une âme aux *bêtes*. C'est une conséquence de son principe, et en cela il a été plus logique que Descartes. Les bêtes ne sont pas de pures machines. Elles ont un principe de vie et d'action qu'avec la *Genèse* Stahl appelle *âme vivifiante, sui generis;* et avec les docteurs de l'Eglise il professait que, dans l'homme, roi de la création, il existe un principe de *vie* et d'*entendement* fait à l'image de Dieu, capable de s'élever aux plus hautes conceptions métaphysiques, et de veiller aussi à l'accomplissement des lois vitales qui s'exécutent dans le corps humain.

Après ces considérations, nous voyons Stahl s'élever à l'étude des phénomènes généraux et spéciaux de la vie et de l'intelligence. Vrai chef-d'œuvre de pensée et d'exécution, Stahl ne néglige rien dans son étude des fonctions; il sait faire une large part aux phénomènes tels que l'observation les présente. Il voulait que la médecine obéît aux mouvements de la nature, tout dérangés et extraordinaires qu'ils paraissent à ses yeux. Aussi lui reprocha-t-on de négliger l'anatomie. Cependant je crois que c'est à tort qu'on l'a accusé d'une pareille négligence, car il se livrait au contraire avec ardeur à la *vivisection*, à la *microscopie*, à l'*anatomie comparée;* plusieurs de ses travaux en font foi.

Mais il faut ajouter qu'il n'en reconnaissait nullement l'utilité au point de vue pratique; et par la raison même que les connaissances anatomiques ne sont d'aucune utilité, elles peuvent dès lors, dit-il, devenir nuisibles.

Le passage suivant, que nous tirons de sa dissertation médico-philosophique, renfermée dans ce volume, résume peut-être mieux encore sa pensée :

« Ce n'est pas que je professe le moindre dédain pour l'anatomie, que j'éprouve pour elle une certaine répugnance, ou que j'en proscrive absolument l'étude; ce n'est pas non plus que je veuille qu'on la néglige, non; mais, ce qu'il y a de réel et de

constant, c'est que je nie formellement que l'anatomie soit une partie *intégrante* de l'art médical, qu'elle lui appartienne au propre, et qu'elle lui soit enfin d'une utilité effective, bien loin qu'elle lui soit tout à fait indispensable.

» Pour exprimer plus explicitement ma pensée, je dirai que tout l'objet de mes désirs et de mes exhortations consiste à éloigner purement et simplement ceux qui se livrent à l'étude de l'art médical ou à la contemplation de détails trop délicats et d'une connaissance très minutieuse de l'anatomie, alors surtout qu'ils y sacrifient tout leur labeur, qu'ils en font un exercice exclusif, et qu'il y perdent le plus souvent leur temps et leur peine. Et cela, je le soutiens, contrairement à l'opinion de ceux qui s'imaginent que l'anatomie regarde directement le médecin, pensant que c'est en elle que repose uniquement la vraie science médicale, et laissant même de côté les connaissances les plus nécessaires, pour saturer leur esprit de vaines et subtiles spéculations qu'ils regardent comme la base de la science et de l'art. »

Ce que Stahl dit de l'anatomie, il le dit de la chimie, et cependant personne ne peut contester son mérite comme chimiste, science dans laquelle il brille d'une manière toute particulière. Il est inutile de faire remarquer l'exagération de Stahl sur ce point comme sur bien d'autres ; mais, en se reportant à l'époque où il écrivait ces lignes, et en songeant à la lutte qu'il avait à soutenir contre toutes les doctrines matérialistes, de son temps, iatrochimisme, iatromécanisme, etc., etc, on concevra jusqu'à un certain point qu'il ait soutenu des thèses où il prenait le contre-pied de ces doctrines, et qui ne seraient de nos jours ni plus ni moins qu'erronées.

On ne saurait méconnaître d'ailleurs les grandes et nobles conceptions physiologiques de Stahl ; ses études sur le sang, la bile, la lymphe, le sperme, la graisse, etc., sont très intéressantes. Il entre dans les détails les plus minutieux, et souvent il est admirable dans les principes généraux qu'il pose.

Stahl admet des affections locales et générales contre lesquelles la nature réagit sans cesse inconsciemment, mais guidée par un instinct particulier qui n'est le propre que des *animaux*. En outre, il admet chez les végétaux une force *plastique* immatérielle capable aussi de réparer par une méthode spéciale les lésions matérielles de son agrégat.

La nature peut errer dans ses procédés, dit Stahl ; de là découle une thérapeutique rationnelle très active, et qui renferme les bases de tout procédé allopathique ou homœopathique qui constituent la vraie thérapeutique.

On a reproché à Stahl d'être inactif et de se croiser les bras devant ses malades ; ce reproche nous paraît au moins exagéré, à en juger par l'activité de sa thérapeutique et la richesse de sa matière médicale. Il croit à la propriété élective des médicaments, erreur profonde et tombée dans l'oubli depuis la découverte des lois de l'endosmose. Accordant une large part au sang, relativement au rôle qu'il joue dans l'économie, il préconise beaucoup la méthode des sécrétions et excrétions artificielles qu'il provoque, arrête ou seconde, selon la nécessité du cas ; la saignée est pour lui un puissant moyen ; mais il fait aussi grand cas des médicaments tirés des végétaux, des minéraux et des animaux.

Voilà, messieurs, l'esquisse du tableau que j'avais à vous présenter. Quelque pâle qu'elle soit, vous avez reconnu les traits les plus saillants de ce vaste esprit, de ce grand génie, qui pendant un demi-siècle a dominé la science, qu'il embrassait tout entière. Rénovateur et créateur, il mérite l'admiration et le respect. S'il y a des principes qu'aujourd'hui nous renions, nous n'en trouverons pas moins à cette source vive et féconde de quoi puiser pour arriver à la découverte de la vérité, ou du moins pour être éclairé dans nos recherches.

Ce tome II des œuvres de Stahl (formant le *premier* de la traduction) ne comprend pas, du reste, le travail capital de l'auteur, celui où il a déposé le meilleur de sa doctrine et de son génie : la *Theoria medica vera*. Nous n'avons encore sous les yeux que : 1° la *Thèse inaugurale* de Stahl ; 2° son *Discours sur la philosophie d'Hippocrate ;* 3° ses dissertations sur *la nécessité d'éloigner de la médecine tout ce qui lui est étranger*, sur *la différence qu'il y a entre le mécanisme et l'organisme*, enfin sur *la distinction à établir entre le mixte et le vivant du corps humain*. Mais, outre que ces travaux peuvent être considérés comme servant d'introduction à la *Vraie théorie médicale*, la pensée de Stahl est parfaitement rendue et développée, d'une part, dans une préface enthousiaste du traducteur ; d'autre part, dans des *arguments*, des *réflexions*, des *commentaires* de M. Blondin et de M. le professeur Boyer, ainsi que par le discours de Faschius, prononcé à l'occasion de la thèse de Stahl, et dont on a eu l'heureuse idée de donner ici la traduction. La part de M. le professeur Boyer dans la nouvelle édition des œuvres de Stahl doit être particulièrement signalée. Dans ses réflexions sur le *propempticum* de Stahl (*De philosophia Hippocratis*), il allie la hauteur de la pensée à une profonde intelligence du sujet (1).

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Observations d'affections de la moelle allongée,** communiquées à la Société médicale et chirurgicale de Londres par M. le docteur H. WEBER.

OBS. I. — P. S..., âgé de vingt-cinq ans, affecté de tubercules pulmonaires. En mars 1854, vertiges et affaiblissement des extrémités du côté droit, sans lésion de sensibilité. En juin, la paralysie de ces extrémités était plus prononcée ; en outre, anesthésie incomplète du côté gauche de la face et de la langue ; rétrécissement des pupilles, notamment à droite.

En juillet, à la suite de violents efforts et d'excès de boisson, aggravation rapide de la paralysie des extrémités droites, puis contracture, rigidité et affaiblissement de la sensibilité dans les membres. Les extrémités gauches s'affaiblirent également, et la mastication, la déglutition et l'articulation s'exécutèrent mal. La sensibilité faciale, toujours affaiblie à gauche, resta intacte à droite.

Le 24 juillet, paroxysme de vertiges et de convulsions, avec perte momentanée de connaissance, suivi d'une impossibilité complète de parler, d'avaler et de projeter la langue en avant. Paralysie presque complète des extrémités gauches, absolue dans les membres droits ; anesthésie complète à droite, affaiblissement très prononcé de la sensibilité à gauche. Pas d'abolition complète des mouvements réflexes des extrémités. Rétrécissement des deux pupilles. Mort dix-huit heures après l'attaque, avec les phénomènes de paralysie de la respiration.

*Autopsie.* — Dans la substance du côté gauche du pont de Varole, tout près de l'origine apparente du trijumeau, on trouve un tubercule d'un diamètre d'un centimètre, entouré d'un foyer de ramollissement et d'hémorrhagie qui s'étendait en arrière presque jusqu'au plancher du quatrième ventricule et dépassait la ligne médiane, envahissant par conséquent le côté droit. Le trijumeau gauche était plus mince que le droit.

L'histoire de ce malade peut être divisée en trois périodes successives.

Dans la première, s'étendant depuis le début des accidents cérébraux jusqu'au 8 juillet, le tubercule s'est formé dans le côté gauche et inférieur du pont de Varole, en comprimant la portion *périphérique* du trijumeau gauche.

Dans la seconde période, allant du 8 au 24 juillet, ramollissement rapide des environs du tubercule, s'étendant aux couches postérieures du côté gauche de la protubérance et à la moitié droite de ce centre nerveux.

La dernière période, comprenant les dix-huit dernières heures du malade, appartient à l'hémorrhagie qui s'est faite dans les parties ramollies, agissant en même temps par compression sur les parties voisines.

OBS. II. — C. L..., âgé de sept ans, affecté d'hydrocéphalie chronique et de tubercules pulmonaires, eut d'abord, vers la fin du mois de

(1) Depuis que cet article a été lu à la Société de médecine, le tome III des œuvres de Stahl a paru. Il est formé presque en entier par la première partie de la *vraie théorie médicale ;* on y a joint seulement des *Études générales sur la physiologie de Stahl*, par M. Blondin, études qui sont elles-mêmes l'objet de *Réflexions* de la part de M. Boyer. Nous faisons les vœux les plus ardents pour que l'entreprise de M. Blondin démente les sinistres bruits dont elle est l'objet, et, si elle doit être interrompue, pour qu'elle soit reprise par quelque ami zélé de nos gloires médicales. A. D.

mai 1856, des accès convulsifs dans le bras gauche, sans perte de connaissance; plus tard, les convulsions affectèrent également l'extrémité inférieure droite. Au commencement du mois de juillet, vertiges fréquents; vers la même époque, douleurs dans le côté droit de la face, notamment dans les dents; convulsions plus fréquentes dans les extrémités gauches. Vers la fin de juillet, rétrécissement des pupilles. En août, affaiblissement et atrophie des extrémités gauches, sans lésion de sensibilité. En septembre, aggravation de la paralysie du côté gauche, convulsions moins intenses; les douleurs que le malade éprouvait dans le côté droit de la face diminuèrent et furent remplacées par de l'anesthésie. La pupille gauche était plus rétrécie que la droite. En octobre, secousses convulsives de tout le corps, sans perte de connaissance.

Vers le milieu du mois de novembre, difficulté de la déglutition et de l'articulation, irrégularité de la respiration pendant le sommeil; contracture des extrémités paralysées.

Enfin, vers le milieu de décembre, apparurent les symptômes d'une méningite tuberculeuse: céphalalgie, vomissements, constipation, irrégularité et fréquence diminuée du pouls, coma. Mort le 31 décembre 18 6.

*Autopsie.* — Méningite tuberculeuse, avec épanchement séreux dans les ventricules.

Un tubercule, du volume d'un pois environ, existait dans la partie inférieure du côté droit de la protubérance, près du trijumeau droit, qui était atrophié Ramollissement jaune rougeâtre du tissu de la protubérance tout autour du tubercule, n'atteignant pas tout à fait la ligne médiane, et n'envahissant pas les souches postérieures du pont de Varole. Corpuscules granuleux en grande quantité dans les parties ramollies.

Ici encore la marche de l'affection peut être divisée en trois phases distinctes :

1° Depuis le mois de mai jusqu'au milieu de novembre, développement d'un petit tubercule dans la partie antérieure du côté droit de la protubérance, près de l'origine du trijumeau;

2° Depuis le milieu du mois de novembre jusque vers le milieu de décembre, ramollissement rouge de la protubérance autour du tubercule ;

3° De ce moment jusqu'à la mort, méningite tuberculeuse.

« En comparant, dit M. Weber, les symptômes de ces deux cas pendant la première période, alors que les lésions anatomiques étaient presque identiques, on remarque les différences suivantes : dans le deuxième cas, les extrémités du côté opposé à la lésion ne furent paralysées qu'après avoir présenté des convulsions répétées; l'anesthésie faciale du côté de la lésion a été précédée de douleurs dans la même région ; plus tard enfin il y eut des secousses convulsives générales. Aucun de ces symptômes ne s'est montré chez le premier malade. On peut les considérer comme n'étant pas l'effet nécessaire de l'altération locale appréciable, mais comme résultant de circonstances accessoires, telles qu'une disposition, un état spécial d'irritabilité du malade, en vertu duquel des centres nerveux éloignés de la lésion se trouvaient plus facilement troublés dans leurs fonctions.

» Sous d'autres rapports, les deux faits se ressemblent beaucoup : lésion de la motilité, d'abord de l'extrémité supérieure, puis de l'extrémité inférieure du côté opposé à la lésion; accès vertigineux; rétrécissement des pupilles, surtout du côté opposé à la lésion; lésions de la sensibilité de la face et de la langue du côté de la lésion (phénomènes dus d'ailleurs seulement aux rapports accidentels de la tumeur avec le trijumeau); intégrité de la sensibilité des extrémités des deux côtés jusqu'à la seconde période où, dans le premier fait, se montra de l'anesthésie du côté opposé à la lésion; atrophie, et subséquemment contractures des extrémités paralysées. A une époque très avancée seulement, difficultés de l'articulation, de la déglutition et de la respiration; intégrité des fonctions intellectuelles et des sens spéciaux pendant toute la durée de la maladie : tels sont les traits les plus remarquables communs aux deux faits.

» Les conclusions à en déduire, au point de vue physiologique, sont les suivantes :

» 1° Les fibres, tant sensitives que motrices, destinées aux extrémités s'entrecroisent au-dessous de la protubérance;

» 2° La partie antérieure (ou inférieure) de la protubérance ne contient pas de fibres sensitives destinées aux extrémités;

» 3° Ces fibres existent dans la partie postérieure (ou supérieure) de la protubérance;

» 4° Les fonctions intellectuelles et les sens supérieurs sont indépendants de la protubérance;

» 5° Il y a des nerfs préposés aux contractions de l'iris qui se trouvent en rapport intime avec la protubérance;

» 6° Les lésions étendues de la protubérance s'accompagnent de troubles de la déglutition, de l'articulation et de la respiration. »

Les deux observations précédentes sont d'autant plus importantes que les lésions étaient très limitées et qu'en raison de la marche lente de l'affection les troubles fonctionnels ont pu être constatés avec une grande précision.

Dans l'observation suivante, il s'agit de lésions plus compliquées; on y retrouve cependant plusieurs des phénomènes communs aux deux premières.

Obs. III. — E. G..., âgée de quarante-neuf ans, fut prise subitement, en septembre 1858, de paralysie du mouvement de tout le côté gauche, avec affaiblissement passager de ce côté et sans perte de connaissance. Au bout de onze semaines, la paralysie faciale gauche avait presque entièrement disparu; la paralysie de l'extrémité inférieure avait considérablement diminué, tandis qu'il y avait seulement une légère amélioration des mouvements de l'extrémité supérieure.

Le 30 décembre, la malade perdit subitement la faculté de parler, d'avaler et de projeter la langue en avant. Les mouvements et la sensibilité étaient complétement abolis dans l'extrémité supérieure droite, presque entièrement dans celle du côté gauche, et extrêmement affaiblis dans les deux extrémités inférieures. Les mouvements réflexes n'étaient pas complétement abolis. Les deux pupilles étaient rétrécies. La malade avait conservé sa connaissance, elle avait seulement été un peu troublée au début de l'attaque. Pas de trouble de la vue ni de l'ouïe. La malade fut prise de dyspnée, d'irrégularité de la respiration, de pneumonie, et mourut le 5 janvier (dix-sept jours après la deuxième attaque).

*Autopsie.* — Restes d'un vieux caillot sanguin tout près de la portion antérieure et externe du corps strié droit. Ramollissement jaune de l'étendue d'une noisette, au centre de la portion supérieure de la protubérance, c'est-à-dire dans la partie la plus rapprochée des caisses du cerveau. Pas de corpuscules granuleux dans les parties ramollies. (*Medical Times and Gazette*, 25 mai 1861.)

VI

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

Traité de physiologie, par *F.-A. Longet.* 2 vol. grand in-8 de 2372 pages, avec nombreuses figures dans le texte, et accompagnés de 3 planches, dont 2 coloriées. Paris, Victor Masson et fils. 30 fr.

Les souscripteurs sont priés de retirer le *complément de l'ouvrage*, qui comprend :

1re partie : *Introduction.*

2e partie, fascicule 3 : *Circulation, Sécrétion, Nutrition, Chaleur animale.* Grand in-8, p. I à XXVIII, et 683 à 1152.

Les souscripteurs à la première édition, qui ont payé l'ouvrage complet, recevront ce dernier fascicule *gratis*. Il leur sera adressé *franco* par la poste, contre l'envoi de 80 centimes en timbres-poste.

Les souscripteurs à la deuxième édition auront à payer 4 francs pour prix du fascicule, et 4 francs 80 centimes s'ils désirent le recevoir *franco* par la poste.

Études sur le cathétérisme curviligne et sur l'emploi d'une nouvelle sonde dans le cathétérisme évacuatif, par le professeur *Gély.* In-4 de 180 pages, avec 101 figures. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

Mémorial de thérapeutique a l'usage des médecins praticiens, par le docteur *F. Foy.* 1 fort vol. in-8 de 1225 pages, en deux parties. Paris, Germer Baillière. 14 fr.

Traité pratique des maladies nerveuses, par feu le docteur *C.-M.-S. Sandras* et le docteur *H. Bourguignon.* Seconde édition, corrigée et considérablement augmentée. Tome II, première partie. Paris, Germer Baillière. Prix des deux volumes. 12 fr.

La deuxième partie du tome II paraîtra vers la fin de cette année.

The Cyclopedia of Practical Surgery including an Etymological and Critical Terminology, Descriptions of Instruments and Apparatus, a Copious Bibliography and an Historical View of the Progress of the Science to the Present Day, the whole presenting a complete Digest Alphabetically arranged of the Doctrines and Practice of Surgery, by *W.-B. Costello.* 4 forts vol. grand in-8, avec figures dans le texte. Londres. Reliés. 125 fr.

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

**On s'abonne**
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 6 SEPTEMBRE 1861. — N° 36.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur.— **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur la morve. — Société de médecine de Constantinople : De la thoracentèse dans le cas d'épanchement pleurétique.— Académie de médecine de Turin : Organisation des matières sous le rapport de la quantité d'air respirable. — Traitement topique de l'érysipèle. — Contagion miasmatique de l'ophthalmie purulente ; cellules de pus dans l'atmosphère. — De la maladie du sommeil. — II. **Travaux originaux.** Pathologie cutanée : Leçon professée à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Bazin, à l'ouverture de son cours de pathologie cutanée. — III. **Revue clinique.** Note sur une disposition anatomique propre à la face antérieure de la région du poignet et non encore décrite.— IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Bibliographie.** Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris.— VI. **Variétés.** La fièvre jaune à Saint-Nazaire. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle à l'étranger.

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

#### RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 2 au 12 août 1861.*

133. GILBERT, Alfred, né à Beauraing (Belgique). [*Quelques considérations sur la nature de l'asthme.*]

134. MESTRE, Antonio, né à la Havane (île de Cuba). [*Étude sur les vertiges.*]

135. BONNET, Valentin, né à Grenoble (Isère). [*Des maladies qui simulent l'apoplexie cérébrale.*]

136. FOURNIER, P.-N.-Eugène, né à Paris (Seine). [*Des ténifuges employés en Abyssinie.*]

137. BODAIN, Louis-Charles, né à Limeray (Indre-et-Loir). [*Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme.*]

138. SICARDON, Auguste, né à Cazères (Haute-Garonne). [*Essai sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie atrophique.*]

139. MAUGENEST, Firmin, né à Saint-Amand (Cher). [*Quelques points d'hygiène, et secours à donner aux malades avant l'arrivée du médecin.*]

140. PONDEVEAUX, J.-A.-J.-Léon, né à Fleurye (Rhône). [*Hygiène des habitations privées.*]

141. LELIÈVRE, Gustave-Jules, né à Mayenne (Mayenne). [*De la grenouillette.*]

142. LIEUTAUD, Paul-Émile, né à Doué (Maine-et-Loire). [*De l'hydarthrose.*]

143. MORIN, Edmond, né à Rouen (Seine-Inférieure). [*De l'action du courant électrique sur les matières albuminoïdes du sang.*]

144. VAILLANT, Léon-Louis, né à Paris (Seine). [*Essai sur le système pileux dans l'espèce humaine.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURBON.

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle à l'étranger.

SOMMAIRE. — Toujours l'homœopathie... en Angleterre. M. Fergusson et sir Benjamin Brodie, accusés d'accointances avec elle; leurs explications. — Exploitation de la mort de Cavour par le charlatanisme anglais. — Une scène du *Légataire universel* qui ne fait pas rire un homœopathe. — Une réclame modèle. — Épreuves préliminaires pour les grades des colléges des Physicians et des Surgeons d'Édimbourg. — Question de l'admission des médecins indiens dans le corps de santé militaire. — Mort de M. *Quekett*. — La vaccine en Angleterre. — Expertises médicales dans les cas d'accidents arrivés sur les chemins de fer. — Le charlatanisme à son aise. — La médecine irlandaise il y a trente ans. — Genèse du corps médical à Constantinople. — Société mutuelle médicale en Piémont. — *Idem* en Lombardie. — Le docteur *Pasero* et le docteur *Pacchiotti*. — Guerre des États-Unis; commission sanitaire. — Une académie de médecine dans le Minnesota.

L'Angleterre est dure depuis quelque temps à l'homœopathie. Elle la traite, cette intelligente Albion, en pestiférée. La malheureuse a beau, comme chez nous, se faire humble, renier Hannemann, implorer seulement une toute petite place au foyer des doctrines générales de la médecine, jeter enfin sur son casque à plumes et son burnous doré un lambeau de la vieille et respectable robe noire, personne ne s'y trompe. Les oreilles sont trop longues! Pourtant il s'était trouvé chez nos voisins d'honorables médecins qui, par des considérations étrangères à la science, consentaient de temps à autre à rencontrer les homœopathes en consultation. Mais le corps médical anglais est en train d'y mettre bon ordre; et dans les négociations que nécessite une campagne de ce genre, on ne sait ce qu'il y a de plus humiliant pour l'homœopathie, ou de l'anathème dont elle est l'objet, ou des motifs allégués par les médecins pour s'excuser d'avoir entretenu commerce avec elle. Nous avons déjà parlé de l'affaire du docteur Roberton. En voici deux autres concernant des confrères de la réputation la plus haute et la mieux méritée.

Le premier est M. Fergusson, qui vient d'être mis en cause à l'occasion de son élection au conseil du Collége des chirurgiens. Un tel honneur est un sujet de grande ambition pour les *Fellows* de collége, et il était surprenant qu'un homme de la valeur de M. Fergusson n'y fût pas encore parvenu. Voici à quoi cela tenait.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 5 septembre 1861.

*Académie de médecine :* DISCUSSION SUR LA MORVE. — *Société de médecine de Constantinople :* DE LA THORACENTÈSE DANS LE CAS D'ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. — *Académie de médecine de Turin :* ORGANISATION DES NAVIRES SOUS LE RAPPORT DE LA QUANTITÉ D'AIR RESPIRABLE — TRAITEMENT TOPIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE. — CONTAGION MIASMATIQUE DE L'OPHTHALMIE PURULENTE; *cellules de pus dans l'atmosphère. — De la maladie du sommeil.*

M. Reynal a pris la parole dans la discussion sur la morve; son discours est la confirmation pleine, entière, sans réserve, de tout ce qu'avaient dit déjà MM. Renault et Bouley. D'un autre côté, M. Leblanc est remonté à la tribune, évidemment pour éviter qu'on le séparât trop complétement de ses collègues de la section, et pour faire un pas vers eux. Dans cet état de choses, nous n'avons donc rien à ajouter, si ce n'est qu'un tel accord d'hommes si compétents, en possession d'une si vaste expérience, doit inspirer à tout esprit sage une certaine réserve à l'endroit des oppositions apportées du dehors par M. Guérin.

Quant à M. Bouillaud, qui est aussi revenu sur son argumentation, mais pour la soutenir avec une nouvelle ardeur, nous le disons avec tout le respect que nous inspirent sa personne et son talent, il nous est impossible de bien comprendre ce qu'il demande à MM. les vétérinaires. « Prouvez-moi, leur dit-il, que l'excès de travail, la mauvaise alimentation, peuvent produire une maladie spécifique, virulente, comme la morve. » On le lui prouve *ipso facto*, en montrant qu'il suffit de surmener, de mal nourrir des chevaux bien portants, pour les rendre morveux, et qu'il suffit de réduire le travail, d'améliorer la nourriture, pour arrêter, dans la même écurie, les progrès de la morve. C'est assez péremptoire, ce semble. Que répond M. Bouillaud? Que, entre les conditions hygiéniques et l'ulcération nasale, le glandage et le jetage, il doit y avoir *un intermédiaire*, un *virus*, puisque la maladie est contagieuse. Eh bien, soit! il y a un virus. Veut-il qu'on le lui montre sur une soucoupe? Est-ce qu'on exige l'exhibition du virus syphilitique pour croire à la virulence et à l'effroyable contagiosité de la syphilis? Mais non, c'est un *mystère*, dit lui-même M. Bouillaud! Alors, pourquoi en demander l'explication? MM. les vétérinaires ne paraissent pas d'humeur à expliquer les mystères. S'il y a un virus (M. Robin a dit en quel sens il fallait l'entendre), et si une condition hygiénique quelconque produit la morve, c'est que cette condition produit le virus. Et pourquoi pas? Est-ce que la pustule maligne, est-ce que les maladies charbonneuses, malgré leur caractère contagieux, procèdent d'autre chose que de l'influence des milieux? Est-ce qu'on ne peut pas faire naître le typhus à volonté en encombrant de grandes masses d'hommes, en leur donnant des habitations trop étroites, etc.? « Pourquoi les mêmes influences morbides n'amènent-elles pas toujours la même maladie? Pourquoi une nourriture insuffisante ne produit-elle pas toujours la morve? » Il ne s'agit pas de cela. La produit-elle? Voilà la question. Encore une fois, il faut que l'esprit de M. Bouillaud soit en ceci dominé par quelque vue particulière qu'on ne devine pas.

— Une communication de M. Marielli à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE, sur deux cas de thoracentèse pour des épanchements consécutifs à la pleurésie, ont donné lieu à une discussion qui a porté principalement sur deux points, savoir : dans quelle mesure il convient de temporiser avant de se résoudre à l'opération, et si les fausses membranes pleurales sont un obstacle à la guérison, même quand on a recours aux injections iodées.

Sur le premier point, nous partageons en principe l'opinion de MM. Barozzi et Sawas; on pratique presque toujours trop tard la thoracentèse. On attend que le sujet soit presque asphyxié, que le poumon ait été refoulé, recouvert de fausses membranes et ait perdu, par ces deux causes, presque tout son ressort. La paracentèse thoracique *bien faite étant à peu* près inoffensive, il est prudent d'y recourir, si l'épanchement est considérable, dès que l'impuissance des moyens médicaux paraît évidente. Nous disons *paraît*, parce qu'il est bien vrai, comme l'a dit M. Mühlig, que des épanchements énormes se sont parfois résorbés avec le secours de vésicatoires volants et du temps; il est vrai encore que les chances de succès de la thoracentèse sont attachées à la nature plutôt qu'à la quantité du liquide épanché; mais il ne faut pas oublier que c'est aussi en attendant outre mesure qu'on s'expose à se trouver en présence d'un liquide séro-purulent, qui aggrave énormément le pronostic. Que si les choses en sont arrivées à ce point, si l'épanchement est énorme, s'il est puriforme, tout n'est pas perdu, et l'art a des règles assez précises pour ces cas périlleux. En employant un procédé qui ne laisse pénétrer l'air dans la cavité thoracique, ni pendant ni après l'opération, afin

---

Avant l'année 1843, les membres du conseil étaient simplement élus par le conseil lui-même. A cette époque, un changement notable fut introduit dans la constitution du collége. Quelques centaines de ses membres (le nombre total en est de plusieurs milliers), supérieurs par la position et l'instruction, furent nommés *Fellows*, constitués en corps électif chargé de pourvoir chaque année au remplacement de trois membres sortants du conseil. Jusqu'ici les membres sortants pouvant, d'après la nouvelle charte, être réélus, l'étaient presque toujours; mais tout récemment un grand nombre de fellows, frappés non sans raison de l'absurdité de ce système, résolurent de faire entrer dans le conseil des hommes nouveaux et considérables. M. Fergusson était naturellement désigné, et dans les circonstances ordinaires il fût entré au conseil triomphalement. Mais on savait que M. Fergusson, ne cachant pas son dédain pour l'homœopathie, consentait néanmoins dans l'occasion à se trouver en consultation avec les homœopathes, sous prétexte qu'il ne devait refuser son secours à personne. M. Fergusson fut néanmoins élu, non sans grandes difficultés, et grâce à l'appui chaleureux de ses anciens élèves. Mais, à peine en possession de sa nouvelle dignité, il a écrit aux journaux de médecine pour déclarer qu'il ne s'en croirait pas digne s'il ne déférait à l'opinion si fortement déclarée de ses confrères, et pour promettre de s'abstenir rigoureusement à l'avenir de tout contact professionnel avec les homœopathes. Le coup est rude pour ces derniers, qui étaient fort aises et non moins fiers de pouvoir s'appuyer sur un nom retentissant.

La seconde illustration dont nous voulons parler n'est pas moins que sir B. Brodie. On avait appris qu'il avait reçu des honoraires des mains d'un homœopathe. Notre célèbre confrère vient, à cette occasion, d'écrire aussi aux journaux de médecine une lettre explicite où il déclare qu'il est incapable de faire quoi que ce soit qui puisse paraître une sanction quelconque *d'un système aussi absurde, aussi dépourvu de sens que ce qu'on appelle l'homœopathie ;* que, ne connaissant pas toujours les médecins avec lesquels ses devoirs le mettent en relation, il a pu se rencontrer avec un homœopathe *par accident ;* enfin, qu'accepter une consultation avec un homœopathe serait indigne d'un médecin bien élevé (well educated).

Depuis l'élection de M. Fergusson, le congrès annuel du *British*

d'éviter la viciation du liquide et la fièvre purulente ; en ne vidant la poitrine que successivement, en plusieurs séances, pour donner au poumon le temps de se dilater; en poussant une injection iodée dès la première ponction si le liquide est tant soit peu louche, injection d'autant plus chargée en iode qu'on aura laissé plus de liquide dans le thorax; en prenant toutes ces précautions, on obtiendra parfois de remarquables succès. Nous ajoutons seulement que c'est une illusion de croire qu'une canule à demeure, fermée par une baudruche ou un robinet, puisse garantir la cavité thoracique contre la pénétration de l'air. Celui-ci s'insinue entre la canule et les chairs, et cause au dedans plus de ravages que s'il pénétrait librement par la canule laissée ouverte. La seringue de M. J. Guérin nous paraît-être le meilleur instrument applicable en pareil cas, à moins que, par des injections iodées, pratiquées *chaque jour*, pendant un, deux, trois, six mois, comme l'a fait M. Trousseau, on ne neutralise l'action de l'air sur la plèvre et le liquide sécrété.

Quant à la présence de fausses membranes, elle est sans doute plus ou moins défavorable au succès de la thoracentèse; mais elle est loin de constituer un obstacle absolu, et conséquemment une contre-indication. Il est impossible de supposer que les fausses membranes faisaient défaut dans les cas d'épanchements considérables, anciens, puriformes, qui ont guéri par les injections iodées entre les mains de MM. Trousseau, Legroux et autres.

— L'Académie de médecine de Turin a eu à s'occuper récemment d'une grave question d'hygiène navale, à l'occasion d'un règlement provoqué par des accidents produits à bord de divers bâtiments affectés au transport d'émigrants italiens. L'un de ces navires, la brigantine *Catarina*, commandé par un capitaine français, fut assailli près de Gibraltar par une tempête violente. Le capitaine fit évacuer le pont aux passagers, qui restèrent pendant quelques heures seulement renfermés dans un espace hermétiquement clos de toutes parts; et lorsque la tempête se fut calmée, on trouva douze de ces malheureux (c'étaient des femmes et des enfants) morts d'asphyxie.

Un autre bâtiment italien, *la Liguria*, commandé par le capitaine Figari Prospero, quitta Gênes le 5 mars 1858 pour Rio-Janeiro. Il avait à bord 480 émigrants, plus 20 hommes composant l'équipage. Avant que ce navire eût atteint Gibraltar, on y constatait 9 décès et 40 personnes atteintes de variole ou de typhus. Il débarqua au lazaret de Frioul, près Marseille, 80 passagers gravement malades, dont un grand nombre succombèrent. Il fut constaté officiellement que tous les passagers avaient souffert plus ou moins gravement, et qu'au lieu d'en porter 480, *la Liguria* pouvait tout au plus en recevoir 250.

Le professeur Bo, directeur de la santé maritime à Gênes, instruit de ces accidents et de plusieurs faits semblables, en référa aussitôt au ministère de la marine, et le 11 février 1859, le gouvernement du roi rendait un décret qui réglementait les conditions de l'émigration à bord des navires à long cours. Ce décret limitait entre autres le nombre des passagers admis sur ces bâtiments, en assignant à chacun un minimum de mètres cubes d'air, et il renfermait également des prescriptions détaillées sur la nature et la quantité des aliments.

Ces dispositions provoquèrent de nombreuses réclamations de la part des armateurs d'une part, et des médecins hygiénistes de l'autre. Les premiers, dont les intérêts se trouvaient compromis par le décret, faisaient valoir des inconvénients politiques sérieux qui devaient résulter des mesures adoptées par le gouvernement. La restriction apportée au nombre des passagers sur les bâtiments avait pour conséquence nécessaire une élévation considérable du prix des traversées. Cela revenait soit à apporter des entraves à l'émigration des populations italiennes, ce qui ne pouvait entrer dans les vues du gouvernement, soit à en laisser tous les bénéfices aux marines étrangères. Il en résultait que l'émigration suisse, qui commençait à se diriger sur les ports italiens, refluait de nouveau sur le Havre et quelques autres ports français. Les intérêts de la marine nationale et ceux des populations indigentes exigeaient donc, de l'avis des armateurs, une révision du règlement.

D'autre part, les médecins hygiénistes réclamaient une révision en sens inverse, et ils déclaraient particulièrement que le volume minimum d'air assigné à chaque passager était tout à fait insuffisant.

La question fut alors portée par le professeur Bo devant l'Académie de médecine de Turin, qui en confia l'examen à une commission composée de MM. Berrutti, Abbene, Sella, Torchio et Comisetti, rapporteur.

Nous n'avons sous les yeux, en ce moment, que la première partie du rapport de la commission, qui fut lu en séance les 5 et 12 juillet 1861, et dont les conclusions furent adoptées à l'unanimité. Cette partie est relative à la question d'aération. Nous reviendrons s'il y a lieu sur la seconde, qui s'occupe de l'alimentation exigible pour les transports d'émigrants.

Le décret royal fixe à $2^{mc}$,25 le volume d'air nécessaire

---

*Museum Association* (cette association compte 2,000 médecins) a formulé la résolution suivante :

« 1° Que ce *meeting* rappelle et confirme les résolutions prises par l'Association aux *meetings* tenus à Brighton en 1851 et à Oxford en 1852, dans tout ce qui a rapport à la pratique de l'homœopathie et à la reconnaissance de ses praticiens par le corps médical.

» 2° Que le *meeting* non-seulement déclare qu'il est contraire à l'honneur professionnel et à l'honnêteté, et subversif de la science, pour les praticiens légaux, d'avoir des rapports professionnels avec les homœopathes, mais encore qu'il refuse également d'accepter de ceux qui expriment leur manque de foi dans le système homœopathique aucune excuse qui serait basée ou sur la pensée d'une restriction mentale ou sur la nécessité. »

— Quelques personnes se rappellent sans doute la remarquable lettre circulaire adressée par un homœopathe français, de nom gréco-allemand, à ses soi-disant clients, pour les prévenir que le prix de ses visites était de 5 francs, et non de 20 francs, ainsi que ses ennemis en faisaient courir le bruit. Nous jugions alors que cette réclame était un chef-d'œuvre ; mais voici qui fait pâlir la circulaire : c'est une lettre adressée au *Daily express*, par M. R. C. H., au sujet de la lamentable mort du comte de Cavour. « *Le sang de vie* de ce grand homme d'État a coulé, non par le sabre ou le poignard ennemis, mais par la lancette de ses médecins ! Si cet événement est le point de départ d'une puissante et radicale réforme de la médecine, si douloureux qu'ait été le sacrifice, il n'aura pas été inutile ! Les victimes de la lancette, des vésicatoires, des puissants et dangereux poisons, et des sangsues..... sont une légion..... Si Cavour avait pu suivre le simple traitement pratiqué journellement à Sainte-Anne, sous la direction de notre capable, bienfaisant et respectable compatriote le docteur Barter (l'adresse manque), sa précieuse vie eût été épargnée ! » Voilà qui peut s'appeler *la réclame au cercueil*.

Ce n'est pas la seule dont Cavour ait fait les frais à Londres. Le journal de Morrisson (le célèbre marchand de pilules) a été

pour chaque passager; sur ce volume, il accorde un dixième de mètre cube à déduire pour les effets.

La commission fait remarquer qu'à cette déduction il faut en ajouter quelques autres moins considérables, et qu'en réalité, en s'en tenant aux termes du décret, le volume d'air accordé à chaque passager est de 2 mètres cubes au plus. Or, avec l'organisation actuelle des navires italiens, il est de nécessité que les passagers restent dans un espace confiné et à peu près hermétiquement clos pendant toute la durée d'une tempête, pour peu qu'elle soit violente. En acceptant pour durée probable des tempêtes le maximum, certainement inférieur à la réalité, de huit heures, la question se réduirait par conséquent à savoir si le séjour d'un homme dans un espace clos de 2 mètres cubes, pendant huit heures, est possible sans inconvénient.

Le problème réduit à ces termes, il était facile à la commission de prouver, en se basant sur des données bien connues, que le décret royal n'expose pas seulement les passagers à subir les effets d'un renouvellement insuffisant de l'air, mais que, pendant une tempête un peu prolongée, ils seront presque inévitablement menacés des accidents les plus graves, de l'asphyxie et de la mort.

Après avoir ainsi sanctionné les réclamations soulevées contre le décret par les médecins hygiénistes, la commission devait se préoccuper des intérêts des armateurs, en raison des considérations politiques et commerciales que nous avons indiquées. En déclarant qu'il est impossible de sauvegarder à la fois ces intérêts et la santé des passagers en conservant la construction actuelle des navires, la commission se trouvait forcément conduite à présenter un système convenable de ventilation comme la seule solution possible de la question. Le ventilateur de van Hecke a été déclaré satisfaire seul à toutes les exigences. Cet appareil, d'après les expériences faites à bord de l'*Adour*, est capable de fournir 6357 mètres cubes d'air par heure, ce qui est plus que suffisant dans toutes les circonstances.

— En ce moment où l'érysipèle fait encore d'assez grands ravages, sans se montrer bien sensible aux nombreux agents qu'on dirige contre lui, nous croyons devoir faire connaître un moyen topique qui, s'il n'est pas susceptible d'exercer une influence bien favorable sur l'issue de la maladie, peut au moins amender, comme il paraît l'avoir fait entre les mains de M. G.-S.-D. Anderson, les accidents locaux. Ce moyen consiste à enduire cinq ou six fois par jour les parties malades d'une crème faite avec le carbonate de plomb et l'huile de graine lin. La dose du sel n'est pas indiquée, mais elle doit être telle que le mélange ait la consistance d'un crème épaisse. M. Anderson affirme que ce moyen *agit comme un charme*, et cet effet magique est de calmer rapidement la douleur et de diminuer la tuméfaction.

— Il nous semble que la découverte des *cellules de pus dans l'atmosphère* a déjà figuré dans la GAZETTE, au compte rendu de quelque Académie. Mais, puisque le récit du fait tombe sous nos yeux (*Wochenblatt der Zeitschr. der Aerzte*, n° 13), nous ne faisons pas difficulté de le communiquer à nos lecteurs.

Le docteur Eiseld avait été chargé pendant une épidémie de conjonctivite purulente de donner des soins, dans les environs de Prague, à cent trente et un enfants provenant de diverses institutions, mais réunis dans un même hôpital. Malgré toutes les précautions qu'il prit pour se soustraire, lui et les autres, à la contagion directe ou par inoculation, il fut atteint sur les deux yeux, ainsi que plusieurs autres personnes de l'établissement. La transmission avait donc eu lieu par voie dite miasmatique. Quelques éléments du pus avaient-ils été entraînés dans l'atmosphère? M. Eiseld voulut s'en assurer. Il se procura un instrument analogue à l'aéroscope de M. Pouchet, et fit ses recherches dans une chambre contenant trente-trois malades. L'instrument fut placé *entre deux lits*, sur le trajet d'un courant d'air : les corpuscules de l'atmosphère ne tardèrent pas à se déposer sur le morceau de verre enduit d'une couche de glycérine. Parmi ces corpuscules figuraient des globules de pus parfaitement reconnaissables.

Tel est le récit. On comprend que nous ne nous empressions pas de regarder le fait lui-même comme irrévocablement acquis; mais il est impossible de ne pas faire remarquer de quelle importance il serait dans la question de la transmission miasmatique, non-seulement de l'ophthalmie purulente, mais de beaucoup d'autres maladies.

— Il existe sur la côte d'Afrique, entre le Gabon et Benguela, mais plus particulièrement au Congo, une maladie appelée par les indigènes tantôt *N'tonzi*, tantôt *Lalangolo*, quelquefois encore *M'bazo-Nicto*, et que les Européens connaissent sous le nom de *maladie du sommeil*. M. le docteur Charles Dangaix, chirurgien de la marine impériale, ayant été désigné pour le Congo, chercha l'occasion d'étudier cette affection peu connue, et eut la chance d'en rencontrer trois cas dans l'hô-

vendu dans les rues par un individu qui portait par devant et par derrière une énorme pancarte où on lisait en gros caractères : MURDER OF COUNT CAVOUR BY THE PHYSICIANS (meurtre du comte de Cavour par les médecins). Morrisson est le « seul médecin qu'il y ait eu depuis Harvey ». Pourquoi de Cavour n'a-t-il pas pris de ses pilules?

— Autre prouesse d'un homœopathe.

Un M. David Griffith Jones réclamait ses droits de légataire universel d'une dame Bellis, qu'il avait fait transporter, à sa dernière heure, d'un logement garni à l'appartement qu'il occupait, et cela, selon M. Jones, sur les vives instances de cette dame. M. Jones est un homœopathe très connu par un nombre considérable de *Lectures* sur l'homœopathie et par l'exploitation d'un médicament très réputé dans la Grande-Bretagne, nommé *axtramankaz*. Malgré toutes les vertus des dilutions et des globules, il prétend n'avoir jamais traité madame Bellis par l'homœopathie, « parce que cette dame n'y croyait pas ». Ceci révèle évidemment une grande perspicacité dans M. Jones; malheureusement, l'interrogatoire de sir Creswell-Creswell et les dires de l'avocat de la reine n'ont pas été favorables à cette illustration homœopathique; le testament a été cassé, d'après cette opinion du jury, « que le témoignage du demandeur était tout à fait indigne de crédit. » M. Jones, en effet, possède le diplôme de docteur de l'université d'Aberdeen; on lui demande s'il a jamais été à Aberdeen; il répond affirmativement, décrit son voyage, l'hôtel où il est descendu et quelques autres particularités; puis, quand on lui montre les pièces de l'examen subi en son nom le 14 avril 1853, il est forcé de reconnaître que ce n'est pas lui qui les a signées de son nom de *Jones*. Pressé de questions, il finit par avouer qu'il n'a jamais été à Aberdeen.

De ce curieux procès découlent nombre de précieuses informations sur la valeur des diplômes des homœopathes, et en particulier de l'université d'Aberdeen. Nous laissons à nos lecteurs le soin de les rechercher, à la plus grande gloire de ce qui s'appelle l'homœopathie, pour parler comme le vénérable Benjamin Brodie.

pital de la factorerie française. Une note que nous trouvons dans le MONITEUR DES HÔPITAUX (n° 100), contient, sur ce sujet, le résumé de ce que notre confrère de l'armée navale a pu apprendre et voir de ses yeux.

La maladie est-elle d'origine ancienne ou date-t-elle seulement de 1855, comme quelques-uns le croient dans le pays? C'est ce qui reste douteux, quoique la première supposition soit la plus vraisemblable. Quoi qu'il en soit, on peut reconnaître trois degrés à l'*hypnosie*, suivant l'expression adoptée par M. Dangaix. Dans le premier, tendance au sommeil. Celui-ci se prolonge plus longtemps qu'à l'ordinaire, survient à des heures inaccoutumées et n'est secoué qu'avec peine. Regard morne et vague; peau tantôt normale, tantôt chaude, sèche et rugueuse; pouls d'abord petit, concentré, faible, quelquefois pourtant élevé, devenant ensuite lent et calme. Le second degré est marqué par un sommeil presque constant, surtout dans le jour, et survenant souvent au milieu d'une phrase. Intelligence obscurcie, vue faible, ouïe dure, marche tibubante ou sautillante; pouls calme, lent, devenant parfois rapide vers le soir; amaigrissement des membres; pesanteur de tête, rarement de la céphalalgie sus-orbitaire; pas de trouble des fonctions générales, sauf quelquefois un peu de diarrhée. Enfin, dans le troisième degré, le sommeil est encore plus profond et plus continu. La face offre l'expression de la stupidité ou plutôt de l'abrutissement; yeux injectés et saillants; la maigreur augmente; l'appétit persiste, mais la faiblesse du sujet est souvent telle, qu'on est obligé de le faire manger; diarrhée opiniâtre annonçant une fin prochaine.

L'auteur a pratiqué deux autopsies. Dans un cas (homme de vingt-trois ans ouvert *douze heures* après la mort), il s'échappa à l'ouverture du crâne un flot de liquide renfermant quelques flocons albumineux; injection des méninges; la pie-mère présente des arborisations très marquées; veines de Galien gorgées de sang coagulé; tissu cérébral congestionné, un peu ramolli, surtout vers les pédoncules cérébraux. Même état du cervelet. Dans le second cas (jeune femme de quinze ans) l'autopsie a été faite *une heure et demie* après la mort. Pas d'augmentation du liquide encéphalique. Même engorgement des veines de Galien que dans le cas précédent. Le cerveau, le cervelet et la moelle (suivis jusque vers le milieu de la région cervicale) offrent un léger piqueté et sont d'une dureté anormale. — Il ne paraît pas que les autres cavités aient été examinées.

Aucun mode de traitement ne paraît avoir eu prise jusqu'ici sur ces terribles accidents. « Les noirs comme les blancs considèrent comme voués à la mort tous ceux qui en présentent les premiers symptômes. »

Qu'est-ce, au fond, que l'hypnosie? De quelle maladie la rapprocher? M. Dangaix reste, à cet égard, dans un doute absolu. En laissant de côté la consistance du centre nerveux, mou dans un cas, dur dans l'autre, sans doute parce que le premier sujet a été ouvert beaucoup plus tard que le second, il reste que, chez tous deux, la masse encéphalique était plus ou moins congestionnée. En outre, on a trouvé chez un d'eux des signes de méningite (sérosité floconneuse). L'auteur ne trouve pas là des éléments suffisants de sémiologie, et il a raison. Mais si l'on s'en tenait à l'état des centres nerveux pour déterminer les espèces morbides des pays chauds, de celles même qui portent le plus manifestement sur l'appareil encéphalique, on n'aboutirait jamais qu'à l'incertitude; car c'est une notion classique que le défaut de rapport des symptômes et des lésions du côté du système nerveux dans cet ordre de maladies. Quant à nous, sans prétendre nous prononcer formellement en présence de documents si peu nombreux et si écourtés, il nous paraît difficile de ne pas voir dans cet ensemble de symptômes une forme particulière de la fièvre *somnolente* ou *soporeuse* des pays chauds. Il n'y aurait pas même à en douter, si les accidents offraient la moindre périodicité. Ce caractère manque, il est vrai, dans la description de M. Dangaix; mais aussi il ne paraît pas que notre confrère s'en soit préoccupé. On a vu d'ailleurs que le pouls offre de grandes variations de force et de fréquence; « par moments, dit l'auteur, il devient assez rapide, surtout vers le soir : le matin il descend quelquefois jusqu'à cinquante pulsations à la minute. » Il a été noté aussi que le sommeil est plus profond *dans la journée*. Or, quand on se rappelle que l'auteur a vu seulement trois cas de cette maladie, on est porté à se demander si ces variations dans les symptômes doivent être considérées comme accidentelles, ou comme exprimant une périodicité plus ou moins régulière. On sait d'ailleurs qu'une intermittence caractérisée n'est pas nécessairement inhérente aux fièvres paludéennes, comme est la fièvre soporeuse. Et nous ajoutons que la limitation du mal à une zone déterminée, excluant, comme le dit très bien l'auteur, l'idée d'une influence de l'insolation, est un argument de plus en faveur de l'influence palustre.

A. DECHAMBRE.

---

— Un *quack* assez bien stylé est celui d'un certain Evens, se disant membre du collége royal de chirurgie, inspecteur général des hôpitaux et flottes, chirurgien honoraire de la reine. La circulaire dans laquelle se trouvent étalés tous ses titres contient une lettre de lord Normanby, attestant que *son frère* avait la plus grande confiance dans le docteur Evens.

Monsieur, j'étais cousin de monsieur votre père;
Monsieur, j'étais bâtard de votre apothicaire!

*Le Dublin medical Press*, qui signale cette audacieuse réclame, fait remarquer avec raison qu'il serait facile d'atteindre administrativement un charlatanisme de ce genre, et qu'il suffirait, par exemple, dans l'espèce, d'appeler l'attention de l'autorité militaire sur l'usurpation du titre d'inspecteur général des hôpitaux et flottes. Nous l'avons dit bien des fois, chez nous aussi, ce seul moyen de répression, cette poursuite des faux titres, suffirait à tarir de moitié les sources du charlatanisme.

— Nous avons sous les yeux la liste des épreuves préliminaires imposées aux candidats aux grades conférés par les colléges de *Physicians* et de *Surgeons* d'Édimbourg. Ces épreuves se distinguent de celles de nos baccalauréats par le choix qu'elles offrent aux candidats. Ainsi, au lieu d'une version, d'un problème et d'une dissertation, on donne une liste de questions et problèmes, deux versions et un thème latin; l'élève a le droit de choisir ce qui lui convient le mieux; en physique, par exemple, la liste que nous avons sous les yeux donne le droit de traiter : ou de *l'attraction*, ou *de la balance*, ou *de la pression des liquides*, ou *de la vision humaine*. Nous devons ajouter que nos examens de bachelier ès lettres ou ès sciences supposent un niveau scientifique et littéraire beaucoup plus élevé; ce qui, ajouté à la facilité offerte par le choix des questions, nous fait croire que l'instruction de nos jeunes étudiants est plus complète qu'elle ne l'est à Édimbourg.

— La question de l'admission des médecins indiens aux emplois de médecins attachés à l'armée anglaise, question dont nous avons

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie cutanée.

LEÇON PROFESSÉE A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, PAR M. LE DOCTEUR BAZIN, A L'OUVERTURE DE SON COURS DE PATHOLOGIE CUTANÉE, recueillie et rédigée par M. ÉMILE BAUDOT, interne lauréat des hôpitaux.

(Suite. — Voir le numéro 35.)

Les autres maladies constitutionnelles, la dartre et l'arthritis, sont restées moins vierges encore que la syphilis d'attaques et de critiques.

Trois objections principales nous ont été adressées :

1° Vous ignorez complétement la cause des maladies constitutionnelles, et pour l'expliquer vous admettez l'existence imaginaire d'une diathèse. Vous remplacez par une nouvelle hypothèse celle des anciens auteurs, et mieux eût valu accepter leur virus, leur vice humoral.

2° Qu'est-ce qu'une maladie qui se compose d'affections variées multiples, apparaissant à des intervalles éloignés les uns des autres ? A ce titre, il existe plus de malades que de personnes bien portantes ! Pour nous, toutes les affections que vous rattachez à une seule et unique maladie, dite constitutionnnelle, forment autant d'entités morbides distinctes et indépendantes.

3° La catégorisation des dartres est impossible.

4° La diathèse à l'aide de laquelle vous voulez expliquer les maladies constitutionnelles n'existe pas, m'a-t-on objecté ; mais, messieurs, je n'ai jamais émis une opinion contraire ; et, si vous avez lu mes leçons sur la dartre et l'arthritis, vous avez dû remarquer que je n'ai pas usé de plus de ménagements envers la diathèse qu'à l'égard des virus et du vice humoral ; que j'ai cherché à démontrer qu'il était inutile d'admettre, avec Chomel, deux sortes de causes internes, toutes deux inconnues dans leur essence, la prédisposition latente et la diathèse ; qu'il n'était pas utile de multiplier ainsi les inconnues étiologiques ; que, cherchant en quoi la diathèse différait de la prédisposition latente dans la doctrine de Chomel, j'ai écrit :

« La diathèse présente cette seule différence qu'elle est commune » à plusieurs maladies. Mais ne voyez-vous pas que toutes ces maladies, identiques dans leur nature, qui existent ensemble ou se » développent successivement sur le même sujet, qui procèdent de » la même disposition inconnue dans son essence, ne voyez-vous » pas que toutes ces maladies ne sont que des symptômes ou des » lésions que Chomel prend pour des maladies ? En réalité, il y a » une prédisposition latente, une et indivisible, pour chaque espèce » morbide, et il n'y a point de prédisposition latente commune à » plusieurs maladies. Il est donc inutile d'admettre la diathèse » comme une cause interne de maladie distincte de la prédisposition latente. »

Cependant, messieurs, si nous n'admettons pas la diathèse dans le sens traditionnel, nous avons néanmoins conservé cette expression ; mais, pour nous, elle est synonyme de maladie, et nous définissons la diathèse : « Une maladie aiguë ou chronique pyrétique » ou apyrétique, continue ou intermittente, contagieuse ou non » contagieuse, caractérisée par la formation d'un seul produit morbide, qui peut avoir son siége indistinctement dans tous les sys» tèmes organiques. » (Exemple : diathèses tuberculeuses, cancéreuses, etc.)

2° On a prétendu que nos unités pathologiques n'existaient pas et que l'on devait considérer comme maladies distinctes les affections que nous rattachons à une seule entité morbide. D'où vient donc que des médecins distingués se plaisent ainsi à démembrer les maladies constitutionnelles, à rompre le faisceau des affections qu'elles comprennent ?

Trois causes, je pense, peuvent être assignées à cette tendance de l'esprit médical de notre époque.

Les affections dépendant de maladies constitutionnelles étant séparées dans leur apparition par des intervalles de temps assez éloignés, on oublie les liens qui les unissent ; on ne recherche pas, en présence d'une affection, si d'autres ne les ont pas précédées, qui ont apparu dans les mêmes conditions, cessé sous l'influence d'un traitement identique, et on les regarde comme des maladies indépendantes et distinctes.

Ce démembrement n'a jamais existé pour les maladies aiguës, parce que l'on suit mieux alors la filiation des affections, on reconnaît plus facilement les liens qui les rattachent les unes aux autres.

En vain les chefs de la médecine organopathique chercheront à démontrer que la fièvre typhoïde peut se décomposer en un certain nombre d'états pathologiques distincts, ils prêcheront dans le désert, et ne recueilleront jamais que des sourires d'incrédulité ; seul, le terrain des maladies constitutionnelles leur offre un champ de bataille où ils peuvent en apparence faire flotter victorieusement leur drapeau.

Cependant, messieurs, ne suffisait-il pas de considérer les affections syphilitiques, si distantes les unes des autres, si différentes dans leur modalité, et néanmoins rattachées à une cause générale et unique, pour admettre les affections dartreuses et arthritiques ?

La deuxième cause du démembrement consiste dans la modalité différente des affections ; lorsqu'il existe une névrose, l'épilepsie, l'hystérie par exemple, les accès sont éloignés les uns des autres, mais conservent toujours leur physionomie caractéristique ; aussi n'a-t-on jamais cherché à en former autant d'êtres indépendants ; mais quand les affections présentent une modalité différente, on oublie facilement le point de départ, et on brise la chaîne qui les unit les unes aux autres.... Ainsi est-il advenu pour les maladies constitutionnelles !

Enfin, la troisième cause que j'assigne au démembrement de ces maladies consiste dans la substitution de la médecine organopathique à la médecine traditionnelle. D'après cette doctrine, qui

---

déjà dit quelques mots, vient d'être définitivement et négativement tranchée par le ministre de la guerre, lord Herbert, appuyé de l'autorité de M. Sibson et de sir John Liddell, directeurs généraux des services de santé de l'armée et de la marine. Les trois arguments donnés par le ministre sont au moins étranges, notamment en ce qui concerne le défaut de confiance du soldat anglais dans les médecins étrangers ; nous recommandons entre autres cette doctrine de lord Herbert : « Un médecin ne saurait guérir un homme qui ne croit pas en lui. » *A doctor cannot cure a man who does not believe in him!* Les Parses avaient cependant trouvé un éloquent et savant défenseur en la personne de lord Ellenborough.

— Le musée du Collége des chirurgiens a perdu son conservateur, M. Quekett, professeur d'histologie au collége, à l'âge de quarante-six ans. Auteur d'un bon ouvrage sur la construction et l'emploi du microscope, il était peut-être le meilleur micrographe de l'Angleterre. Doué d'une excellente mémoire, il avait acquis la connaissance d'un immense nombre de faits ; mais il manquait du pouvoir de généraliser et avait une grande aversion à écrire, probablement causée en partie par sa mauvaise santé ; presque toutes les connaissances qu'il avait amassées périront avec lui.

— Il est bien surprenant de trouver dans la patrie de Jenner encore tant de négligence à l'endroit de la vaccine. Lois sur lois ont été faites pour obliger les parents à faire vacciner leurs enfants. Ces lois sont restées lettre morte ; si bien que le parlement, pendant la dernière session, a cru devoir voter un bill qui prononce l'amende contre les réfractaires. Reste à voir si ce bill aura plus de pouvoir que ceux qui l'ont précédé. M. le docteur Polak a raison de le dire, on n'apprécie les bienfaits de la vaccine qu'en visitant les pays où elle n'a pas pénétré, comme la Perse, où la moitié des enfants meurent de la petite vérole, et où la cécité, qui est fréquente, est principalement due à ce fléau.

—Le corps médical anglais, dans quelques-uns de ses membres,

compte au nombre de ses représentants les plus illustres ? Bichat et Pinel, l'étude de l'anatomie et de la physiologie peut seule nous donner la clef des phénomènes pathologiques, et le traitement d'une maladie doit être basé sur le degré de l'irritabilité de l'organe malade et celui de l'affection locale ; en un mot, il n'existe plus de maladies, mais seulement des lésions et des symptômes, partant plus de thérapeutique générale, mais seulement un traitement local.

Cependant, messieurs, une même affection ne présente-t-elle pas une physionomie toute différente, des allures toutes particulières, suivant les individus, les circonstances étiologiques, épidémiques... physionomie, allures, que sont impuissantes à expliquer l'anatomie, la physiologie, l'hygiène... ?

Que de différences n'offre pas l'affection bronchite chez les divers malades qui en sont atteints, bien que la lésion anatomique reste toujours la même ! Qui de vous sera jamais tenté de regarder comme identiques les bronchites typhoïdes, rubéoliques, épidémiques et la bronchite aiguë, simple ? qui de vous n'admettra pas une spécificité pour celles-là ?

Telles sont les causes qui ont présidé à la dissolution du faisceau des affections constitutionnelles, et ont ainsi entravé les progrès de la médecine proprement dite et de la thérapeutique.

3° L'impossibilité de la catégorisation des dartres, et enfin la troisième objection que l'on nous a adressée. Nous pourrions répondre que l'événement a donné tort à nos contradicteurs, puisque aujourd'hui nous avons définitivement établi les caractères des affections herpétiques et arthritiques ; mais on nous objecterait, sans doute, que ces caractères n'existent que dans notre imagination, et ne se retrouvent jamais sur les malades ; nous ne procéderons donc pas ainsi : nous vous exposerons rapidement les caractères de la classe prétendue naturelle des dartres de M. Hardy, et, après vous avoir démontré qu'elle n'offre que les apparences d'une classe naturelle, nous renverserons les objections qui nous ont été faites, et prouverons à notre collègue que, s'il le voulait, il pourrait constater les caractères des arthritides, tout aussi bien que les élèves qui suivent notre visite, que nos internes, qui chaque année nous affirment qu'il est plus difficile de différencier les scrofulides des syphilides, que les arthritides des herpétides.

Sous le nom de dartres, M. Hardy a décrit des affections présentant les caractères de se transmettre par hérédité, de récidiver, d'offrir une facile tendance à s'étendre sur tout le corps, affections dues à une disposition générale de l'économie qu'il appelle diathèse dartreuse et non vice, virus dartreux, comme faisaient les anciens, parce que les produits de la manifestation dartreuse n'offrent pas les caractères essentiels des virus, la transmissibilité par l'inoculation.

Ce médecin place quatre affections sous la dépendance de la diathèse dartreuse : l'eczéma, le pityriasis, le lichen, le psoriasis, quadrilatère dartreux dont les parties constituantes présentent des liens de parenté si étroits, que l'une peut se transformer en l'autre, l'eczéma en lichen par exemple ; que des parents affectés de psoriasis peuvent transmettre un eczéma à leurs enfants, que toutes réclament le même traitement. Enfin, l'existence de cette classe est tellement réelle, que c'est la tradition populaire qui la lui a révélée.

Eh bien ! messieurs, j'ose affirmer que toutes ces assertions constituent autant d'erreurs capitales. Que trouvez-vous en scrutant la profondeur de la diathèse dartreuse, sinon un vide aussi complet qu'en sondant les mots virus et vice dartreux des anciens ? Ne vous ai-je pas suffisamment démontré que la diathèse, envisagée dans le sens traditionnel, devait être rejetée ; qu'il existait une prédisposition latente, une et indivisible pour chaque espèce morbide, mais non une prédisposition latente commune à plusieurs maladies ? Enfin, sont-ils aussi naturels que le prétend notre collègue, les liens qui unissent ces quatre affections ? Est-il permis d'affirmer que le pityriasis, l'eczéma, le psoriasis et le lichen réclament le même traitement, quelles que soient les circonstances au milieu desquelles ils se présentent ?

Parcourez nos salles et celles des divers services de l'hôpital Saint-Louis, et vous observerez des eczéma scrofuleux, artificiels, parasitaires... En ce moment encore existe dans le pavillon Saint-Mathieu un jeune homme affecté d'un lichen dont la nature scrofuleuse ne saurait être mise en doute ; et dernièrement entrait un malade atteint d'un eczéma causé par le contact irritant de la vapeur de teinture de cantharides, et qui disparut sans le secours d'aucun traitement. Ce lichen, cet eczéma, sont-ce des affections dartreuses ? Enfin, lisez le chapitre consacré au traitement de la classe des dartres, et vous constaterez vous-mêmes combien sont variés les moyens thérapeutiques mis en usage : ici c'est l'huile de foie de morue et l'iodure de fer, là ce sont les préparations arsenicales qui sont préconisés. Et sur quelle indication administrera-t-on tel ou tel agent thérapeutique ? Celle du tempérament ! Est-il lymphatique, vous ordonnerez l'huile de morue ; nerveux, l'arsenic. Mais, messieurs, ne savez-vous pas que chaque jour se présentent à nous des malades atteints d'eczéma scrofuleux, et chez lesquels nous ne trouvons aucun des attributs du tempérament lymphatique ? Quel sera donc alors le phare qui éclairera nos pas ?

Enfin, croyez-vous que ce soit dans la tradition populaire que notre collègue ait puisé l'idée de la classe des dartres ? Mais le peuple admet les dartres contagieuses, ne confond pas les gourmes et les éruptions dues aux travaux manuels avec les dartres. La tradition scientifique seule a inspiré M. Hardy, et s'il avait réellement écouté la voix populaire, il n'aurait pas réuni dans une même classe des affections de nature aussi différente. Ainsi, c'est le médecin qui a confondu les affections scrofuleuses, dartreuses, arthritiques, parasitaires... qui nous accuse d'avoir donné des caractères que notre imagination seule aurait enfantés aux affections arthritiques. Après avoir prouvé l'instabilité des bases de sa doctrine des dartres, prouvons-lui le peu de solidité des objections émises contre nos arthritides.

---

vient de faire mauvaise figure devant une cour d'assises. Dans un procès intenté par un voyageur contre la compagnie d'un chemin de fer, les médecins, d'une compétence irrécusable, choisis comme experts par le demandeur, ont déclaré que les suites de l'accident étaient très graves, tandis que les médecins-experts de la compagnie, d'une position tout aussi respectable, ont déclaré qu'elles étaient de très peu d'importance.

Pendant le procès, il a transpiré que le médecin de la compagnie, quand il arrive un accident, a l'habitude non-seulement de visiter le blessé pour connaître la gravité de son mal et donner ses soins, mais aussi de lui offrir une compensation pour ses blessures, afin d'empêcher l'effet d'un procès nuisible aux intérêts de la compagnie. Cette conduite a été hautement désapprouvée par la profession, comme indigne de son honorable mission.

— Un jugement qui a eu lieu tout récemment fournit un exemple de l'impunité avec laquelle les charlatans peuvent exercer leur métier en Angleterre. A Bedfort, un homme fut accusé d'avoir causé la mort d'une jeune fille à laquelle il avait donné des soins sans posséder la moindre connaissance médicale. Il avait administré de l'*obelia inflata* et des drogues stimulantes, et la jeune fille est morte d'une péritonite aiguë ; mais le prisonnier a été acquitté parce que les médecins experts ne pouvaient pas déclarer absolument que les drogues avaient causé la mort. La maladie était une maladie bien dangereuse, et la mort aurait pu avoir lieu sans l'administration d'aucun remède !!! Avec une telle logique, la poursuite judiciaire des charlatans devient entièrement inutile.

— Sir Richard O'Donnell, témoin dans une enquête au sujet de l'efficacité des médecins des pauvres dans l'ouest de l'Irlande, a rappelé qu'il y a trente ans la seule médecine connue dans cette région était l'usage de globules de plomb vulgairement connus sous le nom de *balles*. Il y en avait de deux sortes, les gros et les petits, que l'on administrait selon la nature de la maladie. C'est un pavé de plus sur la conscience anglaise : oppression, ignorance.

Nous avons puisé à cinq sources différentes les moyens de remonter à la nature de l'affection, à la maladie constitutionnelle, dont elle est l'effet : ce sont les caractères objectifs, le numéro d'ordre de l'évolution, les affections coexistantes, les antécédents et la thérapeutique.

On a prétendu que les caractères objectifs n'étaient pas constants, manquaient le plus souvent, et par conséquent ne pouvaient servir au diagnostic. Mais avons-nous jamais eu la prétention d'enseigner que la connaissance d'une seule de ces cinq sources était suffisante pour permettre de reconnaître la nature de l'affection, et n'avons-nous pas annoncé, au contraire, qu'il était nécessaire de les associer et de les combiner? D'ailleurs, si les caractères objectifs des arthritides font quelquefois défaut, n'en est-il pas de même de ceux des syphilides et des scrofulides? la couleur cuivrée des syphilides existe-t-elle toujours? Dira-t on, cependant, que les caractères objectifs de ces affections sont inutiles?

Mais non-seulement on a nié la fréquence des caractères objectifs des arthritides, on a voulu aussi en démontrer le peu de valeur, et l'on a cherché à nous prouver que les observations recueillies dans notre service et imprimées dans notre livre sur les arthritides et les herpétides étaient en contradiction avec les propositions que nous avions avancées. On a prétendu que la symétrie la plus parfaite existait chez les malades dont nous avions décoré cependant les affections du nom d'arthritides. Malheureusement on prouvait ainsi que l'on avait mal interprété nos paroles, dénaturé notre pensée.

La symétrie ne consiste pas dans l'existence d'une plaque eczémateuse sur le dos de chaque main, mais dans son apparition simultanée de chaque côté du corps; si une affection cutanée reste limitée pendant un ou deux ans sur un côté du corps, et si ce n'est qu'après ce laps de temps seulement qu'apparaît une éruption semblable du côté opposé, il ne me viendra jamais à l'esprit d'avancer qu'il existe là une éruption symétrique, comme le font nos adversaires.

On a prétendu que les affections cutanées arthritiques, non-seulement ne disparaissaient pas après une certaine durée de la maladie constitutionnelle, mais augmentaient même en nombre et en intensité pendant deux, quatre ans, et même un laps de temps plus considérable. Eh bien, messieurs, quand même elles s'accroîtraient pendant quinze ans, nous prétendrions encore que notre loi ne perdrait pas de sa valeur! N'avons-nous pas écrit, en effet, que pendant tout le cours de l'existence de la période des affections cutanées celles-ci pouvaient s'accroître, et qu'à l'apparition seule des affections de la troisième période elles disparaissaient progressivement?

Nous avons assigné aux affections des maladies constitutionnelles une évolution dont on a infirmé aussi la réalité; on a dit, en effet, qu'elles n'occupaient pas toujours la même place dans l'ordre d'apparition des divers états organopathiques, que tantôt elles apparaissaient peu de temps après le début de la maladie, tantôt à une période avancée; que la scrofule, par exemple, pouvait débuter par une tumeur blanche, affection que nous avons rangée parmi celles de la troisième période. Mais n'avons-nous pas écrit qu'il existe une forme fixe primitive de la scrofule, caractérisée par la présence d'une seule affection qui se montre au début, et persiste pendant tout le cours de la maladie?

3° J'ai indiqué, en troisième lieu, comme source de diagnostic la recherche des affections concomitantes et préexistantes, et on s'est encore empressé d'annoncer que, chez un grand nombre de malades, on ne constatait l'existence d'aucun antécédent; que dans l'arthritisme les affections cutanées n'étaient le plus ordinairement précédées ni de douleurs rhumatismales, ni d'attaques de goutte!

Mais en m'adressant cette objection on oubliait, sans doute, que chaque jour on admet l'existence de scrofulides et de syphilides, bien que les antécédents fassent défaut; on oubliait surtout que Lorry a écrit que, dans les familles de goutteux, les personnes sujettes à des accès de goutte sont celles dont les téguments restent ordinairement indemnes de toute éruption, et que les affections tégumentaires apparaissent ordinairement chez celles dont les articulations sont libres; on avait oublié enfin que nous-même avions dit : « Plus l'attaque de rhumatisme ou de goutte est intense, moins les arthritides sont prononcées; au contraire, les affections cutanées sont tenaces et opiniâtres lorsque le rhumatisme articulaire n'existe pas ou se montre à un faible degré. »

Enfin on a refusé aux alcalins toute action curative sur les affections arthritiques, et, chose étrange! ceux-là mêmes qui nient leur utilité les mettent chaque jour en usage, et en ont préconisé l'emploi contre les affections dartreuses développées chez des personnes douées d'un système musculaire très développé, d'un tempérament sanguin..., offrant, en un mot, tous les attributs de la constitution arthritique! D'ailleurs il vous suffira de suivre quelque temps mon service pour constater vous-mêmes les heureux résultats de leur administration.

Elles sont donc illusoires les objections qui ont été émises contre nos doctrines; et en vain une critique véhémente a essayé d'ébranler de son choc l'édifice que nous avons construit, il est resté immobile sur ses bases!

Mais on est allé plus loin encore, et comme s'il ne suffisait pas de chercher à enfoncer la cognée dans l'arbre pour l'abattre, on a voulu nous enlever jusqu'au mérite de la création de l'œuvre que nous défendons, on a publié que seul nous n'avions pas cherché à catégoriser les dartres, et que Joseph Franck et M. Gintrac (de Bordeaux) nous avaient ouvert et préparé la voie.

Sans aucun doute, Joseph Franck et M. Gintrac ont fait de louables efforts pour assigner aux dartres des caractères capables de faire reconnaître leur nature, mais leurs efforts restèrent vains et inutiles, et ces médecins étaient réduits à rechercher les maladies de la famille, les antécédents du malade, le retour des affections à telle ou telle saison de l'année pour remonter à la nature de l'affection : aussi me crois-je en droit de revendiquer

---

Aujourd'hui, la médecine irlandaise marche de pair avec celle de la métropole.

— La GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT, publiée mensuellement à Constantinople, contient dans son numéro de juillet un feuilleton aussi spirituel que judicieux sur la *Genèse du corps médical à Constantinople*. Ce feuilleton, signé INCHALLAH (nom brûlé du soleil!), a pour thème de ses nombreuses variations la récente réforme apportée à l'exercice de la pharmacie dans la capitale de la Sublime-Porte. Le décret qui consacre cette réforme impose aux pharmaciens un diplôme ottoman ou un diplôme européen contrôlé par l'École de médecine, et jamais décret ne fut aussi urgent, si nous nous en rapportons aux lugubres descriptions d'Inchallah. Mais Inchallah va plus loin, il nie l'existence « d'une entité bien avérée » qui, à Constantinople, puisse porter le nom de *corps médical*. C'est là, selon lui, « une fantasmagorie, une insigne méprise, une illusion qui fait prendre le mirage d'un fait pour le fait lui-même. » Hâtons-nous d'ajouter que le talent et la science avec lesquels est rédigée la GAZETTE D'ORIENT, nous sont de sûrs garants que les éléments du corps médical de Constantinople passeront bientôt « de l'état amorphe » à l'état de cristallisation. S'il y avait beaucoup d'Inchallah, de Mülhig, d'Apostolidès et de Della Suda (j'en passe, et des meilleurs), la transformation serait bientôt faite.

— Un nouveau journal médical, L'IMPARZIALE, vient de naître à Florence, sous la direction de MM. Vignoli et Galligo. L'IMPARZIALE paraît deux fois par mois, et semble appelé à jouer un rôle important dans les questions professionnelles qui se débattent dans la Péninsule. Il faudra bien du temps, nous le craignons, avant que le corps médical du royaume d'Italie parvienne à s'organiser.

— La *Société mutuelle médico-chirurgicale du Piémont* pourra fournir un heureux exemple de succès aux pays italiens annexés; après vingt années d'existence, elle possède un capital inaliénable de près de 83,000 francs, et un revenu de 7,000 francs.

l'honneur d'avoir le premier découvert et indiqué les caractères objectifs des maladies constitutionnelles.

D'ailleurs Joseph Franck et M. Gintrac ont eu le tort de scinder les maladies, de les diviser en aiguës et chroniques, oubliant ou ignorant que la même maladie peut se présenter à l'état aigu ou chronique, sans qu'elle ait cessé d'être identique avec elle-même; de ne pas donner la description des pseudo-exanthèmes, auxquels ils ne reconnaissaient aucun rapport avec les affections chroniques de la peau, de ne tirer du traitement aucun caractère pour le diagnostic de la nature des affections, de fonder leurs indications thérapeutiques sur le tempérament et la constitution, indication trompeuse, puisque le traitement ne doit subir aucune variation, quel que soit le tempérament d'un scrofuleux, d'un arthritique, d'un herpétique; enfin d'être tous deux partisans des doctrines organiciennes et des diathèses!

En Allemagne et en France ont été aussi entrepris, dans ces dernières années, quelques travaux sérieux dans le but de rattacher à la goutte et au rhumatisme quelques affections cutanées, l'érythème noueux, l'urticaire; mais leurs auteurs ne sont pas allés plus loin, laissant ainsi l'œuvre à peine ébauchée.

Arrivé au terme de cette argumentation, je vous laisserai le soin de décider si je n'ai pas réellement édifié une nouvelle doctrine, dont les bases sont plus naturelles et plus solides que celles des doctrines de nos devanciers, capable de faciliter singulièrement le diagnostic des affections cutanées, et destinée à éclairer votre thérapeutique d'un jour inconnu jusqu'alors!

---

## III

## REVUE CLINIQUE.

**Note sur une disposition anatomique propre a la face antérieure de la région du poignet et non encore décrite, Observation lue à la Société anatomique par le docteur F. Guyon.**

Il existe à la face antérieure du poignet, immédiatement en dedans du pisiforme, à la racine de la région de l'hypothénar, une petite loge intra-aponévrotique contenant un peloton graisseux facile à déplacer par la pression, et venant alors faire une saillie remarquable au-dessus du pli cutané transversal qui marque les limites de la main et de l'avant-bras.

C'est la facilité avec laquelle on peut mettre cette disposition en évidence chez tous les sujets qui m'a amené à faire des dissections que j'ai montrées cet hiver à M. Malgaigne, et que j'ai depuis soumises au jugement de la Société.

Ce qu'il y a de curieux dans le fait que je signale, c'est que chez certains individus, chez moi-même, par exemple, le peloton graisseux déplacé par la pression est assez volumineux pour que je me sois demandé tout d'abord s'il ne s'agissait pas d'un état anormal de la synoviale des tendons. Voici, en effet, ce que l'on observe : en pressant sur la racine de l'hypothénar, on voit immédiatement se dessiner et faire saillie dans le point indiqué deux ou trois petits lobules simulant très bien à travers la peau le fond d'un cul-de-sac distendu, et disparaissant, semble-t-il, sous le ligament antérieur du carpe dès que l'on suspend la pression.

En y réfléchissant, on peut, il est vrai, rejeter l'idée d'une petite hydropisie de la synoviale, et je dois dire que mon ami et collègue le docteur Panas pensa de prime abord, lorsque je le rendis témoin du phénomène que je viens de décrire, qu'il s'agissait de pelotons graisseux; mais cependant le docteur Ollier (de Lyon), qui me fit voir le premier que ces petites tumeurs se produisaient sur tous les individus dès que l'on pressait sur le point que j'ai précisé tout à l'heure, et qui avait observé le fait depuis longtemps, pensait que cela tenait à un état particulier de la synoviale des tendons. J'eus quelques doutes également, et c'est là, du reste, la première idée qui vint à chacun : aussi eus-je la curiosité de chercher la raison anatomique de ce petit fait.

J'ai disséqué la peau et jai exercé la pression voulue; le tissu cellulaire sous-cutané a été soulevé, et je n'ai eu à observer que ce que l'on voit à travers le tégument; j'ai fait alors une couche du tissu cellulaire sous-cutané, et j'ai vu alors, ainsi que je l'ai montré à la Société, deux ou trois petits pelotons graisseux faire saillie à travers de petits trous de l'aponévrose, puis disparaître au-dessous d'elle dès que je cessais la pression. Je savais, dès lors, à quoi m'en tenir sur la nature des petites tumeurs que chacun peut observer sur lui-même, mais je voulus en poursuivre l'étude. Divisant la couche aponévrotique au niveau des petites perforations non accidentelles dont j'ai parlé, j'ai pénétré dans une petite loge intra-aponévrotique dont voici la description.

J'appelle cette loge intra-aponévrotique, car sa paroi antérieure m'a paru évidemment dépendre de la couche fibreuse de la région; sa paroi postérieure est formée par le ligament antérieur du carpe. On ne peut pas dire qu'il y ait de parois latérales; cependant, en dedans, le pisiforme forme une sorte de paroi revêtue de tissu aponévrotique; en haut, en bas et en dehors, la paroi antérieure se confond simplement avec l'aponévrose, dont elle n'est que le dédoublement. Son étendue, sans être considérable, donnerait bien un centimètre à un centimètre et demi dans tous les sens; en haut et en bas, elle déborde d'une quantité à peu près égale le pli du poignet; en dehors, elle s'arrête à peu près vers le milieu du ligament antérieur du carpe, de sorte que cette petite loge appartient au côté interne seul, et l'inspection à travers la peau rend bien compte de cette particularité. Dans cette loge se trouve un peloton graisseux plus ou moins volumineux, mais qui m'a semblé constant, et qui est évidemment destiné à se déplacer, car il est enveloppé d'une toile celluleuse qui l'unit lâchement aux parois de la loge qu'il habite et qu'elle tapisse; de telle manière que nous avons là une sorte de bourse séreuse protégée en avant par un dédoublement aponévrotique, et remplie, en grande partie,

---

— La *Société de secours mutuels de la Lombardie*, sous la présidence du docteur Pogliaghi, et sous l'administration des docteurs Griffini, Todeschini, Masserotti et Manzolini mérite aussi d'être citée; quoique plus jeune, elle est relativement aussi prospère que son aînée piémontaise.

— Le professeur Pasero, de l'Université de Turin, n'ayant pas pu *réunir* un seul élève à son cours de pathologie, avait fait le serment de s'en venger aux examens : cela est, du reste, arrivé plus d'une fois à Paris à un professeur de clinique, qui heureusement ne tint jamais parole. Les étudiants turinois, qui avaient été porter leurs oreilles au cours libre du docteur Pacchiotti, redoutant les effets de la colère du professeur Pasero, adressèrent une pétition au ministre compétent, lui annonçant que si le professeur Pasero paraissait aux examens de troisième ou de quatrième année, ils se verraient forcés, bien à regret, d'aller subir lesdits examens dans une autre Université. Le ministre, dit la Monarchia nazionale, afin de concilier l'impartialité des examens avec le respect de la loi, conseilla au professeur de s'abstenir, et son conseil fut suivi. On nous informe que les motifs de l'abandon des élèves sont purement scientifiques, et qu'ils ne trouvent point d'éléments suffisants d'instruction aux leçons de M. Pasero.

A cette occasion, la Monarchia nazionale fait remarquer que, dans un pays où la liberté d'enseignement serait vraiment respectée, les professeurs officiels ne devraient point assister aux examens, et cette remarque pourrait bien être vraie quand il s'agit de l'Italie.

— Le gouvernement de New-York a institué une commission sanitaire exclusivement composée de médecins, et armée des pouvoirs les plus étendus, à l'effet d'organiser un système général pour l'hygiène des troupes en campagne, c'est-à-dire pour la conservation ou la préparation des vivres, l'habillement, les logements, les hôpitaux et les infirmières, qui sont, paraît-il, très nombreuses et fort vaillantes. Dans la proclamation adressée au peuple des États-Unis par cette commission, il est dit, avec raison,

par un peloton graisseux, qui fait normalement hernie à travers des perforations de la paroi aponévrotique antérieure sous l'influence de la pression. Un fait intéressant qui se rattache encore à la description de cette petite loge, c'est la présence dans sa cavité de l'artère et du nerf cubital appliqués sur sa paroi postérieure, c'est-à-dire sur le ligament antérieur du carpe, et cachés par le peloton graisseux, de telle sorte que, pour le dire en passant, l'artère cubitale est loin d'être sous-cutanée en ce point de son trajet, ainsi que je le vois écrit, mais reste sous-aponévrotique, comme dans tout son parcours, ce qui lui est commun d'ailleurs avec tous les troncs artériels. La présence de ce paquet graisseux aurait-elle pour but d'adoucir les pressions que peut subir l'artère ou le nerf dans une région qui répond aux points d'appui que prend la main dans certaines positions? C'est une hypothèse que pourrait corroborer l'absence d'une semblable disposition au côté externe, où existe une saillie osseuse analogue, celle de l'os crochu, mais où ne se rencontre que la petite branche radio-palmaire. Toujours est-il qu'en dehors de sa finalité, que je ne cherche pas à approfondir, cette disposition reste comme fait démontré, et détermine la production d'un petit phénomène qui ne peut en imposer longtemps à un anatomiste, mais qui est fait pour éveiller sa curiosité. Je crois, de plus, qu'il est permis de dire, en se fondant sur l'analogie, que cette petite bourse séro-graisseuse pourrait bien être le siége ou même a peut-être été le siége de quelque lésion pathologique; l'observation ultérieure nous démontrera peut-être la réalité de la probabilité que j'établis en premier lieu; mais jusqu'à présent je n'ai rien trouvé qui pût confirmer la supposition que j'ai faite ensuite.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

ANATOMIE COMPARÉE. — M. *Serres* lit une série d'observations tendant à établir la réalité de développement centripète de la colonne vertébrale, et à démontrer la dualité initiale de l'élément vertébral du squelette.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Morin* lit une *Note sur la ventilation des théâtres*, et dépose sur le bureau le *Rapport* relatif à cette question, et présenté à M. le préfet de la Seine par une commission composée de MM. *Dumas*, *Chaix d'Est-Ange*, *Pelouze*, *Rayer*, *Caristie*, *Gilbert*, *Balard*, *Grassi* et *Morin* rapporteur.

MICROGRAPHIE. — M. *J. Gerlach*, professeur d'anatomie et de physiologie à Erlangen, adresse une note sur l'*emploi de la photographie comme moyen de faciliter les recherches microscopiques*.

TOXICOLOGIE. — *Recherches physiologiques sur l'action de différents poisons du cœur*, par MM. *W. Dybkowsky* et *E. Pelikan*. — Voici les résultats généraux et constants des expériences faites sur des grenouilles avec l'*upas antiar*, la *tanghinia venenifera*, la digitale et l'ellébore vert :

Le mouvement du cœur s'arrête alors que la grenouille reste encore complétement irritable, et qu'elle jouit non-seulement de ses mouvements volontaires, mais qu'elle est encore en état de sauter pendant un certain temps. Tous ces poisons agissent, en première ligne, sur le cœur en le paralysant, soit que la substance vénéneuse ait été introduite sous la peau dans quelque région du corps que ce soit, soit qu'elle l'ait été directement dans la bouche. La durée moyenne des contractions du cœur après l'introduction du poison a été de cinq à dix minutes avec l'antiar, la tanghinia et l'ellébore vert; avec la digitaline elle a été de dix à vingt minutes. Le ventricule du cœur s'arrête toujours en état de forte contraction; il reste presque complétement vide et pâle, tandis que les oreillettes sont distendues et gorgées de sang. Les contractions du cœur, au début de l'expérience, sont quelquefois accélérées; d'autres fois elles deviennent plus rares dès le commencement.

Tous ces poisons paralysant le cœur, exercent leur action délétère sur cet organe sans l'intermédiaire du système nerveux cérébro-spinal, de sorte que la destruction préalable de la moelle allongée et des nerfs pneumogastriques dans leur partie cervicale, ne retarde pas l'action de ces poisons sur le cœur, et ne modifie même aucunement leur action. Sous l'influence de la galvanisation des nerfs pneumogastriques chez les grenouilles empoisonnées, les battements du cœur s'arrêtent constamment. En galvanisant, chez les grenouilles, le grand sympathique dans la *cavité abdominale* (d'après la méthode de M. Budge), après que le cœur eut été complétement paralysé, nous ne pouvions pas obtenir la réapparition de ses mouvements.

En résumant les résultats de nos expériences, il reste évident que l'action de ces divers poisons doit être attribuée à leur rapport spécial avec les éléments nerveux du cœur, ou avec ces deux catégories d'appareils nerveux, dont l'un est destiné au mouvement (éléments moteurs), et l'autre au ralentissement de ces mouvements, si l'on admet avec plusieurs physiologistes l'hypothèse de M. Ed. Weber.

---

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a*. Un mémoire sur la névralgie générale chronique,

---

que si chacun favorise de son bon vouloir les ordonnances qui paraîtront, on arrachera 20000 hommes sur 100,000 à une mort inutile et sans gloire; nous jugeons cet espoir bien fondé, et nous nous félicitons de l'importance acquise dans l'État par nos confrères américains, et de la haute confiance qu'ils inspirent.

— La ville de Saint-Paul, dans le Minneseta, a vu naître l'année dernière une Académie de médecine qui a adopté « le Code d'éthique de l'association médicale américaine. » Cette Académie ne compte que neuf membres, et dès la première année ses recettes ont été de plus de 10,000 francs. Il est remarquable de voir l'esprit de corps se manifester de l'autre côté de l'Atlantique avec une puissance telle que les associations locales se conforment à certains principes et adoptent un code uniforme.

ALIQUIS *frères*.

---

— Le corps médical de Paris vient de faire deux nouvelles pertes regrettables. MM. Legroux et Piedagnel, tous deux médecins de l'Hôtel-Dieu, viennent de mourir. Une longue et cruelle maladie tenait M. Piedagnel éloigné depuis longtemps de son service; mais il y a huit jours à peine, M. Legroux, plein de vigueur et de santé, prodiguait ses soins à ses malades de l'Hôtel-Dieu. Il a succombé affecté d'un anthrax.

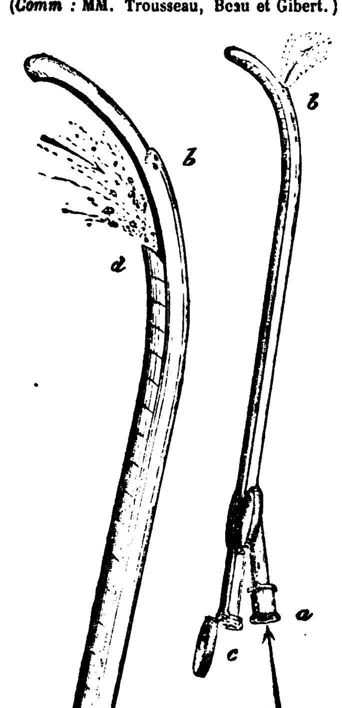
— REMÈDE CONTRE LA RAGE. — On lit dans LE PROGRÈS DE LYON que M. Rodet a trouvé, dans le perchlorure de fer, un agent capable de détruire le virus de la rage, même deux heures après la morsure. Si cette note se rencontrait dans un journal de médecine, nous en ferions l'objet de quelques remarques scientifiques.

— Une société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se constituer à Saint-Brieuc pour le département des Côtes-du-Nord.

---

par M. le docteur *Andrieux* (de Brioude). (*Comm* : MM. Trousseau, Beau et Gibert.) — *b.* La description et le spécimen d'un appareil mécanique proposé par M. le docteur *Brossard* (de Grandvilliers) pour le traitement des ulcères et des varices. (*Comm.*: M. Gosselin.)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Capron*, coutelier, rappelant qu'il a exposé en 1855 un spéculum analogue à celui dont M. Charrière s'est attribué l'invention dans la dernière séance. — *b.* M. *Mathieu* présente une nouvelle sonde évacuatrice à double courant, qu'il a construite d'après les indications de M. Voillemier. Cette sonde est composée d'une large gouttière à courbure en rapport avec la courbure du canal de l'urèthre. Cette gouttière, ouverte dans le sens de la concavité, est transformée en canal complet par une autre gouttière ou recouvrement qui représente le tiers de la circonférence du canal, qu'elle complète et dont la concavité est inférieure; elle marche à coulisse sur la première et offre des brisures multiples et à ressort pour s'adapter à la courbure inférieure. L'ensemble de ces deux parties forme une sonde volumineuse d'homme à trois anneaux, et, à la partie inférieure ou convexe de cette sonde complexe et dans l'épaisseur même de la paroi inférieure, existe un conduit qui est disposé à la portion externe pour recevoir la canule d'une seringue, et, à l'autre extrémité dite vésicale, existe une double série de trous qui permettent l'arrivée dans la vessie des liquides poussés par la seringue, liquides qui agitent l'urine et mettent en suspension les graviers qui peuvent s'introduire dans la large gouttière, que l'on rend béante à volonté et en quantité voulue en retirant le recouvrement brisé. (*Comm.*: M. Civiale.)




*Discussion sur la morve.*

*M. Raynal*, après avoir protesté contre les appréciations peu bienveillantes et mal fondées dont les doctrines de l'École d'Alfort ont été l'objet de la part de M. Guérin, entre immédiatement dans l'examen et la discussion des faits cliniques allégués ou développés par cet orateur.

« Le jetage et le glandage, dit-il, qui, pour M. Guérin et M. Leblanc, ont une certaine importance pathognomonique, n'expriment jamais pour moi l'indice certain de la maladie.

» Quand j'étais vétérinaire dans l'armée, j'ai souvent observé des cas analogues à ceux qui constituent pour M. Guérin la morve ébauchée et pour M. Leblanc les prodromes de la morve. On faisait entrer ces chevaux dans les infirmeries en qualité de chevaux catarrheux. Ceux de ces animaux qui mouraient, n'ayant qu'une petite glande ou qu'un jetage à peine sensible, présentaient à l'autopsie les lésions intérieures de la morve la plus grave, telles que les a signalées déjà M. Bouley. Je suis donc de l'avis de mon éminent collègue : je crois que souvent, le plus souvent, la prétendue morve ébauchée de M. Guérin, le glandage et le jetage à un faible degré, peuvent être les signes extérieurs d'altérations organiques extrêmement graves.

» Indépendamment des observations que j'ai faites à cet égard sur les chevaux de l'armée, j'ai fréquemment rencontré des cas du même genre, soit en ville, soit dans les infirmeries d'Alfort.

» Il est quelques symptômes légers qui, pour un vétérinaire exercé, peuvent faire pressentir l'invasion prochaine de la morve ; mais ces symptômes n'appartiennent pas en propre à la morve, et ils ne la présagent jamais assez sûrement pour justifier la théorie de M. Guérin sur la morve ébauchée, ni celle de M. Leblanc sur la période prodromique de la morve. »

L'orateur rapporte un fait de Chaumontel, que M. Guérin a rappelé à l'appui de sa doctrine et de la guérison spontanée de la morve ébauchée. M. Raynal se range à l'opinion de M. Delafond et ne peut consentir à voir dans cette observation un cas de morve ébauchée.

Poussant plus loin la critique des faits invoqués par M. Guérin, M. Raynal conteste la valeur des observations de Lessona, de Berthoneau et de Beugnot. Dans tous ces cas, l'orateur ne voit autre chose que l'influence locale de l'inoculation du virus morveux. Or, c'est un résultat qui n'a rien de particulier au virus morveux; on l'observe à la suite de l'inoculation de tous les virus. A ce propos, M. Raynal rappelle les inoculations de pus chancreux faites à des chiens il y a une dizaine d'années, à l'époque où l'on s'occupait beaucoup de syphilisation.

Abordant la question de la prétendue analogie de la gourme et de la morve, l'orateur proteste contre les reproches adressés aux vétérinaires par M. Guérin touchant la confusion qu'ils auraient faite entre les deux affections. L'ancienne hippiatrie a pu commettre des erreurs de cette nature; Gilbert même a pu partager une semblable méprise; mais, depuis cette époque, tous les écrivains se sont attachés à faire ressortir la différence profonde qui sépare la morve de la gourme.

M. Guérin a invoqué le nom de Girard fils. Il faut se reporter à l'époque à laquelle Girard a émis son opinion. Ce vétérinaire a écrit sous l'influence des doctrines de Broussais, et il fit de la morve une rhinite, une inflammation de la muqueuse pituitaire, comme la gourme; plus tard, voyant que la morve était infiniment plus grave que la gourme, il avança que la morve était une rhinite spéciale, compliquée d'un état carcinomateux de la muqueuse nasale. Girard mourut trop tôt pour avoir le temps de modifier ses idées; mais Vatel et d'autres vétérinaires éminents qui avaient partagé les travaux et les opinions de Girard renoncèrent plus tard à leur doctrine primitive : ils virent et ils contribuèrent à faire ressortir la différence qui sépare la gourme de la morve.

Restent les faits de M. Lainé et ceux de M. Charrier.

M. Lainé affirme qu'il a guéri 50 ou 90 pour 100 des chevaux atteints ou suspectés de morve. L'orateur déclare qu'il ne comprend pas que l'administration de la guerre, qui est si soucieuse de ses chevaux, laisse des loisirs à M. Lainé.

Quant à M. Charrier, il est possible qu'il soit heureux quelquefois; mais M. Raynal affirme que toutes les fois qu'il a été appelé à vérifier les guérisons obtenues par M. Charrier, il n'a jamais été parfaitement convaincu de l'évidence du diagnostic, et que, dans d'autres circonstances, il a vu mourir les chevaux morveux de M. Charrier aussi bien que les autres.

M. Raynal, opposant aux faits signalés par M. Leblanc les faits qu'il lui a été donné d'observer à l'armée, cherche à établir que la plupart des guérisons de la morve ne sont qu'apparentes, et qu'en dépit des soins administrés et du séjour prolongé des chevaux dans les infirmeries, ces malades finissaient par succomber. De sorte que l'administration de la guerre a fini par réduire de plus en plus le séjour des chevaux dans les infirmeries, et par se résoudre à les sacrifier dès les premiers symptômes de la morve, c'est-à-dire dès l'apparition d'un léger glandage ou d'un léger jetage, ou, en d'autres termes, de la morve ébauchée de M. Guérin et des prodromes de la morve de M. Leblanc.

En résumé, je ne crois pas qu'il y ait de morve ébauchée, ni de signes prodromiques certains de la morve. Je crois que souvent les signes extérieurs et initiaux de la morve ne sont pas en rapport avec la gravité des lésions; je crois enfin que la morve est, dans la grande majorité des cas, une maladie mortelle, qui réclame plutôt l'emploi des moyens hygiéniques que les essais jusqu'à présent infructueux d'agents curatifs.

M. *Leblanc* croit devoir revenir sur certains points de son dernier discours, qui paraissent avoir été mal compris ou mal interprétés par M. Guérin, et résume ses opinions dans les termes suivants :

« 1° M. Guérin, qui a reconnu que lui et les vétérinaires étaient d'un accord complet sur l'identité de nature des différentes manifestations de la morve, a prétendu à tort que les vétérinaires n'avaient pas tiré de ce fait toutes les conséquences dont il est susceptible.

» 2° La nomenclature des diverses manifestations de la morve proposée par M. Guérin n'est ni plus rationnelle, au point de vue scientifique, ni plus utile au point de vue clinique, que celle déjà consacrée en médecine vétérinaire.

» 3° Il n'est pas exact de dire, avec M. Guérin, que les vétérinaires ne reconnaissent jamais à la morve de causes prochaines ; car ils admettent une matière virulente, spéciale, morveuse, et la contagion de la morve.

» 4° Il est démontré pour tous les vétérinaires, et contrairement à l'opinion de M. Guérin, que la morve peut naître sans contagion chez le cheval, l'âne et le mulet, et que ce contagium peut s'engendrer sous l'influence de certaines conditions bien connues.

» Quant à la partie clinique de la question, M. Guérin n'a pas bien saisi, je le crains, la différence que j'ai établie entre l'état morbide, qui permet de *suspecter* de morve un cheval, et l'état qui, dans le langage habituel des vétérinaires, fait dire que le cheval est *suspect* de morve. J'ai dit que tout cheval qui présentait *un* ou plusieurs des signes cardinaux de la morve, et qui, dans l'état actuel du langage vétérinaire, était qualifié de *suspect*, était réellement et décidément morveux pour moi. Je ne peux donc suspecter de morve qu'un cheval qui n'a ni *un* ni plusieurs des signes cardinaux.

» Quand j'ai mis le jetage ou le glandage au nombre des signes prodromiques de la morve, je n'ai voulu parler que du jetage ou du glandage qui fait craindre la morve, et non de celui qui la caractérise. »

M. Leblanc termine en déclarant « que, pour les vétérinaires, avant et depuis l'ouverture de la discussion pendante, l'affection morveuse est une maladie virulente, spéciale, spécifique, une dans sa nature, quelles que soient les formes variées qu'elle revête, pouvant s'engendrer spontanément de toutes pièces, et pouvant se communiquer par contagion quand elle est engendrée ». Il ajoute enfin « que les vétérinaires ont déduit de ces vérités, scientifiquement et pratiquement, toutes les conséquences possibles et utiles dont chaque jour ils font l'application. »

Répondant, en dernier lieu, à l'argumentation de M. Raynal, M. Leblanc maintient, malgré les objections de son collègue, l'existence des signes prodromiques de la morve.

— M. *Guérin* s'explique de nouveau relativement à sa doctrine de l'évolution des maladies virulentes en général et de la morve en particulier, doctrine qui lui paraît avoir été mal comprise par les vétérinaires, et, partant, entretenir indéfiniment la confusion, le malentendu qui domine dans la discussion, et qui la perpétue. Il maintient que les vétérinaires n'avaient pas suffisamment saisi ni fait ressortir les conséquences pratiques de l'identité des diverses manifestations morbides de la morve. Il croit que la morve n'est pas également contagieuse à toutes les périodes.

— M. *Bouillaud*. Depuis quelques séances, la question de la morve me paraît beaucoup plus obscure qu'au début de la discussion. Personne, parmi les vétérinaires, n'a parlé de la vraie morve ; chacun a parlé des signes extérieurs et des lésions internes ; mais nul n'a rien dit de la vraie morve, de celle qui est dans le sang !

M. J. Guérin pense aujourd'hui comme moi, qu'il y a des éléments dans la morve qui font qu'elle est la morve, à savoir une maladie spéciale, une maladie exclusive, particulière, *sui generis*. Tant que les vétérinaires n'auront pas produit artificiellement la morve sous nos yeux, je ne croirai pas à l'influence des causes hygiéniques sur sa production. Il existe évidemment une cause spéciale qui donne naissance au virus morveux. Voilà ce que les vétérinaires ont évité d'aborder.

Je dis qu'il est universellement admis (et c'est là ce qui distingue essentiellement les affections morveuses) que jamais on n'a considéré les causes vulgaires, ordinaires, comme pouvant donner naissance à une maladie virulente et contagieuse.

— M. *Guérin* prétend que le charbon, que les vétérinaires regardent comme une maladie virulente, a des degrés et une évolution progressive.

— M. *Leblanc* soutient que l'influence des mauvaises conditions hygiéniques est suffisante pour provoquer la formation de la morve, et cite quelques faits qui mettent cette opinion hors de doute.

La séance est levée à cinq heures.

## Société de chirurgie.

SÉANCES DU 28 AOUT ET DU 4 SEPTEMBRE 1861.

LUXATION DU COUDE EN ARRIÈRE ET EN DEDANS. — TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DE LA CLAVICULE. — ARTHRITES SÈCHES. — TUMEUR DE LA VOUTE PALATINE. — OPÉRATION D'UN CANCER DU RECTUM PAR L'ÉCRASEUR LINÉAIRE.

M. Trélat s'est livré à quelques recherches pour s'assurer du degré de fréquence des luxations du coude en arrière et en dedans. Il avait avancé dans la dernière séance que ces luxations étaient rares, et, comme M. Richet les avait dites au contraire assez fréquentes, il a feuilleté les journaux de médecine et les bulletins de la Société de chirurgie, et n'a trouvé que deux exemples de ces luxations. La première a été observée en 1855 par M. Morel-Lavallée ; la seconde en 1859, par M. Denucé. Dans le premier cas, il s'agissait d'un petit enfant qui, avant d'être amené à l'hôpital, avait été traité comme ayant une fracture ; dans le second, d'une vieille femme qui s'était luxé le coude en se débattant dans une camisole de force. Ces deux observations n'éclairent aucunement la question de la réduction dans les luxations anciennes, car celle de M. Morel-Lavallée s'arrête à des projets de réduction, et la luxation de la malade de M. Denucé fut réduite avec facilité presque aussitôt après l'accident. M. Trélat, mettant à profit les conseils qu'on lui avait donnés dans la dernière séance, a essayé de nouveau de réduire la luxation de sa petite malade en opérant les tractions, ainsi que le veut M. Richet, sur l'avant-bras placé dans la demi-flexion et dans la pronation exagérée. Il a mis une serviette en anse sur le bras, une autre sur l'avant-bras, de telle manière que les tractions exercées sur ces serviettes devaient avoir pour résultat d'éloigner les surfaces articulaires, et de faciliter le désengrènement du crochet cubital et la propulsion de l'olécrâne dans sa cavité de réception. Toutes les tentatives, de quelque façon qu'elles aient été faites, sont restées infructueuses, l'olécrâne n'a pas bougé d'une ligne ; et il a fallu renoncer à de nouveaux efforts de réduction, car des signes d'*arthrite* se sont montrés au coude, et ils ont dû être combattus par l'immobilisation et des antiphlogistiques locaux.

M. Richet regrette que les faits qu'il a vus n'aient pas été publiés, car ces faits sont assez nombreux pour l'autoriser à dire que ces luxations ne sont pas rares. M. Denonvilliers lui a dit qu'il en avait observé un certain nombre. Enfin, les faits de M. Morel-Lavallée sont au nombre de cinq, quoiqu'un seul ait été publié. M. Verneuil a raconté, à propos de ces luxations du coude, qu'il a vu récemment un malade atteint d'une luxation en arrière, de l'espèce la plus ordinaire et la plus classique, réduire lui-même sa luxation. Ce malade, qui avait peur du chloroforme et s'en croyait menacé, s'était suspendu par la main du côté malade, et lui avait laissé supporter le poids de son corps. La réduction eut lieu sans accident, ni immédiat, ni consécutif.

— M. Péan a mis sous les yeux des membres de la Société une tumeur de la clavicule occupant le tiers interne de l'os. Cette tumeur a le volume d'un gros citron ; elle est enveloppée par le périoste aminci. Une coupe faite dans son épaisseur, et divisant en même temps la clavicule en deux moitiés antérieure et postérieure, fait voir qu'elle est constituée en partie par un tissu mou d'aspect encéphaloïde qui se prolonge jusque dans le canal médullaire de la clavicule. A la périphérie, le tissu de la tumeur est plus dur et comme fibreux. Des prolongements fibreux, et surtout un grand nombre d'aiguilles osseuses cloisonnent la tumeur et la divisent en lobules.

Examinée avec le microscope, cette tumeur paraît presque entièrement formée de tissu fibro-plastique.

M. Gosselin, qui a reséqué cette clavicule le matin même, croyait, avant l'opération, avoir affaire à une tumeur en partie osseuse et en partie cartilagineuse. Il ne la supposait pas de mauvaise nature, et c'est surtout parce qu'elle menaçait la trachée qu'il s'est décidé à l'enlever. Une particularité curieuse de l'étiologie de cette tumeur, c'est qu'elle s'est développée dans un cal. Elle a mis envi-

ron dix-sept mois à acquérir le volume qu'on lui a vu, et n'a jamais fait souffrir le malade. Dans ces derniers temps seulement, celui-ci s'est plaint de douleurs au sommet du thorax, qui ont été attribuées à une névralgie intercostale et ont disparu après l'application d'un vésicatoire morphiné. Le malade avait trente-quatre ans, et n'était nullement cachectique.

L'opération fut laborieuse, et l'on peut dire aussi des plus effrayantes, car il fallu mettre à nu les gros troncs veineux de la base du cou. et la désarticulation de l'extrémité interne de la clavicule n'a pas été des plus faciles. Cette désarticulation, une fois faite (et elle avait été faite après la section de l'os), la tumeur tenait encore, et il a fallu rompre en les arrachant les adhérences qu'elle avait contractées avec les parties supérieure et postérieure du sternum. Une très petite portion de la tumeur a donc été nécessairement laissée de ce côté, circonstance qui, ajoutée à ce qu'on sait de la composition élémentaire de cette production morbide, ne permet qu'un pronostic très fâcheux.

M. *Follin* a enlevé autrefois une tumeur fibro-plastique très semblable à celle-ci, qui occupait la moitié externe de la clavicule. La récidive était complète quinze mois après l'opération, et deux ans après la malade succombait.

M. *Chassaignac* fait remarquer que, dans l'opération précédente, M. Gosselin aurait eu une peine extrême à désarticuler la clavicule si elle n'avait pas été sciée préalablement. Ce cas plaide en faveur du précepte qu'il a posé de toujours scier les os avant de les désarticuler.

M. *Houel* pense que la tumeur dont il a été question n'est que l'extension d'un cancer du canal médullaire, et la fracture dont la clavicule a été le siége lui paraît s'être faite dans un os déjà cancéreux.

M. *Houël* a rendu compte du travail de M. Dolbeau sur l'épanchement qui complique parfois les arthrites dites arthrites sèches. Le nom d'arthrite sèche, qui a été donné à ces lésions par M. Deville, indique assez que l'hydropisie est tout à fait l'exception dans ces affections articulaires; toutefois, la présence d'un liquide même abondant a été constatée dans de rares occasions, et considérée comme la conséquence des corps étrangers qui s'observent fréquemment dans les articulations atteintes d'arthrite sèche. M. Dolbeau, sans nier que l'hydarthrose puisse reconnaître une cause mécanique, croit qu'elle peut résulter d'une diathèse, ainsi que tend à le prouver un fait qu'il a observé dans le service de M. Denonvilliers, et dans lequel l'articulation qui était le siége de l'épanchement ne contenait aucun corps étranger. On se rappelle que l'auteur a apporté trois observations à l'appui de son opinion sur les hydropisies des jointures qui peuvent compliquer les *arthrocaces*. Pour M. Houël, il s'est peut-être agi, dans deux de ces cas, de ces hydropisies considérables qu'on rencontre parfois dans certaines tumeurs blanches à forme spéciale qui peuvent simuler une arthrite sèche.

Peut-être faudrait-il faire une séparation entre l'arthrite sèche (arthrocace, usure articulaire) et la maladie que M. Dolbeau a décrite. Car, dans cette affection, l'épanchement ne peut être que temporaire et propre seulement à la première période. Quand il n'y a plus, dans une jointure, que des surfaces éburnées, sans cartilage et sans synoviale, on se demande d'où peut venir le liquide.

M. Houël indique, en passant, un signe qui, sur des pièces anatomiques, permettrait de distinguer les tumeurs blanches des véritables arthrites sèches. Ce signe, c'est l'absence, dans cette dernière maladie, des caractères anatomiques de l'inflammation sur les os voisins de l'articulation malade. Dans les arthrites sèches, à quelque période qu'elles soient arrivées, les lésions osseuses sont bornées à l'épiphyse, et ne dépassent pas les insertions ligamenteuses, tandis que les caractères de l'ostéite s'observent sur presque toute la longueur des os voisins d'une jointure qui a été quelque temps le siége d'une tumeur blanche.

Enfin M. le rapporteur émet sous une forme dubitative une autre théorie de ces vastes épanchements. Il se demande si la lésion qui les a produits n'a pas été mixte, si au début il n'a pas existé une véritable tumeur blanche, et si plus tard l'articulation, sous l'influence du traitement, n'a pas revêtu les caractères de l'arthrite sèche, qu'il considérerait alors comme une modification heureuse dans les lésions des surfaces articulaires.

Relativement à l'étiologie de ces arthrites, M. Giraldès a fait remarquer qu'elles sont très probablement liées à la diathèse rhumatismale. Adam (de Dublin), qui observe dans un pays où les rhumatisants sont nombreux, a vu fréquemment tous les signes des arthrites sèches chez des gens qui avaient été longtemps affectés de rhumatismes.

— M. *Désormeaux* présente un malade âgé d'environ trente ans, qui porte sur la partie moyenne de la voûte palatine une tumeur allongée, large en avant de 2 à 3 centimètres et s'effilant en arrière. Cette tumeur est molle ; elle saigne un peu quand on la palpe, mais n'est point douloureuse à la pression. Son accroissement a été lent, car la saillie qu'elle forme atteint à peine 1 centimètre, et elle a débuté il y a plus de six mois. M. Désormeaux demande à ses collègues leur avis sur la nature de cette tumeur et, par conséquent, sur le traitement qui lui convient. Provisoirement, il s'arrête à l'idée d'une tumeur cancroïdale.

M. Chassaignac pencherait plutôt vers l'idée d'une altération osseuse du palais développée sous l'influence de la syphilis. Il croit que la mollesse de la tumeur est due en partie à la présence du pus, et qu'il s'est déjà formé là un abcès ossifluent.

Sans se prononcer d'une façon aussi positive sur l'espèce de maladie syphilitique dont il s'agit, M. Cullerier croit qu'il s'agit bien réellement d'une affection syphilitique, soit du périoste, soit de l'os, soit même du tissu sous-muqueux. Le malade, qui a répondu, à ce qu'il paraît, avec plus de franchise à ses questions qu'à celles que M. Désormeaux avait dû lui faire, confesse qu'il a eu un chancre et des bubons non suppurés. Quant à l'absence d'engorgement ganglionnaire invoquée par M. Désormeaux comme une preuve de la nature non syphilitique de la tumeur, M. Cullerier fait observer que c'est précisément parce que les glandes sous-maxillaires ne sont pas volumineuses; qu'il croit non à un cancroïde qui aurait engorgé ces glandes, mais à une affection syphilitique tertiaire qui ne retentit pas dans les ganglions lymphatiques.

L'iodure de potassium paraît donc le seul moyen auquel il soit urgent de recourir chez le malade de M. Désormeaux.

— M. *Verneuil* présente une tumeur cancéreuse du rectum qu'il a enlevée à l'aide de l'écraseur linéaire.

La malade, âgée de soixante ans, mais encore active et robuste, se plaignait depuis longtemps de douleurs très vives de la région anale et de difficultés croissantes pour aller à la selle. Des hémorrhagies s'étaient produites à différentes reprises. Au périnée, sur la région anale antérieure, se voyaient deux lobes rougeâtres et mollasses, d'un aspect peu rassurant. Par le toucher, M. Verneuil s'aperçut que la tumeur remontait sur la paroi recto-vaginale jusqu'à une distance de 1 centimètre 1/2 du col de l'utérus. Deux doigts introduits, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, pouvaient se rejoindre au-dessus de la tumeur. La paroi antérieure du rectum était seule envahie ; mais elle l'était dans toute sa largeur, de telle sorte que les points où aurait dû porter le bistouri, si l'on s'était servi de cet instrument, étaient précisément les parties latérales de la cloison recto-vaginale, celles où passent tous les vaisseaux artériels et veineux. Cette circonstance ne rendait pas douteux le choix de l'instrument : c'est donc à l'écraseur linéaire que M. Verneuil eut recours. Il le mania avec toute la lenteur voulue, et la malade ne perdit pas de sang. Un petit tubercule qui restait au-dessus de la tumeur, ayant été enlevé avec l'instrument tranchant, fournit un écoulement de sang abondant et qu'on ne put arrêter qu'en liant deux artérioles. On voit quelles terribles hémorrhagies M. Verneuil a évitées en se servant de l'instrument de M. Chassaignac.

Dr P. Chatillon.

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris**; tome I (4 fascicules); et 1er et 2e fascicule du tome II (de mai 1859 à juillet 1861); chez Victor Masson et fils.

Si l'on doit mesurer l'importance et l'utilité d'une compagnie savante aux travaux qu'elle produit, aux services qu'elle rend, il en est peu qui aient mieux justifié l'opportunité de leur création que la *Société d'anthropologie*. Elle date de deux ans à peine; et déjà elle a accompli de grandes choses et marqué dignement sa place dans le mouvement scientifique; tant il est vrai que

Chez les âmes bien nées
La valeur n'attend pas le nombre des années.

Mémoires de longue haleine, rapports consciencieux, savantes dissertations, discussions animées sur les sujets les plus variés et sur la plupart des questions qui touchent de près ou de loin à la science de l'homme et des races humaines, tel est, en résumé, le bilan des travaux de la jeune Société depuis le jour de son inauguration jusqu'au mois de juillet 1861.

A l'exemple de l'Intimé, sans chercher pourtant à l'imiter, la Société d'anthropologie a commencé par le commencement du monde,

La naissance de l'*homme* et sa création.

L'homme fossile a été un des premiers sujets qu'elle ait mis à l'ordre du jour de ses travaux. Nos lecteurs connaissent sans doute les intéressantes recherches de M. Boucher de Perthes, l'infatigable géologue picard, qui est parvenu à former tout un arsenal avec les instruments de silex découverts dans les carrières de Saint-Acheul et dans les glacières d'Abbeville. M. Boucher de Perthes est un des premiers savants qui aient osé battre en brèche les idées de Cuvier touchant l'origine relativement récente de l'humanité. Il adressa tout naturellement le résultat de ses investigations à l'Institut. L'Institut se moqua de lui; c'est M. Geoffroy Saint-Hilaire qui nous le dit: nous n'avons pas de peine à le croire. Les haches diluviennes de M. Boucher de Perthes ont trouvé plus de faveur et un accueil plus courtois au sein de la Société d'anthropologie. Parviendra-t-on, à l'aide de ces haches, à *trancher* la question de l'homme fossile? M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire le croit; et nous nous rangeons d'autant plus volontiers à son opinion que c'est aussi celle de la majorité de nos collègues de la Société. Sur ce sujet nous estimons que MM. Pouchet, Broca, Lagneau, Lemercier, Bertillon, Hippolyte Gosse et Geoffroy Saint-Hilaire ont victorieusement répondu aux doutes exprimés par quelques membres.

Dans cette discussion, on a souvent cité les noms de MM. Boucher de Perthes, Prestwich, Flower, Fontan, Gaudry et Lartet; mais il en est un que nous avons été fort surpris de ne pas entendre et que nous demandons la permission de placer en tête de la liste précédente. Que les savants déjà nommés se rassurent, ils ne seront point en trop mauvaise compagnie; il s'agit tout simplement de Buffon. Voici ce que dit l'immortel naturaliste en parlant des premiers hommes: « Ils ont commencé par aiguiser en forme de *haches*, ces cailloux durs, ces jades, ces *pierres de foudre*, que l'on a crues tombées des nues et formées par le tonnerre, et qui néanmoins ne sont que les premiers monuments de l'art de l'homme dans l'état de pure nature;... avec la hache de pierre, il a tranché, coupé les arbres, menuisé le bois, façonné ses armes et les instruments de première nécessité;... puis ces premiers hommes ont aiguisé d'autres petits cailloux pour en armer leurs flèches. » La plupart des orateurs qui ont prêté le concours de leur parole à M. Boucher de Perthes et qui ont plaidé la cause des haches, des couteaux et des pointes en silex du diluvium verront sans doute avec satisfaction qu'ils n'ont fait que paraphraser ce passage remarquable, mais peu remarqué de Buffon.

— Une autre question qui a vivement occupé la Société d'anthropologie est celle du *croisement des races*. Une brillante discussion s'est ouverte sur ce sujet, à l'occasion d'un remarquable mémoire de M. Périer. Les croisements donnent-ils des résultats avantageux? M. Périer dit non; M. de Quatrefages dit oui.

Suivant M. Périer, les races pures ont sur les races mêlées le privilége de la beauté physique, de la santé et de la longévité; et il cite les Géorgiens et les Circassiens, les Tadjicks, les Arabes, les Israélites et les Polynésiens. — Alors M. de Quatrefages de répliquer: « Une race qui resterait complétement pure fournirait dans un temps donné une certaine somme d'idées et de progrès, puis elle resterait stationnaire ou tournerait toujours dans le même cercle. Voyez les Chinois! »

Aux deux citations que nous venons de faire et qui résument les thèses contradictoires de M. de Quatrefages et de M. Périer, il est aisé de comprendre pourquoi les deux savants champions ne parviennent pas à s'entendre: c'est que chacun tend au but par un sentier distinct. M. Périer semble se préoccuper à peu près exclusivement des attributs physiques de la race; M. de Quatrefages, au contraire, cherche surtout à mettre en relief les prérogatives intellectuelles et morales. Sur ces deux terrains différents, chacun peut avoir raison. Nous accorderons volontiers à M. Périer que le croisement de deux races à peu près égales en vigueur et en beauté donne fréquemment une race mixte inférieure aux deux premières; mais nous croyons aussi avec M. de Quatrefages que « le croisement retrempe les races, complète leurs instincts, développe leurs aptitudes, et quelquefois même enfante des aptitudes étrangères aux deux races primitives. » Eh! mon Dieu, nous autres Français, ne sommes-nous pas la nation la plus mélangée du globe? Avons-nous donc tant à nous plaindre des mille croisements qui se sont opérés sur notre sol depuis la conquête romaine jusqu'à l'invasion des alliés? Nous n'avons, il est vrai, ni la taille des Cosaques, ni la beauté des Géorgiens, ni les traits irréprochables des Tadjicks, ni les formes gracieuses des Arabes; mais ne sommes-nous pas le peuple-roi par l'intelligence et la bravoure, par l'esprit et par le cœur? A cela M. Périer se récrie: « Qui nous dit que nous ne serions pas plus avancés encore si nous n'étions pas mêlés? » — Qui nous le dit? Mais l'analogie, mais l'histoire des peuples de race pure, qui sont restés fort loin derrière nous dans les sciences, les arts et l'industrie.

Nous avons fait une concession à M. Périer en faveur des races pures, relativement aux attributs physiques. Il est vrai qu'il a si bien choisi ses exemples que nous aurions été mal venu à y faire opposition. Mais à côté des plus beaux types de l'espèce humaine qu'il nous a complaisamment présentés à l'appui de sa thèse, nous pourrions citer d'autres peuples de race pure, dont la beauté ne deviendra jamais proverbiale, pas plus que l'intelligence. M. Périer croit-il, par exemple, qu'un petit croisement pût jamais être nuisible aux Samoïèdes, aux Lapons, aux Iroquois, aux Peaux-Rouges, aux Têtes-Plates, aux Botocudos, aux Caraïbes, aux nègres du Congo, aux anthropophages du Darfour? C'est une objection à laquelle M. Périer répondra sans doute dans un second mémoire, où il se propose d'étudier les *alliages* entre races hétérogènes.

Les autres orateurs qui ont pris part aux débats, sans se prononcer d'une manière bien formelle, ont incliné plutôt vers l'opinion de M. de Quatrefages que vers celle de M. Périer. Toutefois, M. Boudin est presque venu prêter main-forte à son savant collègue, en soutenant que « les métis sont très souvent inférieurs aux deux races mères, soit en vitalité, soit en intelligence, soit en moralité. » Mais c'est encore là une opinion fort sujette à controverse; car si elle est exacte pour les métis d'Européens et de Malais, elle cesse d'être vraie pour les mulâtres du Sénégal, cités avantageusement par M. Simonot; pour les Paulistas brésiliens, métis de Portugais et d'Indiens, qui, au dire de M. de Quatrefages, ne le cèdent à aucune race pure; et pour beaucoup de mulâtres des Antilles françaises, qui, d'après le témoignage de M. Rufz, se montrent plus aptes à la civilisation que l'un de leurs éléments, le noir.

En résumé, il nous semble résulter de cette discussion, comme l'a finalement démontré M. Broca d'une manière péremptoire, que les croisements entre races supérieures voisines ou homogènes produisent le plus souvent une population vigoureuse, intelligente

et honnête; tandis que les croisements entre races inférieures, hétérogènes ou éloignées, donnent généralement lieu à des résultats défectueux.

A propos des croisements ethniques, la discussion s'est engagée sur des questions incidentes du plus haut intérêt, sur la permanence des types, sur l'action modificatrice des climats, sur l'influence prédominante de la mère dans l'hybridité, sur l'origine de la syphilis et sur la constitution géologique primitive de la Polynésie.

L'autochthonie des Polynésiens et l'hypothèse du continent océanien, combattues à outrance par M. de Quatrefages, timidement admises par MM. Martin de Moussy et d'Omalius d'Halloy, ont trouvé des défenseurs intrépides et brillants dans MM. Périer et Broca. Nous signalerons aux philologues les documents curieux que ce dernier orateur a recueillis sur les langues polynésiennes, dans le but de démontrer leur commune origine et leur étroite parenté.

La discussion sur les croisements ethniques semblait épuisée lorsqu'elle a été ravivée par un laconique et substantiel rapport de M. U. Trélat sur deux thèses : l'une de M. Leroy, intitulée : *Relation médicale du voyage de la* PERSÉVÉRANTE *dans l'océan Pacifique;* l'autre de M. Michaux, intitulée : *La Guyane et ses établissements pénitentiaires.* « Un fait, dit M. Trélat, qui ressort bien évidemment de la narration de ces deux habiles observateurs, c'est la décroissance continue des populations indigènes de la Guyane et de la Polynésie dans les régions où les Européens se sont établis, même en petit nombre. »

M. Leroy pense que ce dépérissement est dû aux ravages de la syphilis, de la phthisie pulmonaire et de la variole; et que la stérilité, très fréquente chez les femmes océaniennes, doit être attribuée, en partie, à un libertinage effréné.

« La vie civilisée et la vie sauvage, dit d'autre part M. Michaux, sont tellement incompatibles entre elles qu'elles ne peuvent exister simultanément sur le même sol; et dans cette lutte la victoire n'est pas douteuse. C'est un combat entre un homme fait et un enfant. » C'est à cette lutte inégale que l'auteur attribue le déchet de la population indienne dans la Guyane.

Cette fois la discussion a été plus animée encore, et, s'il est possible, plus brillante et plus féconde que la première. Un plus grand nombre d'orateurs ont pris part aux débats, et tous ont rivalisé à l'envi d'éloquence et d'érudition. Nul n'a contesté le fait avancé par MM. Michaux et Leroy; mais chacun, suivant les tendances de son esprit et la direction spéciale de ses études, a cherché la cause et l'interprétation de ce fait dans des influences de nature diverse. Maladies épidémiques et contagieuses (variole et syphilis) apportées par les Européens; abus alcooliques; prostitution effrénée; précocité des rapports sexuels; stérilité des unions entre les blancs et les femmes indigènes; infériorité des métis; exterminations et massacres; guerres à armes inégales contre les envahisseurs; passage brusque de la vie errante à la vie sédentaire; déplacements forcés; changements de mœurs; contrainte morale; intolérance et rigueurs des Européens; épreuves dangereuses de la civilisation sur des races plus ou moins réfractaires; fatigues, labeurs excessifs, famine, esclavage, oppression; révolution dans les croyances religieuses; tristesse, découragement, nostalgie, résultant d'une existence précaire ou d'une dépendance plus ou moins tyrannique : l'action dissolvante de toutes ces causes a été examinée, discutée, diversement appréciée, et admise avec plus ou moins de réserve, toute part faite aux *causes inconnues*, par MM. de Quatrefages, Broca, Périer, Castelnau, Trélat, Martin de Moussy, Bertillon, Gratiolet, Gosse, Pucheran, Rufz, O'Rorke, Pouchet, Verneuil et Pruner-Bey.

Cette sorte de concert étiologique a été un peu troublé par le scepticisme, scepticisme cartésien et de bon aloi, de M. Boudin et de M. Delasiauve, qui ont proclamé, l'un « que les causes de la dépopulation de l'Océanie ne sont pas scientifiquement connues; » l'autre « que jusqu'à présent nos appréciations doivent être très réservées, et qu'il faut attendre de nouvelles recherches avant d'accepter des interprétations formelles. »

L'étude de la déchéance et du dépérissement des races impliquait nécessairement et devait naturellement amener celle de leur perfectibilité. La discussion s'est très longuement engagée sur ce terrain. M. Broca, avec cette généreuse hardiesse qui l'abandonne rarement, même dans les questions les plus ardues, a condamné sans merci une grande partie du genre humain à rester éternellement barbare et sauvage. Nous préférons nous rallier aux conclusions plus optimistes de MM. de Quatrefages, Périer et Martin de Moussy, qui admettent que toutes les races, même les plus foncées en couleur, sont perfectibles et plus ou moins aptes à recevoir les bienfaits de la civilisation.

La question des mariages entre consanguins se lie de la manière la plus étroite à celle des croisements ethniques. Aussi M. Périer en a-t-il fait l'objet d'un chapitre spécial dans le mémoire que nous avons précédemment mentionné. L'auteur se trouvait ici en face d'une grosse difficulté. L'opinion généralement accréditée du danger des unions consanguines, opinion consacrée par la plupart des législations anciennes et modernes, semblait, en effet, fournir un argument victorieux aux partisans des croisements des races, et ruiner de fond en comble la thèse opposée. M. Périer aurait pu d'autant mieux éviter cet écueil, qu'aucun de ses adversaires n'avait songé à le jeter à la traverse de sa doctrine. Mais non, M. Périer, avec une loyauté toute chevaleresque, et qui témoigne hautement de l'ardeur de ses convictions, a abordé la question résolûment et visière levée; et, avec un talent d'érudition et une habileté de dialectique que nous nous plaisons à reconnaître, il est parvenu à mettre au service de sa cause un élément scientifique, qui aurait pu devenir une arme redoutable entre les mains de ses contradicteurs. Il démontre que, « s'il est des familles en quelque sorte marquées d'un sceau fatal, et pour des raisons appréciables, par suite d'alliances contractées dans leur propre sein, il en est beaucoup d'autres chez lesquelles ces alliances entre individus doués comme il convient produisent d'excellentes générations. » Il en conclut que « ce n'est pas aux liens du sang, à la consanguinité proprement dite, mais à des causes du domaine de l'hérédité morbide chez les époux que doivent être attribués, en général, les accidents ou les désordres que l'on a pu constater à la suite des mariages entre proches, et que ces phénomènes, par conséquent, toujours au point de vue physiologique, accusent l'abus, et non l'usage bien entendu de ces sortes d'unions. » M. Alfred Bourgeois, dans une thèse présentée à la Société d'anthropologie, et analysée dans ses *Bulletins*, a développé une opinion à peu près conforme à celle de M. Périer.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE est mise directement en cause par M. Périer. Tout en reconnaissant que « M. Dechambre excelle à poser les questions », M. Périer nous paraît s'être un peu mépris sur la signification des idées développées à ce sujet par notre savant rédacteur en chef. A entendre M. Périer, M. Dechambre aurait pris une nuance tranchée dans le débat, et pencherait sensiblement vers la prohibition absolue des mariages consanguins. Nous avons relu très attentivement l'article mis en cause (*Gazette hebdomadaire*, t. III, 1856, p. 883 et 914), et nous avons constaté que, en présence d'un problème si obscur, si délicat et si controversé, l'auteur se tient, au contraire, dans la plus sage et la plus stricte réserve, se bornant à exposer la question, sans chercher à la résoudre, et à fournir, dans la mesure de son expérience et de son savoir, quelques-uns des éléments de la solution. A cet égard, M. Dechambre insiste particulièrement et avec raison sur la nécessité « de séparer les influences respectives et de bien démêler surtout la part de l'hérédité et celle de la consanguinité ». Nous voyons avec plaisir que M. Périer a profité du conseil, en distinguant, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, la consanguinité *saine* et la consanguinité *morbide*. Cette distinction nous paraît, en effet, fondamentale et de nature à marquer un progrès sérieux vers la solution, encore incertaine, d'une question qui intéresse à un si haut degré l'hygiène et la morale publiques.

Nous aurions aimé présenter à nos lecteurs le cadre complet des travaux de la Société d'anthropologie depuis son origine jusqu'au moment actuel. Mais l'espace nous manque pour analyser,

comme ils le méritent, des sujets scientifiques du plus haut intérêt. Nous nous bornerons à signaler, avec le regret de ne pouvoir mieux faire pour cette fois : les *Recherches* de M. Broca *sur l'ethnologie de la France* et la discussion qui s'y rattache ; un mémoire de M. Lagneau *sur les Gaëls et les Celtes ;* une note de M. Berchon *sur le tatouage aux îles Marquises ;* des documents *sur le Sénégal*, par le même auteur; une lecture de M. Bertillon relative à l'*anthropologie de l'Afrique australe*, d'après le docteur Livingstone ; un mémoire de M. de Rochas *sur les Néo-Calédoniens;* un travail de M. Bourgarel *sur les crânes des Polynésiens :* un rapport de M. Rufz sur un ouvrage de M. Cuzent intitulé : *Tahiti;* des documents *sur le Canada*, par M. Rameau et par M. Landry ; une savante discussion *sur l'hérédité des anomalies et des caractères accidentels*, à laquelle ont pris part MM. Périer, Gosse, Martin de Moussy, de Quatrefages, Lagneau et Broca ; un mémoire de M. Boudin *sur la pathologie comparée des races ;* enfin, une remarquable communication de M. Gratiolet *sur la forme et la cavité crânienne d'un Totonaque*, communication qui a servi de point de départ à une des plus mémorables discussions de la Société, touchant la forme, le volume, le poids du cerveau, les fonctions de l'encéphale et la localisation des facultés. Ces débats, qui n'étaient pas encore clos lors de la publication du *second fascicule* du tome II des BULLETINS, empruntent une telle importance à la nature du sujet et à l'autorité des orateurs qui l'ont abordé, que nous nous réservons d'y revenir quand il nous sera donné d'analyser la suite des travaux de la Société d'anthropologie.

Les BULLETINS que nous avons sous les yeux et dont nous venons d'esquisser une analyse trop sommaire font le plus grand honneur à tous les savants dont le nom figure sur ce recueil, et en particulier au talent, à l'habileté et au zèle infatigable de M. Broca, premier secrétaire, chargé de la rédaction des séances et de la publication des actes de la Société. De si glorieux débuts font bien augurer de l'avenir et permettent d'espérer que l'anthropologie, grâce à l'impulsion de la nouvelle Société, va franchir la période d'enfance où elle se traîne péniblement depuis longues années, et que **l'homme, si instruit de ce qui concerne les autres animaux, finira** par sortir de l'incertitude, nous allions dire de l'ignorance, où il est relativement à sa propre origine, à l'évolution et à la marche de l'humanité dans l'espace et dans le temps.

A. LINAS.

## VI

## VARIÉTÉS.

— LA FIÈVRE JAUNE A SAINT-NAZAIRE. — On lit ce qui suit dans le JOURNAL DU LOIRET : « Il y a un mois environ, la goëlette l'*Anne-Marie*, que Dieu confonde ! arrivait de la Havane à Saint-Nazaire avec deux mille caisses de sucre. Elle avait quitté la Havane au plus fort de la fièvre jaune, par ces grandes chaleurs. Deux hommes de l'équipage étaient morts pendant la traversée; mais comme elle arrivait avec une patente brute, et que les décès remontaient à plus de dix jours au moment de son entrée en rade, l'*Anne-Marie* fut admise à la libre pratique, aux termes de la loi sanitaire. Personne d'ailleurs ne songeait à la fièvre jaune, qu'on n'avait pas vue en France depuis plus de trente ans. L'*Anne-Marie* alla se placer dans le bassin, au quai de la Marine, auprès de deux bâtiments de l'État, le *Chassan*, petit vapeur de l'usine d'Indret, et l'aviso le *Cormoran*. Le lendemain, le second de l'*Anne-Marie* tombait malade, et les médecins constataient tous les symptômes de la fièvre jaune, c'est-à-dire les vertiges, le *vomito negro* et les plaques jaunes à la surface du corps.

Tous les hommes, portefaix ou matelots, qui avaient travaillé au débarquement du navire, furent atteints d'un mal subit, rapide, épouvantable : la fièvre jaune. Le *Chassan* et le *Cormoran*, qui avaient vécu dans le voisinage de l'*Anne-Marie* et sous son vent, virent quelques hommes de leur équipage succomber aussi au fléau. En tout dix-huit furent atteints et périrent. Un mousse seul eut les honneurs de la guérison. Les enfants jouissent, avec les nègres, du privilége d'échapper aux étreintes de la fièvre jaune.

Un médecin des environs de Saint-Nazaire, le médecin de Montoir, était venu prêter aide à ses collègues et soigner les malades. Après sa visite, il retournait chez lui à cheval. Tout à coup le mal le prend : d'abord le vertige, puis le vomissement. Il n'a que le temps de descendre de cheval, de se coucher sous un arbre et d'y mourir. Le pauvre médecin de Montoir, victime de son zèle et de son dévouement, laisse trois enfants et une femme enceinte !

En résumé, dix-huit décès, voilà la part du fléau. »

Le journal ajoute que M. Mêlier, envoyé sur les lieux, a donné l'ordre de submerger l'*Anne-Marie*, et créé une quarantaine en pleine [illegible]

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Novembre. Hypertrophie de la glande [thy]roïde des femmes enceintes, par *Natalis Guillot*. — Pellagre (fin), par *Land[ouzy]*. — Hématocèle péri-utérine (2ᵉ article), par *Gallard*. — Décembre. Fractures [di]rectes de l'extrémité inférieure du radius, par *O. Lecomte*. — État mental des [épi]leptiques, par *J. Falret*. — Hématocèle (fin), par *Gallard*. — Sur la [...] dans l'articulation coxo-fémorale, par *Fock*. — Paralysies dans leurs rapports [avec] les maladies aiguës, par *Gubler*. — 1861. — Janvier. Maladies de la peau [qu'il] convient de rattacher à la syphilis, par *Rollet*. — Contraction musculaire [dans ses] rapports avec la température, par *J. Béclard*. — Luxation spontanée du cr[...] par *Fischer*. — Fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius, par *O. [Le]comte*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 octobre. Digitale dans l'épi[lepsie], [par] *Duclos*. — 15 novembre. Dyspepsie et son traitement, par *Bourguignon*. — [Ti]ssus élastiques dans les appareils chirurgicaux, par *Clipet*. — 30 novembre. [...]niate de soude contre la scrofule, par *Bouchut*. — Spina-bifida guéri par l'i[njection] iodée, par *Debout*. — 15 décembre. Mercure à haute dose contre l'hydr[...] par *Ronzier-Joly*. — Corps étrangers de l'urèthre et de la vessie, par *Fo[...]* — 31 décembre. Examen critique de la théorie de la substitution, par *De[...]* — Phthisie pulmonaire guérie, par *Forget*. — Note sur deux cas de guérison [de] chute du rectum au moyen des injections sous-cutanées de sulfate de str[ychnine], par *Dolbeau*. — Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre et dans [...] par *Foucher*. — Des conditions propres à assurer les bons effets du t[...] dans les phthisies fébriles, par *Fonssagrives*.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Tome I. — 3ᵉ [...] Perfectibilité et dépérissement des races.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nᵒ 44. Développement des rudiments de [...] par *Serres*. — Amputation du pénis, par *Bouisson*. — 45. Empoisonnement [par] des crèmes glacées, par *James*. — Traitement des kystes du foie, par *B[...]* — 46. Analyses chimiques et hydrologie, par *C. James*. — Traitement des [tumeurs] hémorrhoïdales, par *A. Mercier*. — Ligature de la brachiale, par *Lema[...]* — 47. Amputation du pénis (suite). — 48. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, [par] *Trousseau*. — Amputation du pénis (suite). — 49. Philosophie et phy[siologie] d'Hippocrate, par *Luppi*. — Perchlorure de fer à l'intérieur contre l'angine [couen]neuse, par *Aubrun*. — 50. Expérimentation en matière de surdi-mutité, par [Mé]*nière*. — Amputation du pénis (suite). — 51. Expérimentation en matière de surdi-mutité (suite). — Amputation du pénis (suite). — 52. Surdi-mutité [...] — Amputation du pénis (suite). — 1861. — Nᵒ 1. Sur les éruptions antim[oniales], par *Imbert-Gourbeyre*. — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, par *[Par]mentier*.

### Livres.

DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE, par le docteur *Gourdin*. In-4 de 240 p[ages]. Paris, Asselin.

BEITRÆGE ZUR PRAKTISCHEN AUGENHEILKUNDE (Contributions à la thérapeutique [ocu]laire pratique), par *J.-M.-A. Schœn*. Grand in-8. Hambourg, Hoffmann [...]

DIE RHINOSKOPIE UND PHARYNGOSKOPIE, par *R. Voltolini*. Grand in-4. Breslau, [...]horsky.

UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE ELECTRISCHE ERREGUNG DER NERVEN UND M[USKELN] (Recherches sur l'excitation électrique des nerfs et des muscles), par *A. de [...]* Grand in-8. Leipzig, Engelmann.

ZUR MORPHOLOGIE DER RASSEN-SCHÆDEL (Morphologie des crânes des races), [par] *J.-C.-G. Lucae*. Grand in-4. Francfort, Brœnner. 10 [...]

LEHRBUCH DER PRAKTISCHEN AUGENHEILKUNDE (Traité pratique des maladies [des] yeux), par *K. Stellwag de Carion*. Première partie. Grand in-8. Vienne, [Brau]müller. 13 [...]

MILITÆR-CHIRURGISCHE STUDIEN IN DEN ITALIENISCHEN LAZARETHEN von 1859 (Études sur la chirurgie militaire dans les hôpitaux italiens en 1859). [...] partie : *Chirurgie spéciale des plaies d'armes à feu*. Grand in-8. Wurz[bourg], Stahel.

UNTERSUCHUNGEN UEBER DEN CONSTITUTIONELLEN MERCURIALISMUS UND SEIN [VER]HÆLTNISS ZUR CONSTITUTIONELLEN SYPHILIS (Recherches sur le mercurialisme [con]stitutionnel et sur ses rapports à la syphilis constitutionnelle), par *A. Kus[...]* 1ʳᵉ livraison. Grand in-8. Wurzbourg, Stahel.

PRACTICAL TREATISE OF MILITARY SURGERY (Traité pratique de chirurgie mi[litaire]), par *J.-H. Hamilton*. In-8. Londres, Baillière. 12 [...]

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

**Paris et les Départements.** Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
**Pour l'Étranger.** Le port en sus suivant les tarifs.

**On s'abonne** Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 13 SEPTEMBRE 1861. — N° 37.


### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.


**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle. I. Paris.** Société de chirurgie : Tumeur volumineuse de la cloison recto-vaginale extirpée à l'aide de l'écrasement linéaire. — Académie de médecine : Discussion sur la morve. — **II. Travaux originaux.** Syphilographie : De la transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices au point de vue de la médecine légale. — **III. Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **IV. Bibliographie.** Traité élémentaire de pathologie externe. — **V. Feuilleton.** Ontologie naturelle, ou étude philosophique des êtres. — De la vie et de son interprétation dans les différents âges de l'humanité. — De l'état présent des doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences. — L'art de vivre longtemps et en bonne santé.


## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

#### RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 12 au 19 août 1861.*

145. CHOMPRET, Jules-Joseph, né à Consances-aux-Forges (Meuse). [*Étude sur le muguet.*]

146. POUILLOT, J.-Henri, né à Brienont-l'Archevêque (Yonne). [*Essai sur les rétrécissements de l'utérus.*]

147. BORD, Feury-Joseph, né à Paris (Seine). [*Essai sur le vomissement.*]

148. MERYAUD, A.-L., né à Paris (Seine). [*De la rétraction spontanée progressive des doigts dans ses rapports avec la goutte et le rhumatisme goutteux.*]

149. BOURILLON, Auguste, né à Aubusson (Creuse). [*Sur la physiologie du cervelet.*]

150. RÉSAL, Victor-Antoine, né à Dompaire-la-Viéville (Vosges). [*Quelques pages sur l'hémophylie en général, et spécialement sur l'hémophylie spontanée.*]

151. DRAKARY, Alexandre, né à Syra (Cyclades). [*De la réunion immédiate, de ses avantages, de ses inconvénients, et de l'influence des topiques sur ce mode de guérison des plaies.*]

152. FOURCHÉ, J.-B.-Albert, né à Montpellier (Hérault). [*Quelques mots sur l'intermittence, avec observations pratiques et considérations sur diverses maladies à type intermittent.*]

153. RUNTING, Ross-R., né à Philadelphie (États-Unis). [*Du traitement de la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement.*]

154. DEHOUX, Jean-Baptiste, né à Port-au-Prince (Haïti). [*Du mouvement organique et de la synthèse animale.*]

155. HUARD, Louis-Octave, né à la Louisiane (Amérique du Nord). [*Du goître exophthalmique*]

156. SAMPOLO, Joseph-Noël, né à Ajaccio (Corse). [*De la chaleur animale.*]

157. CAPDEVIELLE, Auguste, né à la Nouvelle-Orléans (Louisiane). [*De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.*]

158. LANSIER, Émile, né à Saint-Étienne-du-Bois (Vendée). [*De l'étiologie des fièvres intermittentes.*]

159. CHAUVEL, Ludovic-Victor, né à la Guadeloupe (Morne-à-l'Eau). [*De la pelvi-péritonite blennorrhagique chez la femme.*]

## FEUILLETON.

**Ontologie naturelle ou étude philosophique des êtres**; par M. FLOURENS, vol. in-12. Paris, 1861 ; chez Garnier.

**De la vie et de son interprétation dans les différents âges de l'humanité**; par MM. JANTET (Charles) et JANTET (Hector); vol. in-8°. Montpellier, 1860.

**De l'état présent des doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences**; par le docteur DALLY ; broch. in-8°. Paris, 1860 ; chez Victor Masson et fils.

**L'art de vivre longtemps et en bonne santé,** traduit de l'italien de L. CORNARO, sur l'édition de 1646, par le docteur PATÉZON ; brochure in-8°. Paris, 1861 ; chez Adrien Delahaye.

Dans un charmant petit volume intitulé : *Ontologie naturelle*, M. Flourens s'est proposé d'étudier et de résoudre les quatre questions suivantes : 1° la spécification des êtres ; 2° leur formation ; 3° leur répartition dans l'espace ou sur la surface du globe ; 4° leur répartition dans le temps ou dans les différents âges du monde.

L'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences a consacré 326 pages in-12 à l'examen de ces graves questions. C'est peu et beaucoup : peu, si, se plaçant à un point de vue général, on envisage l'importance du sujet ; beaucoup, si, se plaçant à un point de vue particulier, on considère en lui-même l'ouvrage de M. Flourens, lequel pourrait, se réduire aisément des deux tiers, en retranchant les redites et les hors-d'œuvre.

Détermination du genre et de l'espèce, basée non plus sur l'idée de ressemblance, mais sur l'idée de reproduction ; — distinction fondamentale caractérisée par la fécondité *bornée* pour le genre et par la fécondité *continue* pour l'espèce ; — permanence et fixité des espèces ; — origine, étiologie et mode de formation des races ; — distinction de leurs causes en *internes* ou *productrices* (tendance à la variation, tendance à la transmission), et *externes*

160. MAUNOIR, Paul, né à Genève (Suisse). [*Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire.*]

161. PLU, Alfred, né à Grand-Lucé (Sarthe). [*Conseils aux mères sur l'hygiène de la première enfance.*]

162. VELAZCO, Salvano-A., né à Bérinas (république de Vénézuela). [*Du typhus d'Amérique, tel qu'on l'observe dans la ville de Maracaïbo. (république de Vénézuela) (Amérique du Nord).*]

163. DAGUENET, Victor, né à Plancher-les-Mines (Haute-Saône). [*Quelques considérations sur le glaucome.*]

164. FAURE, Blaise-Ernest, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). [*Des polypes de l'oreille.*]

165. GRELAT, Charles-Édouard, né à Argenteuil (Seine-et-Oise). [*De la coqueluche.*]

166. RUAULT DE LALANDE, Émile, né à Vitré (Ille-et-Vilaine). [*De l'embolie.*]

167. BADAN, Jules, né à Genève (Suisse). [*Sur quelques points du diagnostic des méningites chez les enfants.*]

168. DESLÉONET, François, né à Jabreiller (Haute-Vienne). [*Des théories de l'accommodation de l'œil aux différentes distances.*]

169. GUILLON, Alfred, né à Paris (Seine). [*Des rétrécissements du canal de l'urèthre et de leur traitement par la stricturotomie intra-uréthrale d'arrière en avant.*]

170. PELLETIER, Paul-Auguste, né à la Bernerie (Loire-Inférieure). [*De l'intervention chirurgicale dans certaines maladies des yeux.*]

171. SOREL, Eugène, né à Villers-Bretonneux (Somme). [*Quelques considérations sur la fièvre typhoïde.*]

172. GRENET, J., né à Veron (Yonne). [*Étude sur les divers traitements de la tuberculisation pulmonaire.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURBON.

---

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 12 septembre 1861.

*Société de chirurgie :* TUMEUR VOLUMINEUSE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE EXTIRPÉE A L'AIDE DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE. — *Académie de médecine :* DISCUSSION SUR LA MORVE.

Nous avons présenté récemment à la Société de chirurgie une tumeur volumineuse, de nature maligne, occupant la cloison recto-vaginale dans presque toute sa hauteur et le périnée dans toute son épaisseur, et que nous avions heureusement extirpée à l'aide de l'écraseur linéaire. Cette observation, qui emprunte son principal intérêt à la méthode opératoire mise en usage, démontre que, grâce à la belle acquisition chirurgicale dont M. Chassaignac a doté la pratique, il est possible d'exécuter avec promptitude et précision, sans grandes difficultés ni grands risques des opérations autrefois pleines d'écueils pour le chirurgien et pour le patient.

Le compte rendu de la Société (*Gazette hebdomadaire*, n° 36, p. 581) a déjà mis nos lecteurs au courant de ce fait. Nous voulons cependant y revenir aujourd'hui pour mettre en relief quelques avantages de la méthode opératoire, afin de justifier le choix que nous en avons fait, et d'en faciliter l'extension à des cas analogues.

Il s'agissait, comme on l'a vu, d'une tumeur épithéliale ulcérée remontant très haut, n'ayant ménagé qu'une petite étendue de la cloison recto-vaginale, occupant toute l'épaisseur du périnée, ulcéré du côté du rectum et comprenant toute la moitié antérieure de l'anus et de l'intestin en arrière, toute la paroi postérieure du vagin en avant. Le champ opératoire portait donc sur une région abondamment fournie de vaisseaux, peu accessible dans ses parties supérieures et entourée de parties importantes à ménager; quelle que fût celle des méthodes anciennes que l'on eût choisie, la vie était immédiatement mise en jeu par les complications diverses inhérentes à chacune de ces méthodes.

En employant, au contraire, la section avec la chaîne, l'extirpation a pu se faire séance tenante d'une manière aussi complète que possible; elle a été tout à fait indolente, grâce au chloroforme, et n'a provoqué après le réveil que des douleurs faibles et de peu de durée. L'écoulement sanguin n'a pas dépassé 3 ou 4 cuillerées de sang; encore cette perte minime a-t-elle eu lieu pendant les temps préliminaires de la section et dans une manœuvre *complémentaire* où le bistouri a dû être employé. Les forces, le moral, l'état général n'en ont subi aucune atteinte, aussi la réaction a-t-elle été nulle et l'apyrexie complète; l'appétit et le sommeil se conservèrent, et le premier résultat heureux dont l'opérée bénéficia fut la suppression complète des douleurs dues à la maladie, et qui depuis longtemps tourmentaient cette malheureuse femme.

Une semblable bénignité, mise en regard d'un semblable traumatisme, est à coup sûr très encourageante et plaide fort en faveur de la méthode; elle atténue beaucoup les craintes légitimes qu'on peut concevoir toutes les fois qu'on entreprend des opérations semblables.

---

ou *provocatrices* (climat, nourriture, domesticité); — exclusivité de l'espèce humaine; — expériences sur les métis; — réfutation de la théorie de la génération spontanée et de la préexistence des germes; — expériences sur la reproduction des os; — réfutation du système des germes accumulés (de Bonnet); — notions sommaires d'ovologie et d'embryogénie; — réfutation de l'hypothèse des molécules organiques (Buffon), du mélange des deux liqueurs (Hippocrate) et de l'épigenèse (Harvey); — géographie zoologique; — distribution des espèces sur le globe; — variations des espèces suivant les climats; — parallélisme et uniformité du type; — divisions du globe en trois continents, déterminés par les faunes; — conditions de l'acclimatation des animaux; — distribution des animaux dans le temps; — division de l'histoire du globe en deux périodes, l'une *brute* et l'autre *vivante;* — cours élémentaire de paléontologie; — examen critique des systèmes de Descartes, de Leibnitz et de Buffon sur la formation du globe; — théorie de l'évolution des dents; — exposé et discussion des systèmes opposés de Cuvier et de Blainville, sur les créations multiples et sur l'unité de la création : telle est la somme des matières développées dans le livre que nous analysons et dans lequel l'auteur croit avoir victorieusement établi la *variété* des espèces, la *spécificité* des êtres, l'*uniformité* des types et (conclusion suprême) l'*unité* du règne animal.

Si ce n'est le titre, nous n'avons rien découvert d'absolument nouveau ni de véritablement original dans cet ouvrage. Tout ce qu'on y trouve a été dit depuis longtemps par Aristote, Buffon, Cuvier, Blumenbach, de Blainville, Geoffroy Saint-Hilaire et d'autres. Ce que M. Flourens y a mis de son crû n'est pas de fraîche date; ce n'est que la répétition d'expériences déjà anciennes et le résumé de mémoires un peu surannés. Le principal mérite de l'*Ontologie naturelle*, c'est de présenter sous une forme méthodique, claire et précise, quelques-unes des questions relatives à la science générale des êtres, et de faire saisir le lien philosophique qui unit ces questions entre elles.

Nous voudrions n'avoir que des éloges à donner à l'opuscule de M. Flourens; mais, obéissant à notre devoir de critique, et avec

L'extirpation des tumeurs malignes présente, en effet, un double caractère de gravité : d'abord elle est très incertaine dans ses résultats ultérieurs, et laisse la porte si largement ouverte à la récidive qu'on hésite à pratiquer une opération trop souvent rendue stérile par la reproduction du mal ; puis, à la manière des opérations qui sont réputées radicales, elles offrent de nombreuses chances funestes primitives. De là cette appréhension bien naturelle de faire souffrir les malades et de brusquer le dénouement fatal, sans assurance suffisante d'un succès définitif, appréhension qui autorise l'abstention et qui fait reculer devant les hasards d'un traitement trop souvent à peine palliatif.

Il n'y a pas un chirurgien qui n'ait refusé à un cancéreux une opération capable de le guérir peut-être, et du moins de diminuer ses souffrances et de prolonger sa vie par cette raison plausible que l'action chirurgicale peut abréger les jours dans un délai rapide.

Si au contraire nous étions en possession d'une méthode d'exérèse résumant en elle les avantages de ses congénères et conjurant les éventualités périlleuses du présent, nous aurions tous plus de hardiesse, de loin en loin nous sauverions un malade, et en tous cas nous soulagerions le plus grand nombre.

On ne peut pas dire malheureusement que cette précieuse méthode soit trouvée et que les dangers de l'exérèse soient conjurés pour tous les cas et dans toutes les régions ; mais il est pourtant consolant de penser qu'un grand pas a été fait dans cette voie, et d'affirmer que la réunion de l'anesthésie et de l'écrasement linéaire a singulièrement atténué les accidents primitifs nombreux et graves que les anciennes méthodes traînaient à leur suite.

Si l'expérience ne le démontrait déjà, la logique ferait supposer que la gravité des opérations est amoindrie par la suppression de la douleur immédiate et consécutive, par la conservation complète du fluide nourricier, par l'absence de tout pansement irritant, par la destruction extemporanée du mal, etc., etc.

Retournons du général au particulier, et comparons dans l'espèce la méthode que nous avons adoptée avec celles que nous aurions eues à notre disposition, il y a seulement quelques années. Ces méthodes sont : l'instrument tranchant, la ligature multiple et la cautérisation actuelle ou potentielle.

***Instrument tranchant.*** — L'ablation eût été sans doute rapide, complète, indolente, grâce au chloroforme ; mais l'hémorrhagie eût été imminente et l'hémostase bien difficile. Quelque prompte qu'eût été la marche du bistouri ou des ciseaux, de très nombreuses branches vasculaires eussent été ouvertes. Les veines dans cette région, chez une femme ayant fait beaucoup d'enfants, auraient fourni un contingent de sang égal et peut-être supérieur à celui des artères. L'hémorrhagie primitive eût donc été très considérable. Pour l'hémostase, il eût été bien difficile d'employer partout la ligature sur des vaisseaux rétractés et cachés entre les tuniques du rectum ou du vagin ; il eût fallu ou tamponner fortement, ou cautériser au fer rouge, ou porter sur la plaie les styptiques puissants, soit par exemple l'hémostatique en vogue, le perchlorure de fer, qui provoque dans les plaies saignantes des phénomènes souvent très intenses d'inflammation ou même des mortifications assez étendues.

Or le tamponnement ne met pas à l'abri des hémorrhagies consécutives, et il prédispose à des phlegmasies graves. Le fer rouge ou les caustiques appliqués au voisinage du cul-de-sac péritonéal auraient pu faire retentir leur action jusqu'à la séreuse. Et dans tous les cas, ces divers moyens hémostatiques auraient à coup sûr provoqué des souffrances assez prolongées dans les heures ou les jours mêmes consécutifs à l'opération.

Depuis bien longtemps, pour l'extirpation des cancers du rectum, on a fait le procès de l'instrument tranchant, et les arguments que je pourrais accumuler contre lui sont tous bien connus. Le cas actuel est comparable, aussi je n'insiste pas.

*Ligature.* — Cette méthode aurait mis à l'abri de l'hémorrhagie et rendu l'hémostase inutile, mais elle eût été longue, incertaine, difficile dans son exécution. Les fils placés et même la tumeur circonscrite et étranglée, l'œuvre de destruction n'eût été qu'à son début. Pendant plusieurs jours, le malade, en proie à des douleurs que l'anesthésie n'aurait pu combattre, eût été exposé de plus aux accidents nerveux, aux absorptions putrides, à l'occlusion de l'anus par la tumeur gonflée, etc., etc. Ajoutez à un acte opératoire très pénible plusieurs jours d'angoisse avec réaction fébrile, épuisement moral et physique et intoxication menaçante, tel eût été le bilan de la ligature lente, moins effrayante, moins émouvante que l'ablation sanglante, mais tout aussi périlleuse.

*Cautérisation.* — Le fer rouge eût été impuissant à détruire une telle masse ; la cautérisation potentielle, même avec les flèches caustiques, aurait difficilement atteint les limites de la tumeur avec la précision nécessaire : trop par-

---

tout le respect qu'un humble et obscur travailleur doit au talent et aux services d'un éminent naturaliste, nous demandons à l'auteur la permission de discuter quelques-unes des opinions qu'il a émises çà et là.

Suivant M. Flourens, l'espèce humaine est exclusive de toute autre. En ceci personne ne sera tenté de le contredire ; mais il ajoute : « L'homme ne fait pas *genre*, et il est le seul de tous les êtres connus qui ne fasse pas *genre*. » En même temps il proteste contre la locution *genre humain*, comme indigne du langage scientifique. M. Flourens veut donc qu'on dise l'*espèce humaine*, et il veut aussi qu'on croie fermement, avec lui, à l'*unité* de notre espèce. C'est fort bien ; mais quel est, d'après M. Flourens, le caractère essentiel, fondamental, de l'espèce ? C'est la *fécondité continue*. Quel est le principal argument qu'il invoque en faveur de l'*unité* de l'espèce humaine ? Encore la fécondité continue. Or, il résulte du témoignage des savants et des voyageurs qui ont le mieux exploré l'Afrique, l'Amérique et l'Océanie, que les unions des blancs avec les noirs ne produisent qu'une fécondité bornée, et que les croisements de la race caucasique avec la race malaise sont généralement frappés de stérilité. L'espace nous manque pour reproduire ici les documents dont la science abonde sur ce sujet, et qu'elle doit particulièrement à MM. Quoy et Gaimard, Gliddon, de Freycinet, Jacquinot, Lesson, Rufz, d'Omalius d'Halloy, etc. Ceux qui seraient curieux d'étudier à fond cette question trouveront des détails pleins d'intérêt dans les *Bulletins de la Société d'anthropologie*, et des renseignements plus précis et plus étendus encore dans l'important mémoire de M. Broca *sur l'hybridité*. Ils verront que les faits les plus authentiques et les mieux observés s'accordent à prouver : 1° la fécondité *bornée* des mulâtres et le retour de ceux-ci au type primitif (blanc ou noir) après trois ou quatre générations ; 2° la fécondité *plus bornée* encore des unions entre Européens et Australiennes ; 3° la *stérilité* des rares métis provenant de ces croisements. D'où nous sommes forcé de conclure qu'il n'y a point de fécondité continue entre les diverses races humaines ; d'où M. Flourens, pour être conséquent avec lui-même, sera contraint ou de renoncer à sa définition de l'espèce ou de déserter le camp

cimonieuse, elle eût rendu la récidive presque certaine ; trop étendue ou trop prolongée, elle eût pu causer dans les parties profondes des désordres funestes ; en un mot, son insuffisance ou son excès eût été difficilement évité. De plus, comme la ligature, elle eût laissé séjourner longtemps dans la région opérée des masses mortifiées engendrant des émanations putrides jusqu'au moment indéterminé d'une élimination souvent lente. De sorte que l'absence d'hémorrhagie eût été largement compensée par l'incertitude et le défaut de précision dans l'action, par le danger de l'infection putride, la lenteur de l'exérèse et la gêne prolongée due au séjour de la tumeur sphacelée par le caustique.

En employant au contraire l'écrasement linéaire, je le répète en terminant, l'extirpation a été prompte, facile, complète, indolente pendant l'exécution et après, bénigne dans ses suites. Quelques bourdonnets de charpie, quelques compresses imbibées d'eau fraîche ont constiué tout l'appareil, et aux jours suivants quelques soins de propreté, le remplacement du linge extérieur et de quelques boulettes de charpie ont constitué, à la grande satisfaction de la malade, tout ce cortége de pansements consécutifs qui inspirent tant de frayeur aux opérés, et non sans raison quelquefois.

Et voici les motifs sur lesquels je me fonde pour affirmer la supériorité de la méthode de M. Chassaignac dans le cas actuel et dans ceux qui pourraient s'en rapprocher.

AR. VERNEUIL.

---

On n'a pas oublié que M. Bouillaud, à la fin de l'avant-dernière séance, a lancé le trait du Parthe contre messieurs de la section vétérinaire.—Je vous plains, s'est-il écrié, et je plains fort les chevaux, si vous n'êtes pas mieux instruits sur les autres maladies que sur la morve ! — L'attaque était malencontreuse ; elle ne pouvait attirer aux médecins que de dures représailles, et c'est ce qui n'a pas manqué. M. Leblanc, ramassant le trait imprudemment jeté par M. Bouillaud, l'a tourné sans merci contre son adversaire. Il n'a pas eu de peine à prouver que les vétérinaires connaissent la morve pour le moins aussi bien que les médecins peuvent connaître le choléra, la fièvre jaune, le typhus, la peste, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la tuberculisation, le cancer, la scrofule et la syphilis.

M. Renault est monté à la tribune pour résumer la discussion, ainsi qu'il l'avait annoncé. Il l'a fait avec tout le succès qu'on pouvait attendre d'un orateur possédant à un suprême degré les qualités académiques : méthode dans l'exposition, clarté dans le langage, calme et impartialité dans la controverse, droiture dans le jugement, inaltérable urbanité dans les formes. Toutefois, si nous en jugeons par maintes velléités d'interruption difficilement comprimées, et par certaine mimique pleine d'impatience et de mauvaise humeur, nous ne croyons pas que la disquisition de M. Renault ait été du goût de M. Jules Guérin. M. Renault, en effet, a cherché à démontrer que le résultat le plus clair de cette laborieuse discussion était de mettre entièrement à néant les opinions avancées par M. Guérin, et de faire triompher sur toute la ligne les doctrines soutenues avec une si remarquable unanimité par la section vétérinaire.

Un des points que l'orateur a abordés avec le plus de netteté, et traités avec le plus de distinction, est celui qui concerne l'influence des mauvaises conditions hygiéniques sur la production de la morve. « Voilà, dit-il, des chevaux parfaitement sains et bien constitués ; ils changent de maître ou de condition ; ils sont surmenés, mal nourris et mal logés ; ils deviennent morveux. Ne découvrant pas d'autres causes, nous en concluons que l'excès de fatigue, une mauvaise nourriture et une aération insuffisante ont donné naissance, chez eux, à la morve. Quoi de plus logique ? » Et M. Bouillaud de répliquer obstinément qu'il ne comprend pas que des causes si vulgaires puissent provoquer une maladie virulente, une maladie spécifique. Ce que nous comprenons plus difficilement encore, c'est que M. Bouillaud s'opiniâtre à repousser un témoignage expérimental, un fait clinique et d'observation journalière.....; et cela, *au nom de la médecine exacte !* Que M. Bouillaud veuille bien descendre en lui-même, et il finira peut-être par s'apercevoir que ce fait répugne beaucoup moins à la raison qu'à l'esprit de système. D'ailleurs, si M. Bouillaud est si convaincu de l'impuissance de ces causes à produire la morve, il n'a qu'à accepter la proposition de M. Sanson, et qu'à abandonner un de ses superbes palefrois aux mains de MM. les vétérinaires, qui s'engagent à le lui rendre morveux. Si M. Bouillaud poussait à ce point l'ardeur de ses convictions, nous comptons bien que les expérimentateurs, en revanche, se montreraient bons princes, qu'ils ne donneraient au cheval émissaire qu'une morve ébauchée, et qu'ils le confieraient ensuite aux soins de M. J. Guérin, pour le *guérir*.

Après le résumé de M. Renault, on pouvait s'attendre à la clôture de la discussion ; mais tout semble annoncer que les débats occuperont encore une ou peut-être deux séances.

A. LINAS.

---

M. le docteur Joulin commencera un cours sur l'ACCOUCHEMENT NATUREL le lundi 16 septembre, à quatre heures et demie, à son amphithéâtre, rue Larrey, n° 8, pour le continuer les lundis, mercredis et samedis.

---

des monogénistes. Il n'y a pas de milieu; car, ainsi que nous venons de l'établir, la fécondité continue, au lieu d'être une démonstration de l'unité de l'espèce humaine, en est la négation la plus formelle.

M. Flourens proclame aussi l'*égalité morale entre toutes les races humaines*. « Aucune, dit-il, n'est fondée à s'attribuer une suprématie sur les autres. » Et à ceux qui se prévaudraient de l'infériorité de la race nègre, il répond que cette « infériorité n'est qu'accidentelle, temporaire, et que, placée dans des circonstances plus heureuses, la race nègre pourra s'élever un jour au niveau intellectuel des peuples civilisés. » Nous souhaitons de tout notre cœur que la prophétie de M. Flourens s'accomplisse ; mais ce n'est là qu'une hypothèse, et une hypothèse dont la réalisation nous paraît peu probable. Si l'organisation morale des nègres et des Polynésiens est réellement identique avec celle des blancs, pourquoi les premiers sont-ils restés dans l'état primitif depuis la création du monde? pourquoi ne se sont-ils pas civilisés comme nous? Jusqu'à ce que M. Flourens ait découvert parmi les Hottentots ou les Néo-Calédoniens un seul homme digne de figurer dans le cadre des membres correspondants de l'Académie des sciences, nous aurons la faiblesse de croire que nous valons mieux que les anthropophages ; que les Français et les Anglais sont supérieurs aux Alfourous et aux Papous, et qu'il existe des aptitudes essentiellement distinctes, un fond de sentiments et d'idées profondément différents chez les nations policées de l'Europe et chez ces hordes sauvages, qui semblent n'avoir pas même l'instinct du progrès et dont les mœurs sont plus voisines de celles des singes que de celles des hommes. Loin de nous la pensée de soutenir que les races inférieures soient imperfectibles et absolument réfractaires à toute culture ; mais ce qui nous paraît difficilement admissible, c'est qu'elles atteignent jamais le niveau intellectuel de la race d'où sont sortis Homère et Virgile, Démosthène et Cicéron, Racine et Corneille, Buffon et Cuvier, Pascal et Newton, Raphaël et Michel-Ange, César et Napoléon, M. Flourens et M. Babinet. Sans se montrer trop pessimiste, on peut bien désespérer de voir se réaliser dans l'avenir un prodige que soixante siècles n'ont pu accomplir dans le passé,

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Syphilographie.

**De la transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices au point de vue de la médecine légale, par M. Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon.**

J'ai démontré ailleurs, dans plusieurs publications successives (1), que la syphilis commençait par le chancre, toujours par le chancre primitif, alors même qu'elle procédait d'un accident secondaire.

Corroborée par les recherches ultérieures de deux anciens internes de l'Antiquaille, MM. Guyenot et Viennois, et par celles d'autres syphilographes en Angleterre et en Allemagne, aussi bien qu'en France, cette opinion est aujourd'hui hors de toute contestation sérieuse. Voilà donc la syphilis secondaire dûment reconnue pour être la source de chancres rattachés jusqu'à ce jour à une autre origine, source extrêmement féconde, car, à tout prendre, les chancres qui procèdent de lésions syphilitiques secondaires ne sont pas inférieurs en nombre à ceux qui procèdent de chancres semblables à eux.

Mais ce n'est pas tout, et je n'aurais certainement pas donné une si grande étendue à mes moyens de démonstration si je ne devais faire une application immédiate de cette loi à la médecine légale.

Parlons d'abord des nourrices et des nourrissons.

En général, lorsqu'il s'agit, entre une nourrice et un nourrisson syphilitiques, de prononcer lequel des deux a reçu ou communiqué la contagion, on tient grand compte du siége où s'est développée en premier lieu la maladie. A ce propos, on m'a cité un certain nombre d'auteurs qui avaient parlé avant moi des lésions mammaires que le nouveau-né syphilitique inocule au mamelon des nourrices. On oubliait sans doute que j'avais eu soin de réunir parmi ces faits ceux qui me paraissaient les mieux observés et les plus probants pour fonder non-seulement sur ma propre expérience, mais sur l'expérience de tout le monde, sur celle de mon temps comme sur celle des siècles passés, la doctrine que je professe. Or, quelle est ici la part qui revient aux anciens? quelle est celle qui me revient en propre? Ce n'est pas le moment de le dire; mais il y a une chose que je réclame pour moi seul, chose capitale, il faut bien l'avouer, c'est d'avoir le premier décrit le chancre infectant, et notamment le chancre induré, comme constituant la lésion par laquelle débute toujours la syphilis, soit au mamelon des nourrices, soit à la bouche des nouveau-nés, dans les cas de transmission de la maladie des uns aux autres par l'allaitement.

On a cru m'enlever la priorité de cette observation en alléguant des textes empruntés à des syphilographes des XVIIIe, XVIIe et XVIe siècles, textes que M. Viennois avait déjà publiés et que nos contradicteurs n'ont fait que rééditer. Or, voici un auteur qu'on n'a pas cité, antérieur à tous les autres (puisqu'il écrivait en 1550), et qui me paraît avoir apprécié beaucoup mieux qu'eux les deux principaux termes de la question médico-légale que nous agitons ici : c'est Brassavolle.

« Si infans lac exsugens, dit-il, circa os pustulas contrahat, quæ » extranei coloris sint, nec curari facile valeant, judica hunc » morbi gallici contagium a nutrice recepisse.

» E contrario, si infans a berophotrophio receptus, pustulas per » corpus habeat, sitque prave affectus, et nutrix in mammis ac » papillis pustulas incidat, quæ facile curari non possint, judica » nutricem hanc ab infante recepisse contagium. »

Toutes les citations qu'on peut m'opposer, et que j'ai relatées ailleurs, ressemblent au texte de Brassavole, en ce sens qu'on y parle, en effet, de lésions mammaires chez la nourrice et buccales chez le nouveau-né, mais sans qu'on assigne à ces lésions les caractères précis qui font du chancre primitif la lésion syphilitique la moins douteuse et la plus pathognomonique. Ces caractères, tirés de l'état physique du chancre (ulcération, induration, état papuleux, adénite multiple, etc.), tirés aussi de sa marche (incubation avant le chancre, incubation après, persistance de celui-ci pendant un temps défini à l'état de lésion unique, etc.), ces caractères, dis-je, on les découvre dans les observations de transmission de la maladie des nourrissons aux nourrices, ou réciproquement, que nous ont laissées nos devanciers, et cela parce que la syphilis, qui a toujours été la syphilis, n'avait aucune raison de se comporter alors autrement qu'à présent; mais aucun syphilographe n'y avait pris garde, bien loin de les avoir mis en relief et de leur avoir donné la signification précise que je leur ai assignée.

Évidemment, pour que les auteurs qu'on m'a opposés eussent pu déterminer la nature de ces lésions, il eût fallu qu'à cette époque Hunter eût déjà divisé la syphilis en primitive et secondaire; que le chancre simple eût été distingué du chancre syphilitique; qu'on eût reconnu que chacun de ces deux chancres se transmet dans son espèce, et que le dernier notamment peut provenir non-seulement d'un chancre semblable à lui, mais aussi d'une lésion syphilitique secondaire, etc. En d'autres termes, cette distinction ne pouvait être faite que de notre temps, et, au train dont allaient les choses en syphilographie, on peut dire que rien n'était moins conforme aux prévisions de la doctrine régnante et plus opposé au courant général des idées. Qu'on lise à cet égard les ouvrages spéciaux dus à quelques-uns des hommes les plus distingués et les plus indépendants de notre époque : le *Traité des maladies du sein* de M. Velpeau, le *Traité des maladies des enfants* de M. Bouchut, celui de la *Syphilis des nouveau-nés* de M. Diday, etc., et l'on verra l'état de nullité ou d'erreur où en était

(1) *Gazette médicale de Paris*, juillet 1858; — *Archives générales de médecine*, février, mars, avril 1859; — *Gazette médicale de Lyon*, décembre 1859.

---

« L'espèce, dit M. Flourens, est de soi impérissable, éternelle, permanente et fixe. » Outre que la paléontologie tout entière proteste contre une pareille assertion, M. Flourens a-t-il donc oublié ce qu'il a écrit quelques pages plus haut : « Des espèces se perdent, dit-il, des espèces se sont perdues, même depuis les temps historiques, par exemple le dronte. » Voilà bien qui prouve que l'espèce n'est pas impérissable, éternelle. « La souche du chien, ajoute-t-il, et celle du cheval ont disparu. » Comment concilier ce fait avec la doctrine de la fixité des espèces?

M. Flourens dit, page 99 : « Le mâle est pour autant que la femelle dans la production du nouvel être... La proportion se maintient toujours égale entre le père et la mère... Le chacal et la chienne produisent un être moitié chacal et moitié chien. » C'est donc par distraction que M. Flourens a écrit, page 56 : « Le métis du chien et du loup se rapproche beaucoup plus du chien que du loup; *le type du chacal prédomine* dans le croisement du chacal et du chien; celui de l'âne dans le métis de l'âne et du cheval. »

Encore une contradiction! M. Flourens proclame que « la *nature* est un vain mot, » et en maints endroits il parle des *êtres de la nature*, et il fait jouer à la nature un rôle fort actif dans la création des êtres et dans la constitution des espèces.

Abordant le grand problème de la vie, l'auteur renonce sagement à pénétrer le mystère de sa formation, et il formule avec toute la solennité d'un axiome de fraîche date la proposition suivante : « La vie ne commence pas à chaque nouvel individu, elle se continue. » Cette conception de la vie n'est pas nouvelle; quelques siècles avant M. Flourens, Hippocrate et Aristote avaient dit : « Rien ne naît, rien ne meurt. » C'était la même idée sous une autre forme.

Un peu plus loin, M. Flourens adresse aux physiologistes un reproche violent, que nous ne pouvons guère leur laisser subir sans protestation : « En 1854, dit-il, on poussait l'ignorance ou plutôt l'absurdité jusqu'à supposer que le fœtus se nourrissait des *eaux de l'amnios*... » — Voici qui prouvera, je pense, que les physiologistes, avant et depuis 1854, n'étaient et ne sont ni si absurdes ni si ignorants que l'avance M. Flourens. Dans son *Précis de phy-*

hier encore la science sur ce sujet. Mais revenons à la médecine légale.

Dans toutes ces contestations élevées entre nourrices et nourrissons, on cherche aussi, et c'est là véritablement le nœud de la difficulté, à reconnaître quel a été le premier malade.

A la nourrice dont la syphilis serait antérieure à l'allaitement, le nouveau-né qu'elle accuserait de la lui avoir donnée pourrait évidemment répondre :

Comment l'aurais-je fait si je n'étais pas né?

Et en thèse générale, cette question, qui a pour objet la date comparative des symptômes chez la nourrice et le nourrisson, prime toutes les autres; si on ne peut pas toujours dire d'une manière absolue et poser en axiome que le premier infecté a sûrement communiqué la maladie à l'autre, au moins peut-on affirmer très positivement que le dernier malade n'a pas pu, absolument pas, contagionner le premier.

Toutefois, si la recherche de la date relative des symptômes chez les deux malades a une importance si capitale, il est bon, il est utile, indispensable même, de ne pas s'en rapporter à cet égard uniquement au dire des parties adverses et d'avoir au moins un moyen de contrôle. Or, il se trouve que ce moyen de contrôle est d'une précision remarquable; qu'il se compose d'un certain nombre de signes physiques tous très caractéristiques, d'une lésion qui persiste en général longtemps, et dont on trouve encore des vestiges alors même qu'elle paraît manquer, vestiges presque aussi significatifs que la lésion elle-même dans son plein développement. Ce moyen de contrôle n'est autre chose que le fait même de l'évolution régulière de la syphilis, débutant toujours, ainsi que je l'ai dit, par le chancre primitif, avec tous ses caractères anatomiques et sa marche invariable, aussi bien quand cette syphilis procède d'un accident secondaire ou congénital que quand elle a pour origine un accident primitif; en un mot, c'est le chancre ou les traces qu'il laisse à sa suite. De cette façon, le chancre est comme ces médailles qu'on scelle à la première pierre d'un édifice et qui en fixent la date pour l'avenir, avec une autorité contre laquelle ne peuvent prévaloir ni les traditions orales ni même les preuves écrites. Dans l'application de ces données nouvelles à la médecine légale, pour ce qui concerne la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons, nous étudierons successivement les cas où le nourrisson a une syphilis secondaire et la nourrice une syphilis primitive, ceux où le nourrisson a une syphilis primitive et la nourrice une syphilis secondaire, et enfin ceux où tous deux ont des accidents syphilitiques de même ordre :

1° *Syphilis secondaire chez le nourrisson et primitive chez la nourrice.*

Il est bien entendu qu'on devra tenir grand compte, dans toutes ces appréciations, de l'état de santé des parents du nourrisson. Des accidents syphilitiques manifestes chez le père ou chez la mère ou chez tous deux, ou seulement des traces d'une syphilis ancienne, et il y en a quelquefois de très caractéristiques, établiraient déjà de graves présomptions en faveur de la nourrice contre le nouveau-né. Il ne suffit pas de s'enquérir de l'état de santé d'un seul parent, il y a des exemples de syphilis héréditaire observée chez le nouveau-né, sans que la mère ait été affectée. J'ai vu aussi le nouveau-né et la mère en pleine syphilis, et le père parfaitement net, bien qu'il eût des rapports avec sa femme. Tout cela prouve qu'il y a des immunités naturelles ou acquises à l'égard de la syphilis comme à l'égard des autres maladies contagieuses générales; mais rien de plus. Et s'il est vrai que tous les hommes sont égaux devant le chancre, c'est du chancre simple seulement et non du chancre syphilitique qu'il faut l'entendre. Enfin la mère peut avoir donné le sein à son enfant et n'avoir contracté aucune lésion syphilitique au mamelon, sans que le fait prouve le moins du monde que l'enfant n'était pas infecté. Au contraire, la règle étant qu'on n'a pas deux véroles successives, on ne comprendrait pas qu'une mère qui a donné la syphilis pendant la grossesse à son enfant, la reçût de lui pendant la lactation.

L'état de santé des parents peut aussi être constaté indirectement, c'est-à-dire en s'enquérant des accouchements antérieurs, et des enfants qui ont pu précéder celui que la nourrice accuse. Un ou plusieurs avortements, la maladie ou la mort d'enfants peu de temps après la naissance, sans avoir une grande valeur comme preuve, en ont une considérable comme renseignement.

Quant au nouveau-né, s'il est incontestable qu'il peut être infecté héréditairement, il est certain aussi que cette syphilis héréditaire a, dans ses symptômes et dans sa marche, quelque chose de tout spécial, et que, sous certains rapports, elle diffère complétement de la syphilis acquise.

Établir qu'une syphilis est congénitale chez un nourrisson, c'est déjà trancher la difficulté; car, si on peut disputer sur la question de savoir si une syphilis acquise est ou n'est pas du fait de la nourrice, on ne peut pas enlever aux parents la responsabilité d'une syphilis reconnue congénitale.

En premier lieu, on a pour se guider la marche de la maladie : la syphilis héréditaire n'éclate pas immédiatement après la naissance ; elle se montre habituellement entre le premier et le second mois ; à cet égard, il y a des exceptions, mais la règle est assez générale pour mériter d'être prise en grande considération. En outre, cette syphilis se manifeste d'emblée par des lésions diverses, qu'on peut comparer aux accidents secondaires de la syphilis acquise; mais elle n'a jamais pour lésion antérieure ou concomitante chez le malade l'accident primitif, c'est-à-dire le chancre.

Bien plus, alors même que la mère aurait, au moment de l'accouchement un chancre induré des parties génitales, ce chancre ne pourrait pas s'inoculer à l'enfant, au passage : du moins cette impossibilité résulte de tout ce que nous savons de l'évolution du chancre syphilitique.

Qu'un enfant puisse contracter au passsage une blennophthalmie,

---

*siologie*, publié en 1836, Magendie s'exprime en ces termes (t. II, p. 583) : « Il paraît certain que le placenta puise chez la mère les matériaux nécessaires au développement des organes. » Dans le *Dictionnaire* en 30 vol. (art. ŒUF HUMAIN, t. XXI, p. 527), MM. Désormeaux et P. Dubois écrivent : « Pendant toute la durée de la gestation, dès le moment où l'œuf devient villeux, et surtout dès l'époque où le sang commence à paraître dans l'embryon, les vaisseaux ombilicaux sont l'agent principal à l'aide duquel celui-ci puise dans le sang de sa mère ses éléments nutritifs et renouvelle continuellement cette nourriture. » En 1851 et 1852, nous avons entendu Bérard, à la Faculté de médecine, déclarer de la manière la plus formelle que la nutrition du fœtus s'opère, à l'aide du placenta, par le sang maternel. Cette doctrine est également soutenue par M. Longet (*Traité de physiologie*, t. II, p. 574), par M. J. Béclard (*Physiologie*, 1re édition 1855, p. 912), par M. Cazeaux (*Traité de l'art des accouchements*, 1856), par MM. Littré et Robin (*Dictionnaire de Nysten*, 10e édition, p. 980). Que M. Flourens l'ait rendue plus évidente et l'ait mise à l'abri de toute contestation par ses *expériences sur la coloration des os du fœtus par l'action de la garance mêlée à la nourriture de la mère*, nous l'accordons très volontiers; mais il est juste aussi de reconnaître que le fait était déjà généralement admis avant la nouvelle démonstration qu'en a donnée le savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Nous bornerons là nos remarques critiques au sujet de l'*Ontologie naturelle*. Il serait superflu d'ajouter que les rares imperfections que nous venons de signaler sont amplement rachetées par les éminentes qualités qui distinguent tout ce qui sort de la plume de M. Flourens. Hélas! M. le Secrétaire perpétuel, qui lit souvent les lettres du P. Secchi, ignore moins que personne que le soleil lui même n'est pas sans tache.

— J'ignore si MM. les docteurs Jantet sont jumeaux selon la chair ; mais ce que je sais bien, c'est qu'ils le sont au premier chef par l'esprit et par le cœur. Lisez leur ouvrage sur *la vie*, et vous verrez qu'il est impossible de rencontrer en deux frères une pa

alors que la mère a une blennorrhagie vaginale ou vulvaire, cela se comprend, et cela s'est vu ; la muqueuse oculaire du nouveau-né est dans des conditions telles qu'elle peut accidentellement recevoir le contact du pus blennorrhagique de la mère, et, comme le simple contact suffit pour que l'inoculation s'opère, de tels cas n'ont rien d'anormal.

Mais déjà, il est plus difficile de comprendre comment la mère, ayant des chancres simples aux organes génitaux, pourrait les communiquer au passage à son enfant ; ici, en effet, le simple contact ne suffit pas ; il faut une porte artificiellement ouverte à la contagion, une plaie, une écorchure, une surface vive, et, pour que cette éraillure accidentelle se trouve en rapport avec le pus chancreux, on est conduit à admettre un concours de circonstances fortuites, tel qu'il doit rarement, sinon jamais, se rencontrer. Aussi n'existe-t-il aucun fait de chancre contracté au passage, tandis qu'il existe un grand nombre d'exemples d'accoucheurs ou d'accoucheuses ayant contracté ce même accident dans l'exercice de leur profession.

Quant au chancre syphilitique, non-seulement on ne l'a jamais vu s'inoculer au passage, mais comment comprendre que cette inoculation puisse se faire ? Avant qu'il se développe chez la mère, et qu'il se manifeste comme lésion appréciable, il faut une incubation de plusieurs semaines. Or, cette incubation est toute une période pendant laquelle l'organisme est imprégné par le virus et modifié de telle manière qu'il devient inapte à subir une nouvelle inoculation : témoin le fait de la non-inoculabilité au malade du chancre syphilitique, même dès les premiers jours de l'éclosion de celui-ci : et si l'organisme de la mère éprouve cette modification pendant la période d'incubation du chancre, n'est-il pas probable que l'organisme de l'enfant, qui n'est qu'une dépendance de celui de la mère, subit la même influence ? Un chancre induré de la mère déjà éclos au moment de la naissance de l'enfant, ce serait déjà la vérole congénitale pour l'enfant, la vérole acquise ne pouvant lui venir qu'après qu'il a été complétement détaché de l'organisme maternel. La recherche de l'accident primitif, c'est-à-dire du chancre syphilitique avec tous ses signes, ou seulement la constatation des traces ou vestiges qu'il peut laisser, telles que cicatrice, induration, engorgement ganglionnaire, etc., a donc une très grande importance médico-légale. Une syphilis ne peut être déclarée congénitale, c'est-à-dire mise à la charge du nouveau-né, ou plutôt de ses père et mère, que si on a dûment constaté dans cette syphilis l'absence complète d'accidents primitifs. Sans doute la proposition inverse ne serait pas juste, et il ne suffirait pas de n'avoir pas trouvé de chancre ou ses traces chez le nouveau-né pour déclarer sa maladie héréditaire ; car cet accident peut avoir disparu au moment de l'examen, ou échappé de quelque autre manière à l'observation ; aussi convient-il après l'épreuve de faire la contre-épreuve, et c'est la nourrice qui va nous fournir les éléments de cette dernière.

Chez la nourrice, l'indice accusateur par excellence, le grand fait à la charge du nouveau-né, c'est le chancre induré du mamelon.

Pour ce qui est des observations anciennes, j'ai déjà pu, ainsi que je l'ai dit ailleurs, trouver dans quelques cas la mention expresse d'une dureté quelconque ou même d'une induration assez bien spécifiée ; mais, depuis que mon attention a été dirigée sur ce point, je suis arrivé à reconnaître que le mamelon des nourrices est une des régions où l'induration manque le moins, et que si celle-ci n'y devient pas comme cartilagineuse aussi souvent qu'on l'observe sur le reflet du prépuce, il est rare qu'elle ne soit pas au moins parcheminée, et en tous cas mieux formulée que sur la peau de la verge, par exemple, ou sur les autres parties du tégument externe. L'adénite multiple ne manque jamais dans l'aisselle. Assez souvent aussi l'ulcération est assez profonde pour laisser à sa suite une cicatrice apparente notée dans beaucoup d'observations. Le chancre du mamelon, chez la nourrice, est donc toujours reconnaissable, non moins bien caractérisé que celui de n'importe quelle autre région, et aussi pathognomonique que celui des parties génitales, par exemple, lorsqu'il est dans sa période d'état ; en outre, et ceci n'est pas la moins précieuse de ses qualités, il laisse souvent des traces durables qu'on doit rechercher à la fois sur le mamelon (cicatrice et induration) et dans l'aisselle (adénite indurée).

D'où pourrait provenir le chancre, chez la nourrice, s'il ne venait pas du nouveau-né ? Viendrait-il du mari, d'un amant, d'un nourrisson étranger ? Disons de suite que, dans les cas de chancre du mamelon ou de toute autre région contracté par la nourrice à ces sources étrangères, ce n'est pas la syphilis secondaire, ou du moins la syphilis secondaire seule, qu'aurait le nourrisson, mais une syphilis primitive, un chancre, et qui mieux est un chancre plus récent que celui de la nourrice. Nous reviendrons plus loin sur cette catégorie de faits, qu'il ne faut pas confondre avec celle qui est en cause en ce moment.

Nous avons en face de nous un nourrisson avec des accidents syphilitiques constitutionnels sans symptôme primitif, et une nourrice avec un accident primitif à siége précis, avec un chancre induré du mamelon, suivi ou non encore suivi de syphilis secondaire. Eh bien, tout ce que nous savons de l'évolution normale de la syphilis et des lois suivant lesquelles la maladie se transmet ne peut laisser aucun doute dans la pensée de l'expert. Sa conclusion doit être affirmative, absolue : c'est le nourrisson qu'il doit déclarer l'auteur de la contagion et la nourrice la victime.

Et comment en serait-il autrement ? Qui oserait prétendre que la nourrice, avec son chancre primitif du mamelon, a pu communiquer des accidents secondaires au nourrisson ? Ce serait intervertir tous les rôles, et vouloir, comme nous le disions plus haut, que le premier malade ait été contagionné par le dernier.

Bien plus, en présence d'une nourrice qui a des chancres primitifs au mamelon, et d'un nouveau-né qui n'aurait aucun signe bien apparent de syphilis, l'expert devrait redoubler de vigilance,

---

touchante harmonie de pensées, de sentiments et de convictions, si bien qu'il pourraient prendre pour devise ces mots de l'Évangile : *Unus pastor, una fides, unum baptisma*. Leur pasteur, c'est Auguste Comte ; leur foi, c'est le positivisme ; et leur baptême, c'est la consécration de la médecine au dogme positiviste.

MM. Jantet n'appartiennent pas à la classe de ces philosophes timides, de ces tièdes apôtres qui, effrayés des conséquences d'une idée, capitulent devant les traditions du passé, transigent avec les préjugés de leur temps et courbent respectueusement le front en présence des croyances générales. Animés d'un mâle courage et pleins de confiance dans la force de leurs armes, ils courent hardiment battre en brèche l'œuvre vingt fois séculaire du dogmatisme métaphysique, et sur les ruines de cet immense édifice, auquel les plus beaux génies des temps anciens et modernes ont apporté leur pierre, ils posent fièrement le drapeau du matérialisme, avec cette inscription : « La matière est l'agent de tous les phénomènes, la cause des causes..... Croître et décroître, telle est la vie ; composer et décomposer, tel est le fondement de l'existence organique... Rien ne survit à la dissolution du corps. » Nous ne suivrons pas nos deux vaillants confrères dans cette périlleuse campagne où ils attaquent tous les systèmes philosophiques depuis Pythagore et Thalès jusqu'à M. Proudhon et M. Jules Simon, et toutes les doctrines médicales depuis Hippocrate et Galien jusqu'à MM. Cayol et Lordat. Une pareille odyssée serait une trop rude et trop longue tâche pour un feuilleton. Nous aimons mieux renvoyer à l'ouvrage de MM. Jantet ceux qui seraient curieux de connaître à fond leur doctrine et de juger de tout ce que peut pour le triomphe d'une cause une conviction ardente servie par une vaste érudition et par une logique inébranlable.

— Si MM. Jantet sont frères, nous avons quelque raison de croire que M. Eugène Dally est leur cousin... en Auguste Comte. Dans une brochure sur *l'état présent des doctrines médicales*, publiée à propos d'une mémorable discussion académique, notre jeune et distingué confrère cherche à montrer « comment, grâce à la série scientifique découverte par Auguste Comte et admirable-

et chercher des indices plus précis de la maladie, non-seulement à la peau, mais sur les muqueuses ou ailleurs, car il n'y a guère qu'un nouveau-né syphilitique qui puisse prendre le sein où fleurit un chancre sans en contracter un semblable à la bouche.

Mais plaçons-nous dans des conditions défavorables par excellence, mettons-nous en présence d'une nourrice seule, et supposons qu'il est impossible d'obtenir aucun renseignement utile, soit sur le nourrisson, qui est mort, par exemple, sans qu'on sache, au juste, de quoi, soit sur ses père et mère, qui refusent de se laisser examiner; si le chancre, chez la nourrice, occupe bien le mamelon, et non pas la base du sein, c'est-à-dire s'il est de ceux que la succion seule peut produire; admettant, d'un autre côté, qu'on ne puisse rien apprendre sur les circonstances fortuites qui auraient pu, à la rigueur, amener cette inoculation, telle que la succion exercée par un adulte ou par un enfant étranger, il y aura encore de grandes probabilités en faveur de la nourrice et contre le nourrisson si la marche du chancre concorde avec celle de l'évolution normale de la syphilis congénitale. En effet, cette intervention étrangère, que nous admettons ici comme possible dans des cas exceptionnels, peut-on raisonnablement supposer qu'elle se soit opérée juste à cette date? Le chancre inoculé à la nourrice par son nourrisson n'est jamais antérieur à l'époque où la syphilis congénitale a l'habitude d'éclore, ni même contemporaine de cette époque, puisqu'il est toujours précédé d'une assez longue incubation; il y a donc un certain art de vérifier les dates, qu'il est bon de ne pas négliger, au moins en prévision des cas où il n'est pas absolument impossible qu'on ait à se prononcer avec ces seuls éléments d'appréciation.

Mais ce n'est pas tout, la nourrice infectée par son nourrisson, soit au moment où elle a un chancre mammaire, soit un peu plus tard, quand ont éclaté les accidents secondaires, peut communiquer la maladie à son mari, à ses enfants ou à ses proches. Ici encore il faudra tenir grand compte de la nature des symptômes présentés par tous ces individus; mais s'il faut être prudent et avisé dans cet examen, qu'on cesse d'y apporter ce scepticisme de parti pris que les intérêts sacrés d'un malheureux ne touchent pas, et qui se croit quitte envers la victime quand il a réussi à faire rire à ses dépens. Non, le chancre induré de la verge, chez le mari de la nourrice, n'est pas toujours un indice accusateur, ni pour lui, ni pour sa femme; au contraire, quand ce chancre s'est développé après l'éclosion de la syphilis secondaire de la femme, on peut dire sans crainte que, s'il ne procède pas toujours de celle-ci, il en est au moins souvent le résultat, et qu'en tous cas il est impossible, absolument impossible qu'on l'en considère comme la cause.

Ce que nous disons du chancre du mari s'applique à la lettre aux chancres des enfants ou des proches, lesquels affectent généralement la bouche, et se contractent d'habitude par les baisers ou par le boire et le manger en commun. Évidemment l'origine de ces chancres ne peut être rattachée à la syphilis congénitale du nouveau-né que s'ils ont une date plus récente que celle-ci, et quand d'autres circonstances établissent qu'il y a eu des rapports certains entre ces derniers malades et le premier. Mais tout ceci importe peu, ces cas n'ayant jamais fait l'objet spécial de procès en dommages-intérêts, et ne se rattachant que comme des accessoires au fait principal qui s'agite, avant tout, entre le nourrisson et la nourrice.

On peut dire que telle est la manière la plus habituelle (neuf fois sur dix) dont se présentent ces sortes d'affaires, et qu'en général, autant on a pu considérer comme difficile l'expertise médico-légale qu'elles comportent, autant on doit aujourd'hui la considérer comme simple, facile à éclaircir pour soi et à rendre claire pour les tribunaux.

*2° Syphilis primitive chez le nourrisson et secondaire chez la nourrice.*

Que les père et mère du nourrisson n'aient pas la syphilis, on ne saurait en faire une charge contre la nourrice, car la maladie peut avoir été traitée et guérie avant l'examen; il peut aussi s'être rencontré une de ces immunités dont nous parlions plus haut, et enfin le vrai père n'était peut-être pas le mari.

Mais peut-on en dire autant du nourrisson? Évidemment, s'il jouit, au moment de l'examen, d'une santé parfaite, s'il n'a ni coryza, ni raucité de la voix, ni aphonie syphilitique, aucune lésion spécifique à la bouche, à l'anus, aux organes génitaux ou ailleurs; en un mot, s'il ne porte aucune trace de syphilis récente ou ancienne, et qu'il n'ait subi aucun traitement anti-syphilitique, il n'y a pas à hésiter une minute, la question est tranchée contre la nourrice : si elle a la syphilis, elle lui vient d'une autre source, nul ne peut donner que ce qu'il a.

Tout à l'heure nous avons supposé le cas d'un nourrisson affecté de syphilis congénitale, ou plutôt de syphilis générale, sans accident primitif, c'est-à-dire sans chancre syphilitique en plein développement ou à l'état de traces *apparentes. Maintenant,* c'est l'inverse; nous supposons le cas d'un enfant qui a la syphilis caractérisée par des accidents primitifs, ou même par des accidents primitifs et secondaires. D'où peut lui venir la maladie?

Cette fois, nous voilà en présence de la syphilis acquise, et cette seule qualification nous indique déjà que c'est à la personne qui a les rapports les plus intimes avec le nouveau-né qu'il faut aller tout d'abord pour trouver l'origine de cet acquêt.

Évidemment, dans ce second cas comme dans le premier, l'examen d'un seul individu ne peut qu'établir des présomptions, de fortes présomptions contre l'autre. Nous avons dit plus haut que la nourrice affectée de chancres primitifs pouvait les avoir contractés à bien des sources différentes; il en est de même du nouveau-né porteur d'accidents de cet ordre. Il peut avoir été contagionné chez sa nourrice sans l'être par sa nourrice, il a pu prendre le sein étranger d'une personne malade; il a pu être embrassé,

---

ment développée dans les ouvrages de M. Littré, la synthèse biologique est faite, et qu'il n'est plus besoin d'aller chercher une explication du phénomène de la vie dans les vaines entités de la métaphysique. » Et M. Dally, après avoir savamment et lumineusement exposé, commenté, confronté et discuté les doctrines biologiques développées dans le cours de ces éclatants débats, conclut que la période critique est close, et que la période des affirmations, la période organique, est venue. Telle n'est pas tout à fait l'impression que nous a laissée la fameuse discussion de 1860. Vainement M. Dally s'efforce-t-il de démontrer que les dissidences ne sont qu'à la surface, mais qu'au fond tous les orateurs s'accordent à merveille. Nous craignons bien que notre confrère n'ait pris l'aspiration de ses désirs pour l'expression de la réalité, et qu'il ne lui soit pas donné de voir de sitôt encore l'avènement d'une doctrine médicale, unique et universelle, ayant Auguste Comte pour père et Bichat pour aïeul.

— Ceux qui auront appris dans les précédents ouvrages comment il faut envisager et comprendre la vie dans son essence et dans son mécanisme, ne seront peut-être pas fâchés non plus de savoir de quelle manière il faut s'y prendre pour *vivre longtemps et en bonne santé.* C'est un art dont la pratique n'est pas très difficile, paraît-il, et dont les amateurs trouveront le secret dans l'excellente traduction des quatre discours de Cornaro, que vient de publier récemment M. le docteur Patézon.

A. LINAS.

---

— On lit dans le *Journal du Loiret* :

« Un chien, mort dans la commune de Cortrat, fut laissé dernièrement dans un fossé sans être enfoui; les mouches ne tardèrent pas à le couvrir et à se répandre de là dans la commune. Il en est résulté une épidémie charbonneuse qui a déjà enlevé une vache, deux chevaux, quarante moutons, et a failli coûter la vie à un jeune enfant qui, sans les soins d'un médecin habile, eût succombé. »

alimenté, nettoyé, manipulé par des enfants ou des adultes du voisinage affectés de syphilis. Sans doute, ces suppositions, comme celles dont nous parlions plus haut concernant des faits exceptionnels, ne doivent être admises ou discutées qu'à ce titre, mais encore faut-il en tenir compte.

Avant tout donc, c'est à la nourrice qu'il faut s'adresser; c'est sur elle que doit porter le premier examen, et souvent la vérité sort de ce premier examen avec une précision qui enlève toute chance à l'erreur et tout prétexte au doute.

Que la nourrice ait à ce moment des accidents secondaires, aucune hésitation n'est possible, c'est elle, c'est bien elle qui a contagionné le nourrisson. Dira-t-on que l'enfant a contracté la maladie à une source étrangère, et l'a communiquée à sa nourrice? Mais la nourrice aurait des accidents primitifs aussi bien que le nouveau-né, cas qui rentre dans la catégorie suivante. Bien plus le chancre induré devrait être chez elle en plein développement, alors qu'il serait en voie de résolution et d'effacement chez le nouveau-né, puisque chez ce dernier il aurait une antériorité représentée au moins par la durée normale de l'incubation du chancre syphilitique, durée qui est en général de trois semaines et quelquefois plus.

Encore une fois, la nourrice a des accidents secondaires, l'enfant a des accidents primitifs; admettre que la nourrice ait contagionné l'enfant, c'est se mettre d'accord avec les lois connues, fixes, invariables, de la contagion syphilitique; admettre que l'enfant ait été contagionné par un étranger, c'est chercher au loin une cause hypothétique qui n'explique rien, quand la vraie cause est là, présente, qui rend compte de tout, qui explique tout; enfin admettre que l'enfant ait contagionné la nourrice, c'est aller à l'encontre de toutes les lois de la contagion et vouloir à la lettre que le dernier malade ait communiqué son mal à quelqu'un qui l'avait avant lui. Ici encore l'expert n'a pas le choix, et sa déclaration ne peut être que conforme au bon sens et à la vérité, c'est-à-dire qu'il doit hardiment se prononcer contre la nourrice en faveur du nourrisson.

Par le fait du mode de contagion, le siége de la lésion primitive chez le nouveau-né, est en général assez fixe pour mériter une mention spéciale : c'est d'habitude la bouche, et dans la bouche les lèvres, la langue ou les amygdales que le chancre affecte. La bouche et le mamelon, tels sont en effet les deux organes par lesquels la syphilis se communique de préférence du nouveau-né à la nourrice, et de la nourrice au nouveau-né, parce qu'ils sont les points d'attache qui unissent le plus intimement et le plus continûment leurs deux organismes. A la rigueur on comprendrait que, par exception, il en fût autrement, et que, soit le nourrisson, soit la nourrice, fussent contagionnés l'un par l'autre sur une région différente; mais, encore une fois, voilà la règle générale; le reste est possible, mais qu'il en existe un exemple authentique, patent, j'en doute.

A la suite de la contagion du nouveau-né par la nourrice, on observe aussi, comme dans le cas inverse, deux séries de contagions successives. On comprend que, dans l'une ou l'autre des deux circonstances, la maladie commence par le chancre, et notamment par le chancre induré, et cela chez les enfants du voisinage comme chez ceux de la nourrice; mais il y a un autre personnage qu'il faut cette fois examiner avec le plus grand soin, c'est le mari.

En général, le mari est l'auteur ou a été la première victime de la maladie de sa femme. On peut trouver chez lui un chancre primitif, qui n'a pas de signification dans l'espèce, et qui ne l'absout pas plus qu'il ne l'accuse; mais il peut aussi, et c'est le cas le plus ordinaire, avoir une syphilis secondaire ou même tertiaire, c'est-à-dire être porteur de la maladie à une période plus avancée que sa femme. Une telle découverte met le sceau à la démonstration. Si la syphilis du mari est antérieure à la dernière grossesse de sa femme, le dernier né de la nourrice pourra avoir eu la syphilis congénitale, et en porter encore des traces, ou être mort prématurément. Mais nous supposons là des cas qu'on rencontre à peine dans la pratique; ce sont les plus rares, sans doute, mais ce seraient certainement les plus clairs et les moins embarrassants.

3° *Syphilis primitive chez le nourrisson et chez la nourrice.*

La recherche de l'accident primitif a une telle importance dans la question médico-légale dont nous nous occupons en ce moment qu'on ne saurait y procéder avec trop de patience et de sagacité. S'il est vrai que le chancre syphilitique peut se rencontrer sur toutes les parties du corps, c'est bien chez le nouveau-né, être faible, impuissant, besogneux, livré sans défense à une foule de personnes qui le touchent, le caressent, l'embrassent, lui donnent à boire, à manger, lui présentent le sein, soit pour l'allaiter, soit pour préparer les voies à un autre nourrisson, soit pour dégorger l'organe trop rempli, soit même pour se procurer des jouissances dépravées, comme il en a été usé à l'égard d'un enfant que j'ai été appelé à visiter. Le médecin expert doit donc être sur ses gardes, et se mettre en quête partout, de manière à ne laisser inexplorée aucune surface visible ou tangible. Les mêmes soins doivent être apportés à l'examen de la nourrice, qu'on ne doit jamais déclarer dépourvue de chancre primitif sans avoir exploré les organes génitaux avec le spéculum, et visité attentivement l'anus et le gosier. Et encore, je le répète, faut-il savoir découvrir, non-seulement le chancre parfait, ce qui est élémentaire, mais la cicatrice, l'induration, l'adénite, c'est-à-dire la trace qu'il a pu laisser. Le moindre fait compte en médecine légale, pourvu qu'il ait été bien observé et qu'il ait une signification précise et bien reconnue en pratique.

Revenons aux circonstances que nous avons considérées plus haut comme exceptionnelles. Supposons, chez la nourrice, un chancre induré du mamelon qui n'aurait pas été produit par une syphilis secondaire d'un nourrisson. D'où peut provenir ce chancre? Viendrait-il, par hasard, du mari de la nourrice, d'un amant, d'un nourrisson étranger? Toutes ces suppositions peuvent être faites et discutées, mais discutées, je le répète, comme se rattachant à des raretés, à des exceptions.

L'intervention du mari, ou bien, selon l'expression de M. Ricord, de celui qui ne l'est pas, opérée surtout dans les rapports anormaux qu'on allègue, est tellement rare que je défie qu'on me cite une seule observation authentique de chancre simple du mamelon avec bubon chancreux de l'aisselle. Or, si telle était l'origine tant soit peu fréquente des chancres mammaires, la prédominance du chancre simple sur le chancre syphilitique est si marquée aux organes génitaux (à Paris, la statistique indique un rapport de 4 à 1; à Lyon, la différence est plus faible) que le premier devrait, sinon surpasser aussi l'autre à la région mammaire, du moins l'égaler en nombre. D'un autre côté, les chancres mammaires devraient affecter, non pas le mamelon, mais la base du sein, c'est-à-dire les parois du canal artificiel qu'on imagine; et surtout ces chancres devraient ne pas s'observer à peu près exclusivement chez les nourrices, celles-ci ne pouvant pas être gratuitement réputées pour avoir le privilége d'exciter ou de subir seules ces atteintes anormales.

Pour ce qui est du chancre mammaire produit au moyen de la succion, soit par un adulte syphilitique, soit surtout par un enfant autre que le nourrisson, il est de même nature, et occupe le même siége que celui dont la syphilis congénitale est l'origine.

Le dernier cas est le plus commun; il en existe quelques observations : une nourrice donne le sein à un nourrisson étranger, et contracte la syphilis à cette source accidentelle; mais on va voir que les choses ne se passent pas sans qu'il soit possible de discerner un pareil accident des faits habituels de transmission de la maladie du nouveau-né à sa propre nourrice.

En effet, le chancre que la nourrice a contracté d'un adulte, d'un premier nourrisson, ou bien, dans le présent nourrissage, d'un enfant étranger furtivement introduit à une table qui n'était pas servie pour lui, ce chancre, communiqué à l'hôte véritable, amène chez lui un chancre semblable, et généralement un chancre buccal. De cette façon on n'a pas, comme dans l'ordre de faits discutés au précédent paragraphe, des accidents secondaires d'un

côté, et des chancres primitifs de l'autre, mais bien des accidents de même ordre, des chancres primitifs des deux côtés.

Quant à savoir, dans les cas douteux, lequel des deux a communiqué la maladie à l'autre, ou, en d'autres termes, quel a été le premier malade, c'est par la détermination de l'âge comparatif des deux chancres qu'on y arrive. On a pour se guider l'état de progrès ou de *statu quo* de l'ulcération, le degré plus ou moins avancé de la réparation, les traces d'une induration plus ou moins persistante, ou d'une cicatrice plus ou moins visible, etc.; on a aussi l'éventualité des accidents secondaires, qui surviendront évidemment plutôt après le chancre ancien qu'après le nouveau. Ainsi, ces cas qu'on généralise, qu'on allègue en faveur de la non-contagion de la syphilis congénitale, et qu'on cite comme la preuve de l'imposture de toutes les nourrices prétendues contaminées par leur nourrisson; ces cas, que nous reconnaissons volontiers, mais comme exceptionnels, ne se présentent, au contraire, jamais sans porter avec eux la marque de leur origine, et il suffit de les regarder de près pour les distinguer de ceux avec lesquels les intéressés pourraient vouloir les confondre.

Ce que nous venons de dire de la nourrice s'applique également à l'enfant. Lui aussi peut avoir contracté un chancre, soit en tetant une nourrice étrangère, soit en subissant les soins et caresses des adultes ou bambins du voisinage. Ce chancre, qui peut siéger partout, affecte néanmoins, dans la très grande majorité des cas, la bouche. C'est au mamelon de la nourrice qu'il se communique, et dans cette circonstance encore on peut trouver dans les caractères anatomiques de chacun des deux chancres, celui du nouveau-né et celui de la nourrice, des indices précieux susceptibles de révéler leur âge relatif, et de faire connaître l'auteur de la contagion. Mais ici le débat a peu d'importance, car ces faits sont généralement imputables à la nourrice, dont l'imprudence est la même ou à peu près, soit qu'elle ait contagionné innocemment le nourrisson confié à sa garde, soit qu'elle l'ait laissé contagionner par d'autres.

Voici un autre cas qui engage beaucoup plus la responsabilité de la nourrice, et qui la met en présence de la famille du nourrisson, dans la position même où cette famille se trouve à son égard, lorsqu'elle lui a confié un enfant héréditairement infecté : c'est le cas de chancre induré trouvé chez elle aux parties génitales.

Lorsque l'expert trouve aux parties génitales de la nourrice les signes caractéristiques d'un chancre induré nouveau ou ancien, toute hésitation doit cesser. Ce chancre ne peut pas être le fait du nouveau-né ; il est toujours, et au plus haut degré, à la charge de la nourrice.

Dans ces cas, que trouve-t-on chez le nouveau-né ? Évidemment un chancre, et surtout un chancre buccal, lorsque la syphilis constitutionnelle a eu le temps de se développer et de produire des lésions mammaires. Mais le chancre du nouveau-né, toujours beaucoup plus récent que celui de la nourrice, se retrouvera aussi plus sûrement que lui. Il n'y a donc pas à craindre qu'on confonde cette syphilis communiquée par la nourrice au nouveau-né, avec celle que la nourrice pourrait vouloir mettre sur le compte de l'infection héréditaire de l'enfant.

Somme toute, ces cas exceptionnels de chancres primitifs, observés à la fois chez le nouveau-né et chez la nourrice, grâce à ce que nous savons sur l'évolution normale de la syphilis, grâce aussi à la physionomie accentuée que conserve le chancre, même après la cicatrisation, peuvent être tirés au clair aussi bien que les autres, et n'ont rien qui soit de nature à en imposer à l'expert.

*4° Syphilis secondaire chez le nourrisson et chez la nourrice, sans chancre primitif d'aucun côté.*

Qu'on ne trouve pas de chancre primitif chez le nouveau-né, c'est le cas ordinaire ; après avoir procédé à son égard à un examen scrupuleux, si la recherche n'aboutit pas, il n'y a donc qu'à s'incliner; encore une fois, c'est la règle. Mais en est-il de même chez la nourrice ?

La nourrice est dans la condition où se trouvent tous les adultes : elle ne peut pas avoir la vérole sans que celle-ci ait été précédée d'un chancre, et notamment d'un chancre induré. Or, je suppose que l'examen le plus minutieux ne fasse rien découvrir qui ressemble chez elle à un accident primitif ancien ou nouveau ; cet accident a totalement échappé à l'observation de l'expert ; mais, comme il a dû nécessairement exister à un moment donné, on devra exiger de la nourrice des renseignements sur l'époque de son apparition, sa durée, ses caractères, son siége; ou bien si elle n'en fournit pas sur l'accident primitif, elle en fournira sur la date et la marche des accidents secondaires, aussi bien chez l'enfant que chez elle. Ici encore on pourra donc trouver un moyen de contrôle dans les données nouvellement acquises sur la durée moyenne de l'incubation du chancre, et sur l'intervalle assez régulier qui sépare l'éclosion de l'accident primitif de celle des accidents secondaires, données avec lesquelles devront concorder les allégations de la nourrice.

Dans le cas que nous supposons en ce moment, rentrent, il est vrai, un certain nombre d'observations rapportées par les anciens auteurs; mais plus on ira et moins on rencontrera de pareilles observations Il en est de ces faits comme de ceux qui concernent des adultes autres que des nourrices, et dans lesquels on voyait autrefois la syphilis secondaire rapportée, soit au chancre simple, soit à la blennorrhagie, soit même à une infection générale dite d'emblée, c'est-à-dire dans lesquels l'accident syphilitique primitif, le chancre induré était souvent méconnu; d'autant mieux qu'on n'a pas affaire ici à des syphilis tertiaires, ni même à des syphilis secondaires tardives, car on sait que les nourrices en général, si elles étaient disposées à supporter longtemps ces maux sans traitement, le sont beaucoup moins à les supporter sans réclamer tout de suite et très haut l'indemnité pécuniaire à laquelle ils leur donnent droit.

Ainsi donc, quand on a reconnu chez le nourrisson et chez la nourrice des accidents secondaires, sans traces ni vestiges d'accidents primitifs d'aucun côté, et cela après l'examen le plus minutieux, aux ressources qu'avaient nos *devanciers pour apprécier* si l'antériorité appartient à la syphilis du nouveau-né ou à celle de la nourrice, nous pouvons joindre les notions précises, indiquées plus haut, sur la nature et la marche de l'accident primitif, et même sur la forme qu'affectent en général les poussées syphilitiques secondaires les plus précoces ; nous trouvons là les éléments d'un contrôle qui ne manque pas d'importance, et qui est loin de nous laisser complétement à la merci des allégations des parties intéressées; mais, évidemment, l'accident primitif faisant défaut, l'empreinte première de la maladie est effacée, et nous sommes privés d'un témoignage imposant, d'une preuve véritablement matérielle, d'une sorte de pièce de conviction que rien ne peut complétement remplacer.

Que conclure de tout cela, sinon que, appréciant tout ce qui nous manque lorsque nous en sommes privés, ce qui est l'exception, nous devons apprécier au même degré toute son importance lorsque nous l'avons à notre disposition, ce qui est la règle ; et que, somme toute, j'ai eu raison de faire du chancre primitif comme le pivot sur lequel doit rouler désormais toute la médecine légale de la syphilis transmise entre nourrissons et nourrices?

Il nous resterait à étudier au même point de vue les cas de transmission de la syphilis dans certaines pratiques professionnelles, religieuses ou autres, qui n'engagent pas moins que les précédents la responsabilité des personnes qui peuvent avoir été, par leur faute, les agents de la contagion; mais il suffira d'en dire quelques mots.

Il y a d'abord la profession de verrier, dont j'ai déjà parlé, profession exercée par des milliers d'ouvriers dans les seuls départements du Rhône et de la Loire. Avant mes recherches, on avait déjà observé des faits de transmission de la syphilis parmi ceux de ces ouvriers qui soufflent le verre, et, dans l'enquête à laquelle je me livrai à propos des cas rapportés dans mon mémoire des Archives, M. le docteur Nobis me dit qu'il avait eu l'occasion de voir au moins une dizaine de cas semblables. Tous les médecins de Rive-de-Gier avaient fait des observations analogues ; toutefois, ces faits étaient restés inédits, et l'attention ne fut vivement

éveillée sur ce point qu'à partir du jour où, regardant le pouvoir contagieux de la syphilis secondaire comme égal à celui des lésions primitives, je fis remarquer que ce mode de transmission devait s'opérer avec une grande fréquence, puisque rien n'est commun comme les lésions buccales de la syphilis secondaire. C'est à dater de ce moment que l'on vit tout le danger de la *canne*, comme agent médical de la contagion syphilitique.

Mais signaler un pareil danger, c'était du même coup donner un moyen de l'éviter, car la plus simple surveillance suffisait. Aussi, depuis cette époque, il y a eu, il est vrai, deux procès où des médecins ont été appelés à donner leur avis et où la réalité de ce mode de transmission a été juridiquement établie; mais je ne sache pas que ces malheureux exemples se soient multipliés : ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, il a suffi de connaître le foyer de la contagion pour l'éteindre.

Il est facile de comprendre combien la syphilis peut facilement s'inoculer dans la pratique du soufflage du verre. En général, trois individus sont occupés à souffler au même tube, vulgairement appelé *canne*. Chaque canne est une tige creuse en fer, ayant à peu près la forme et les dimensions d'une queue de billard. Le bec de la canne que les verriers introduisent dans leur bouche pour opérer le soufflage n'est pas uni extérieurement, mais plutôt dépoli et raboteux; en outre, l'opération exige qu'ils impriment à l'instrument des mouvements rapides de rotation entre les lèvres; il n'est donc pas rare qu'il en résulte des excoriations de la muqueuse, et, comme la canne passe immédiatement d'un individu à l'autre, si le premier a des lésions syphilitiques buccales, il les communique presque fatalement au second. Naturellement, l'appréciation médico-legale se fait ici d'après les mêmes principes que nous avons exposés au sujet des nourrissons et des nourrices. Mais, je le répète, il n'est pas probable qu'avec la surveillance actuelle les faits que j'ai signalés se renouvellent avec la même fréquence qu'autrefois.

Vient en second lieu une pratique religieuse répandue, on peut dire, dans le monde entier, puisqu'elle est usitée à la fois chez les Musulmans et chez les Juifs, et dans laquelle on a vu aussi la syphilis se transmettre d'un individu à un autre par un mécanisme qui a beaucoup d'analogie avec l'allaitement : c'est la circoncision.

Lorsque le circonciseur a opéré la section du prépuce, il a l'habitude de porter à sa bouche la verge de l'enfant et d'étancher le sang au moyen de la *succion*. Que si, d'aventure, la bouche de l'opérateur se trouvait être le siége de quelque lésion syphilitique, l'inoculation serait inévitable, car jamais la syphilis ne trouva porte d'entrée plus largement et plus opportunément ouverte. Il y a dans la science des cas de ce genre rappelés par M. Ricord dans ses *Lettres sur la syphilis*, et expliqués par lui comme tous les autres, c'est-à-dire par le fait de la présence accidentelle d'un chancre induré dans la bouche du circonciseur. Mais, pour une fois que l'accident primitif amènerait ce résultat, l'accident secondaire devrait l'amener cent fois, et peut-être va-t-il suffire d'être averti pour qu'on rencontre de pareils exemples en grand nombre.

Heureusement le remède est ici à côté du mal, et rien n'empêcherait qu'on abolît partout la pratique de la succion, comme cela a été fait à Paris par le consistoire israélite, à la sollicitation de M. Ricord.

Il y a encore une opération dont l'antiquité eût fait aussi sans doute une pratique religieuse, tant sont grands ses bienfaits, et dans laquelle on a vu également la syphilis se transmettre assez souvent : c'est la vaccination. Mais cette question a été traitée par M. Viennois de telle manière que je n'ai qu'à renvoyer le lecteur au journal (1) où son travail a été inséré.

(1) *Archives générales de médecine*, juin, juillet, septembre 1860, et *Gazette médicale de Lyon*, 1er décembre 1860, lettre à M. Diday.

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

MÉDECINE. — *De la pathogénie et de la thérapeutique du diabète, et de l'action de l'électricité sur quelqu'un de ses symptômes*, par M. *Mariano Semmola*. — Voici les principales conclusions de ce mémoire :

« La glycosurie a lieu dans certaines maladies de la poitrine, seulement à la suite de troubles graves dans la respiration, développés brusquement. La durée de cette glycosurie est très courte. Les dyspnées lentes ne donnent pas lieu à la glycosurie. Ces conditions expliquent les dissidences nombreuses existant entre les différents observateurs. La glycosurie, dans le cours des affections du foie d'une nature quelconque, est fort douteuse. Je ne l'ai jamais pu constater rigoureusement. Les glycosuries signalées dans les maladies de l'estomac ou des ganglions lymphatiques du mésentère se rencontrent assez souvent, mais elles tirent toujours leur origine des substances féculentes et sucrées de l'alimentation et des troubles existant dans l'absorption à la suite de ces maladies. Une alimentation purement azotée les fait disparaître. La glycosurie qui accompagne souvent les maladies du système nerveux constitue une double série de faits. La première, celle qui survient à la suite des maladies convulsives (épilepsie, hystérie, etc.), doit reconnaître pour causes les troubles que ces névroses produisent sur la respiration. La seconde espèce de glycosurie, celle qui coïncide avec les maladies nerveuses cérébrales plus ou moins organiques (les ramollissements exceptés), doit être regardée comme l'effet d'une excitation glycogénique produite sur le quatrième ventricule.

» L'électrisation du pneumogastrique par un courant direct et intermittent assez énergique produit constamment une diminution considérable dans la quantité du sucre éliminé par les diabétiques, et quelquefois même une diminution sensible dans la quantité des urines. Les effets de l'électrisation sont passagers, et d'ordinaire ne durent que cinq à dix heures. Ils sont proportionnés à la période plus ou moins avancée de la maladie. On peut cependant rencontrer des cas dans lesquels les effets de l'électrisation sont durables et représentent une véritable guérison. Quand l'électrothérapie, après son application d'essai, prouve que des désordres matériels ont déjà succédé à la névrose, il est nécessaire d'en suspendre, pour le moment, l'application, et d'y revenir tous les dix jours.

» Quand l'électrothérapie trouve son à propos, je conseille d'employer en même temps des douches seulement d'eau froide et des doses croissantes, depuis 0gr,005 jusqu'à 0gr,03 par jour, de sulfate de strychnine. Je l'ai toujours vue parfaitement supportée, et amenant une amélioration assez saisissante, pour que je ne craigne pas d'appeler sérieusement l'attention des praticiens sur cette thérapeutique, qui n'a été, que je sache, proposée jusqu'ici par personne. » (*Comm.* : MM. Pelouze, Rayer, Cl. Bernard.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Recherches expérimentales sur l'action physiologique et thérapeutique de la Drosera*, par M. *E. Curie*. — 1° Administrée à des chats pendant un temps prolongé, cette plante a déterminé, chez les deux animaux soumis à l'expérience, la formation de tubercules pulmonaires et le développement anormal de diverses parties du système lymphatique (ganglions lymphatiques, plaques de Peyer, vésicules closes, acini de la rate, etc.).

2° Administrée, à la dose de 4 à 20 gouttes d'alcoolature, à des malades atteints de tubercules, elle m'a paru constituer un puissant remède, et guérir la maladie, d'une manière presque constante, toutes les fois que l'état général était favorable; confirmant ainsi, pour ce cas particulier, la vérité de la loi des semblables en thérapeutique. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Rayer.)

**Académie de Médecine.**

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture transmet un mémoire de M. le docteur *Jobert* (de Guyonville) sur la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Jacquot* (de Saint-Dié), concernant l'usage en médecine et la défense de l'alun, accusé de graves méfaits. (*Comm.:* MM. Guérard et Gobley.) — *b.* Une observation de purpura simplex à type intermittent, par M. le docteur *Labalbary* (de Bourg-la-Reine). (*Comm.:* M. Devergie.) — *c.* Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Régis*, médecin cantonal à Auterive (Haute-Garonne). (*Accepté.*)

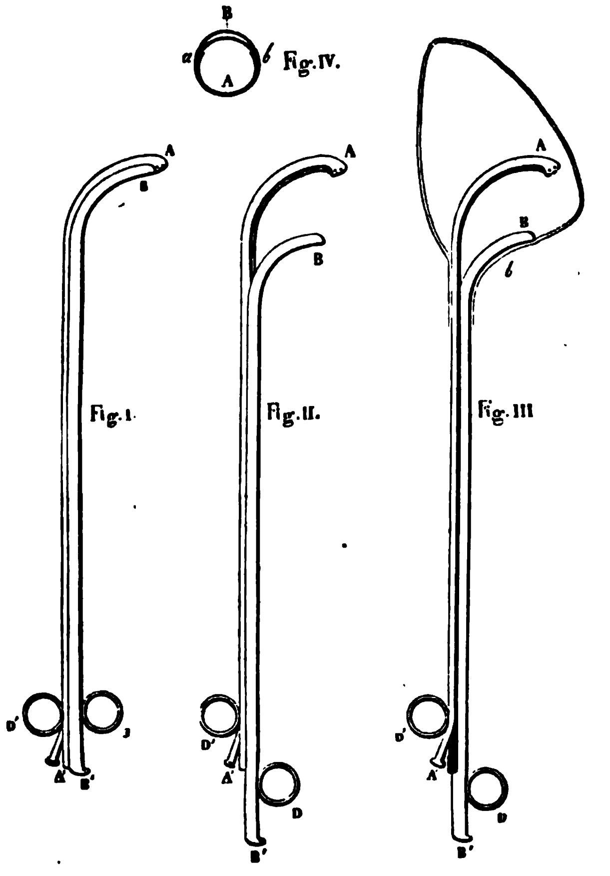
3° M. *Mercier* communique une note ainsi conçue :

*Sonde évacuatoire à double courant.*

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Mathieu a présenté, comme l'ayant fabriquée sur les indications de M. Voillemier, une sonde évacuatoire qui n'est qu'une imitation défectueuse de celle que j'ai imaginée en 1839 ; que j'ai décrite et figurée nombre de fois depuis, notamment dans mes *Recherches* de 1844 et de 1856, et que j'emploie journellement. En 1852, la *commission d'Argenteuil* l'a citée avec éloge dans son rapport.

Je dis que c'est une imitation, parce que les canaux inégaux et concentriques l'un à l'autre, l'agencement et le glissement des pièces qui les forment, sont entièrement pareils dans les deux sondes.

J'ajoute que cette imitation est défectueuse, parce que, si elles diffèrent par le bec, cette différence est toute à l'avantage de la mienne : 1° dans les cas d'engorgement sénile de la portion sus-montanale de la prostate ou de valvule musculaire du col vésical, qui sont ceux où la lithotritie a le plus besoin de ces auxiliaires, il est généralement reconnu aujourd'hui que les instruments fortement courbés entrent plus sûrement




dans la vessie que ceux à bec allongé ; 2° quand on a ouvert le large canal de la sonde de ces messieurs, il est presque impossible que l'extrémité intérieure de la pièce mobile qui le ferme corresponde exactement au col vésical. Si elle se trouve au-dessus, elle forme un obstacle à l'abordage des fragments; si elle se trouve au-dessous, les parties molles bouchent l'ouverture. Quand, au contraire, le bec de la mienne, auquel je ne donne pas actuellement plus de 25 millimètres de longueur, est tourné en arrière et que ses deux branches ont été écartées, l'inférieure descend jusqu'au col de la vessie, y fait gouttière et entonnoir, et affaisse même les saillies morbides lorsqu'il y en existe ; 3° avec la sonde Mathieu-Voillemier, le liquide injecté se dirige vers la partie supérieure de la paroi postérieure de la vessie, tandis qu'avec la mienne il est projeté dans le bas-fond où les fragments sont rassemblés ; 4° enfin, avec la première, il faut que ceux-ci aillent gagner la partie antérieure de la vessie pour rencontrer le canal ; avec la seconde, ils y sont poussés directement.

Je ne parle pas de deux autres sondes simples à double courant, qui sont basées sur les mêmes principes, et dont j'ai donné la description, ainsi que la figure, dans mes *Recherches* de 1856.

(La première figure montre ma sonde fermée ; la deuxième la représente ouverte ; la troisième offre une coupe longitudinale de l'instrument en action dans la vessie, et la quatrième une coupe perpendiculaire à l'axe.)

M. *le Secrétaire perpétuel* lit une lettre de M. *Piorry*, relative aux réactions de l'urine additionnée d'acide nitrique et soumise à l'influence de la chaleur dans certains cas pathologiques.

*Discussion sur la morve.*

M. *Leblanc*, pour répondre au reproche adressé aux vétérinaires par M. Bouillaud à la fin de la dernière séance, établit « que les vétérinaires professent depuis longtemps : 1° que la morve, sous quelque forme qu'elle se présente, est une maladie spéciale, virulente, générale, contagieuse, pouvant s'engendrer spontanément, qui se manifeste par des troubles fonctionnels, des altérations des liquides, des lésions des solides parfaitement décrits; 2° que les conditions dans lesquelles se développe cette maladie sont tellement bien connues que la manière dont elles sont déterminées ferait envie aux plus grands partisans de la médecine dite exacte. Que manque-t-il donc d'essentiel pour que M. Bouillaud puisse dire que les vétérinaires ne connaissent pas la morve?

» Quant à la spontanéité de la morve, qui paraît être la cause principale des dissidences de M. Bouillaud et des vétérinaires, M. Sanson s'engage, pour convaincre notre collègue, à rendre ses chevaux morveux, s'il veut mettre son équipage à sa discrétion. »

M. *Bouillaud* réitère la proposition qu'il a déjà faite, à savoir, de prendre un cheval bien portant et de le soumettre aux influences étiologiques ordinaires (froid, humidité, mauvaise nourriture, labeurs excessifs). Si ce cheval devient morveux sous l'influence exclusive de ces causes, l'orateur déclare qu'il se rendra à l'opinion de MM. les vétérinaires.

M. *Leblanc* maintient que la morve peut se créer de toutes pièces chez un animal sain soumis à l'influence des causes précédemment énumérées.

M. *Renault.* Je prends la parole sous l'influence d'un sentiment pénible, inspiré par les termes peu bienveillants dans lesquels M. Bouillaud a parlé des vétérinaires dans la dernière séance. Ces termes sont sévères, je dirai même injustes, et je suis convaincu que M. Bouillaud les a profondément regrettés.

M. *Bouillaud* proteste qu'il rend la plus grande justice au talent des vétérinaires et aux services immenses qu'ils ont rendus à la science. Seulement, il maintient qu'ils ne sont pas très avancés au sujet de la pathogénie de la morve.

M. *Renault.* Je prends acte du témoignage d'estime que M. Bouillaud vient de rendre à notre profession, et j'abandonne l'incident.

Mais si je viens de me plaindre de quelques paroles échappées à M. Bouillaud dans la vivacité de l'improvisation, combien plus ai-je à me plaindre des reproches acerbes, des paroles violentes, des invectives de M. J. Guérin, non-seulement à la tribune, mais encore dans la presse médicale. (M. Renault lit quelques phrases empruntées à une lettre adressée à M. Amédée Latour par M. J. Guérin.) Laissons de côté ces questions personnelles; regrettons que de pareilles formes apparaissent à l'Académie; discutons la science par elle-même et pour elle-même.

M. Guérin nous a reproché d'abord d'avoir méconnu l'unité des diverses formes de l'affection farcino-morveuse; puis, s'apercevant qu'il était allé trop loin, il s'est contenté de prétendre que nous n'avions pas tiré de cette notion toutes les conséquences pratiques qui en découlent. J'ai essayé de démontrer que le premier reproche de M. Guérin n'était nullement fondé et que depuis longtemps les vétérinaires sont d'accord sur l'unité de la morve.

M. Guérin, en reprochant aux vétérinaires de n'avoir pas tiré de la notion de l'unité de la morve toutes les conséquences possibles, s'attribue le mérite d'avoir fait ce que les vétérinaires avaient été inhabiles à réaliser. Qu'a donc fait M. Guérin? Il a proposé une nouvelle classification des diverses manifestations de

la morve. Cette classification, vous la connaissez. J'en adopterai volontiers deux divisions : 1° celle qui consiste à distinguer la morve chronique et la morve aiguë; 2° celle qui consiste à séparer la morve spontanée de la morve communiquée. Mais si ces distinctions sont fondées, les autres ne reposent que sur des données théoriques ou plutôt sur des erreurs incontestables. Ainsi nous n'admettrons jamais ni la morve cutanée, ni la morve muqueuse, ni la morve locale, ni la cachexie morveuse. Ce sont là autant de variétés imaginaires que ne justifie nullement l'étude sévère des faits.

M. Guérin nous a indûment accusés d'avoir ignoré l'anatomie pathologique de la morve avant les remarquables travaux de M. Rayer.

J'aborde une question plus grave, celle de la généralisation de la morve. Vous n'avez pas oublié la théorie de M. Guérin sur ce point, théorie qui implique l'existence d'une morve locale d'abord, et se généralisant ensuite par voie d'infection. Dans cette théorie il y a deux erreurs; en effet, la morve n'est pas une affection locale, et cette maladie ne ressemble pas plus à une affection putride qu'à une infection purulente ordinaire. Par conséquent, la théorie de M. Guérin, qui veut que la maladie se propage et se généralise par l'air traversant les fosses nasales ulcérées, ne repose sur aucun fondement solide. J'ai déjà dit, d'ailleurs, que des expériences faites sur ce sujet donnaient le démenti le plus formel à l'opinion de notre collègue. Plus tard, M. Guérin n'a prétendu appliquer sa théorie qu'aux chevaux spontanément morveux. C'est un progrès; mais l'erreur, pour être un peu amoindrie, n'en persiste pas moins.

Quant à l'altération du sang dans la morve, non-seulement elle est admise sans conteste de nos jours par tous les vétérinaires, mais elle était admise déjà par les hippiatres du XVII° siècle. Aujourd'hui, non-seulement nous proclamons cette altération dans la morve confirmée, mais nous la proclamons même dans la morve au début et jusqu'à une époque antérieure aux premières manifestations de la maladie. Nous admettons donc parfaitement ce que M. Bouillaud a nommé, dans la dernière séance, la morve dans le sang. Quant à la nature de cette altération, nous l'avons cherchée, nous l'avons demandée aux micrographes et aux chimistes; mais jusqu'à présent nous ne l'avons pas trouvée.

J'arrive à l'étiologie de la morve. Ici je me trouve en face d'une grave objection faite par M. Bouillaud, à savoir que les causes ordinaires ne peuvent donner naissance à une maladie virulente, infectieuse, spécifique.

M. *Bouillaud*. J'admets l'action de ces causes, mais simplement comme auxiliaires.

M. *Renault*. Et nous vétérinaires, comme nous voyons très souvent la morve survenir à la suite de l'action de ces causes, et que jusqu'à présent nous n'avons découvert aucune cause intermédiaire, nous proclamons l'influence souveraine de ces causes. N'est-ce pas de la saine logique? Maintenant, si l'on fait disparaître ces causes, si l'on supprime leur action, la maladie cesse ses ravages, elle disparaît. Voilà donc la preuve et la contre-épreuve. Que faut-il de plus à M. Bouillaud? Je dis donc : sous l'influence de l'action prolongée de mauvaises conditions hygiéniques, il se produit dans l'économie une altération du sang, laquelle donne naissance à un virus, qui pour vous est la cause de la maladie, tandis que pour nous il est un effet, il est la maladie même.

M. Guérin a émis une opinion intermédiaire; il a avancé que, dans la morve spontanée, les choses devaient se passer autrement que M. Bouillaud ne le pense. Il parle d'un *contagium;* mais il ne dit pas clairement comment ce *contagium* s'engendre, et de quelle nature il est. C'est un mot de plus dans la question; mais ce mot ne vient rien éclairer ni rien expliquer.

M. Guérin, pour faire comprendre l'action des causes éloignées, se livre à une longue explication de la production du pied bot (M. Renault lit cet article); j'avoue que cet argument ne m'a paru ni clair ni convaincant. Je souhaite que M. Bouillaud en soit plus satisfait.

M. Guérin, à propos de la curabilité de la morve, m'a associé à tout ce qui a été dit par mes collègues. Je vais m'expliquer de nouveau sur ce point. L'affection morveuse est-elle curable, et faut-il essayer de la guérir? (L'orateur cite un passage de son dernier discours où il répond à cette question, et énumère l'ensemble des conditions dans lesquelles il y a lieu de tenter un traitement.) Je subordonne donc l'intervention médicale, dans la morve, à certaines conditions, dont les principales sont : l'invasion récente de la maladie, l'absence d'ulcération, et la bonne constitution du cheval.

Quels sont maintenant les faits qui ont porté M. Guérin à prétendre qu'il apportait des idées nouvelles, des doctrines fécondes dans l'histoire de la morve? Ces faits, je les cherche vainement ou plutôt j'en entrevois quelques-uns, mais ils sont tous incomplets, insuffisants, tronqués, médiocrement observés. Est-ce avec de pareils éléments qu'on essaye d'imposer des idées nouvelles, et d'introduire dans la science des théories en opposition avec les opinions généralement accréditées?

En matière de curabilité de morve, l'opinion des vétérinaires est celle-ci : la morve confirmée est incurable, ce qui n'empêche pas qu'il y ait par-ci par-là quelques faits *exceptionnels* de guérison. Les vétérinaires disent encore qu'il faut traiter les chevaux récemment atteints et atteints à un faible degré, c'est-à-dire ne présentant encore que du glandage et du jetage, et que ces chevaux peuvent guérir. Mais s'ensuit-il que nous devions admettre sans contestation les guérisons prodigieuses annoncées par M. Guérin? Ces faits sont tellement extraordinaires qu'ils ne peuvent provoquer que le doute, le doute sur la légitimité du diagnostic. Il faut être sur ce point circonspect et réservé jusqu'à l'excès : le plus petit symptôme objectif ne suffit pas pour affirmer la morve, et je crois que M. Guérin a donné trop d'importance à ce genre de symptômes dans les faits qu'il a observés.

Je ne dirai qu'un mot à propos de la relation de la gourme et de la morve. Comme MM. Bouley et Raynal, je récuse de toutes mes forces le témoignage de Gilbert, qui ne cite aucun fait à l'appui de son opinion; celui de Girard, qui était journaliste érudit, anatomiste et physiologiste éminent, mais qui n'avait aucune compétence clinique. De pareils témoignages ne sauraient jamais prévaloir contre le sentiment unanime de nombreux et éminents observateurs. Je maintiens donc qu'il n'est pas possible à un vétérinaire exercé de confondre la morve avec la gourme; je soutiens que la gourme ne donne pas la morve, et que la morve n'a jamais donné et ne donnera jamais la gourme.

En résumé, je crois que les vétérinaires ont beaucoup fait pour éclairer l'étiologie de la morve, sa pathogénie, son anatomie pathologique, et pour jeter quelque jour sur le diagnostic exact de ses symptômes. Je repousse donc les reproches qui nous ont été si injustement adressés par nos contradicteurs.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

DE L'INCONTINENCE DES MATIÈRES FÉCALES APRÈS L'ABLATION DU RECTUM. — APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ EN OBSTÉTRIQUE. — TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS.

M. *Verneuil* donne des nouvelles de la malade à laquelle il a enlevé un cancer du rectum à l'aide de l'écraseur linéaire. Les suites de l'opération ont été des plus heureuses : les accidents généraux ont été nuls; il n'y a eu ni fièvre ni frisson; la suppuration est de bonne nature, la cicatrisation de la plaie marche rapidement. M. Verneuil fait ressortir à cette occasion les avantages que l'instrument de M. Chassaignac offre pour de telles opérations sur le bistouri, qui expose non-seulement aux hémorrhagies, mais aux inconvénients des procédés hémostatiques; sur la ligature, si longue, si douloureuse et si fréquemment suivie d'infection putride; sur la cautérisation, presque aussi longue que la ligature et plus douloureuse.

Restent deux questions inquiétantes : combien de temps la récidive se fera-t-elle attendre, et que va devenir la fonction de défécation?

M. *Chassaignac* croit que, même après l'ablation complète du

rectum, les opérés peuvent ne pas être atteints d'incontinence, et que le rectum subit une sorte de sphinctérisation. En ce moment même, il a sous les yeux, à l'hôpital Lariboisière, un homme qui, bien qu'ayant subi une opération du genre de celle qu'a pratiquée M. Verneuil, retient ses matières fécales.

Le mot *sphinctérisation*, que M. Chassaignac a employé, ne veut pas dire (il s'est chargé de l'expliquer) que les sphincters se reforment de toutes pièces quand ils ont été enlevés avec les tumeurs cancéreuses du rectum. M. Chassaignac croit plutôt que la possibilité de retenir les matières fécales est due à une sorte de rétrécissement cicatriciel porté assez loin pour arrêter mécaniquement ces matières, mais cédant cependant à la contraction des muscles abdominaux et de la partie la plus élevée du rectum. Grâce à cette disposition, les malades n'ont qu'un simple suintement quand ils ont la diarrhée, et se trouvent à peu près dans les conditions ordinaires quand les matières fécales ont une consistance régulière.

Cette opinion, soutenue par M. Chassaignac sur les suites que peut avoir l'ablation de ce qu'il appelle la zone sphinctérienne, a été aussi celle de Lisfranc; M. Laborie l'a rappelée. Il faut donc qu'un certain nombre de malades se soient présentés à ces observateurs avec les signes d'une quasi-sphinctérisation. Tous les malades n'ont pas ce bonheur.

M. *Richard* croit, au contraire, que la règle après ces sortes d'opérations, c'est l'incontinence. Les malades peuvent bien passer un certain temps sans se salir; mais, du moment où le besoin d'aller à la selle se fait sentir, il leur est impossible d'y résister.

M. *Richet* appuie les observations de M. Richard par plusieurs faits dont il a été témoin, et, entre autres, par un fait qui met parfaitement en évidence la nécessité anatomique de l'incontinence. Chez le malade dont il s'agit, le rectum avait été enlevé aussi haut qu'il peut l'être sans lésion du péritoine. La récidive s'est fait attendre près de quatre années, pendant lesquelles le malade pouvait retenir un certain temps ses excréments, c'est-à-dire pouvait passer quelques heures sans éprouver le besoin d'aller à la selle; mais, dès que ce besoin se faisait sentir, il fallait qu'il fût satisfait immédiatement. L'incontinence était complète pour les excréments liquides. Si l'on introduisait le doigt dans le rectum, et si l'on invitait le malade à faire des efforts pour retenir ses matières, on ne sentait sur le doigt aucune constriction. Toute constriction était en effet impossible, puisque le rectum était soudé aux parois du bassin.

Incidemment, il a été question de l'ablation des mamelles cancéreuses par l'écrasement linéaire. M. Chassaignac a usé quelquefois de son instrument pour ces opérations; mais il ne se croit pas encore autorisé à en conseiller l'emploi. Pour lui c'est une question à l'étude; tout ce qu'il peut en dire pour le moment, c'est qu'il ne croit pas avoir plus d insuccès que par le bistouri, et qu'il a quelques accidents de moins que par l'instrument tranchant.

M. *Huguier* ne demande pas mieux que d'étendre l'emploi de l'écraseur linéaire dont il apprécie les avantages, mais il ne voit qu'une seule variété des cancers de la mamelle à laquelle l'écrasement soit applicable; c'est à ces cancers bien limités dans une mamelle qui est sèche, en forme de sac, et semble presque avoir un pédicule.

L'écraseur n'a rien à faire avec les cancers plus diffus, plus profonds, et qui présentent des adhérences nombreuses avec la face antérieure du grand pectoral, pas plus qu'avec les tumeurs qui envoient au loin des prolongements que le bistouri ne poursuit qu'avec la plus g ande difficulté. Que de fois, par exemple, faut-il aller chercher du côté de l'aisselle, derrière le grand pectoral, des indurations cancéreuses qui, pour être enlevées avec l'écraseur, nécessiteraient une opération mixte, et par conséquent une opération qui serait privée des avantages que donne l'écraseur employé seul, et ne serait pas exempte des dangers du bistouri?

— M. *Béraud* donne une appréciation d'un fait adressé par M. Kuhn, et relatif à l'emploi de l'électricité dans un cas de rétention du placenta.

Une femme multipare et bien conformée, après avoir accouché naturellement, quoique lentement, vit sa délivrance retardée par une inertie utérine dont tous les moyens ordinaires ne purent triompher. Après dix-huit heures d'attente, M. Kuhn se décida à recourir à l'électrisation des parois utérines. Il se servit de l'appareil de Legendre, introduisit une sonde d'argent dans le col, et plaça l'autre pôle sur l'abdomen. Le courant était à peine établi que l'utérus se contractait, et que le placenta était expulsé.

Pour M. Béraud, cette observation ne prouve aucunement l'efficacité du courant électrique, et la titillation du col avec la sonde est plus probablement la cause de la délivrance. Une contraction aussi rapide survenant par le fait de l'électricité dans les fibres utérines est, de l'avis de M. Béraud, en opposition avec les données de la saine physiologie, puisque l'on sait, en effet, que les fibres de la vie organique n'obéissent que lentement à l'électricité, et que leurs contractions, soit spontanées, soit provoquées, mettent autant de lenteur à se produire qu'elles en mettent à s'arrêter.

M. *Depaul* est loin d'accueillir l'observation de M. Kuhn avec le même scepticisme, et il repousse les raisons que M. Béraud donne contre l'efficacité possible de l'électrisation. Les contractions utérines sont loin d'être lentes. Tout le monde sait que le simple contact de la main sur la paroi abdominale suffit parfois pour faire contracter rapidement l'utérus, et si une titillation quelconque peut bien, de l'avis de M. Béraud, déterminer une contraction instantanée; on ne comprend pas qu'on puisse refuser la même propriété à un courant électrique.

M. *Verneuil* appuie les objections de M. Depaul, et proteste précisément au nom de la saine physiologie invoquée par M. Béraud, contre la tendance à laquelle son collègue s'est laissé entraîner, et qui consiste à admettre, *à priori*, des impossibilités que l'expérience n'a point justifiées.

— Trois tumeurs fibreuses de l'utérus ont été présentées à la Société. Deux ont été trouvées sur le même sujet par M. Huguier. L'une d'elles, quoique très positivement fibreuse, présentait une assez faible consistance pour avoir donné, du vivant de la malade, la sensation d'une tumeur liquide. L'autre, intra-utérine, était entourée d'une couche assez épaisse du tissu utérin.

La tumeur présentée par M. Depaul était pédiculée; elle a été enlevée à l'aide du bistouri, sans qu'il y *ait eu d'hémorrhagie*; elle avait la grosseur d'une poire de moyenne dimension, et la dilatation du col qu'il a fallu débrider ne dépassait pas, au moment de l'opération, le diamètre d'une pièce de 50 centimes.

---

# IV

## BIBLIOGRAPHIE.

**Traité élémentaire de pathologie externe**, avec figures dans le texte, par M. E. Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., t. Ier, in-8°, 1861. — Paris, Victor Masson.

Nous croyons annoncer ici un ouvrage destiné à devenir le plus classique de ceux qui, actuellement, traitent du même sujet. Que les deux autres tomes, qui doivent compléter la publication, ne se fassent pas trop attendre; qu'ils ne soient pas inférieurs au premier, et un succès exceptionnel est assuré. Cet horoscope, que le nom de M. Follin eût pu autoriser, mais rendu plus certain par l'exécution d'un tiers de l'œuvre, nous dirons volontiers sur quoi il se fonde.

Il se passe aujourd'hui, dans le mouvement de la science médicale, deux faits importants, au développement desquels la GAZETTE HEBDOMADAIRE se fait honneur de concourir. Le premier, c'est le commerce d'idées qui tend à s'établir de plus en plus activement entre toutes les parties du monde savant. Ce que l'ancienne langue scientifique, le latin, ne permettait, aux siècles derniers, qu'à un petit nombre de personnages éminents dans la philosophie, les lettres, l'histoire naturelle, on le voit réalisé de nos jours, sur une vaste échelle, par les progrès croissants du polyglottisme. De là un agrandissement considérable de la perspective ouverte à l'esprit de recherches; de là la multiplication des instruments de découvertes; de là aussi un contrôle universel, aussi dommageable à l'erreur

que profitable à la vérité. En second lieu, et cet autre fait est en partie la conséquence du premier, la science médicale moderne s'est engagée dans des voies nouvelles si larges, si fécondes, pénétrant si avant dans les phénomènes intimes de la vie, dans le jeu secret des altérations morbides, que la chirurgie elle-même, cet art soi-disant *manuel*, a été forcée de l'y suivre. Là est pour elle la condition du progrès, sous le rapport doctrinal d'abord, moins directement, mais tout aussi sûrement sous le rapport clinique. Or, jusqu'ici les traités de chirurgie, les uns venus trop tôt, les autres volontairement réduits à simples manuels, n'avaient pas mis à profit ce bénéfice du temps présent. Ceux qui ont voulu porter leur érudition hors du pays, obligés de travailler sur des traductions, ont consacré des erreurs historiques sans nombre; et la pathologie qu'on y enseigne, pour vouloir rester trop *externe*, pour ne vouloir pas pénétrer dans le domaine de l'histologie, pour avoir trop peu frayé avec la physiologie, n'a pu que perfectionner et agrandir le cadre de Boyer sans y introduire d'éléments essentiellement nouveaux.

Or, parmi les chirurgiens assez jeunes pour avoir été activement mêlés au déploiement de l'esprit moderne, assez avancés en âge pour avoir pu y démêler le vrai du faux, l'utile du superflu, se distingue tout particulièrement M. Follin. Versé dans les principales langues modernes, anatomiste et micrographe distingué, agrégé en chirurgie et chirurgien des hôpitaux, connu pour sa grande expérience, son jugement, son bon sens, sa haute probité scientifique, que lui manque-t-il pour écrire sur la pathologie chirurgicale un livre excellent?

Le tome I<sup>er</sup> est consacré à l'étude de l'*inflammation et de ses conséquences*, des *productions organisées de formation morbide* (tumeurs, pseudoplasmes), des *lésions traumatiques* (contusions, plaies, brûlures), des *maladies virulentes* (affections charbonneuses, morve, farcin et syphilis). L'indication de ces sujets, non exclusivement chirurgicaux et auxquels ne doit être étranger aucun médecin de quelque instruction, excusera peut-être la signature de cet article.

Sur le chapitre de l'inflammation, nous adresserons à l'auteur une critique générale. Nous comprenons toutes les difficultés inhérentes aux classifications en général, et plus particulièrement à celle des faits pathologiques. Pourtant, n'est-ce pas forcer un peu trop l'analogie que de ranger sous le titre d'*inflammation* l'infection putride, la gangrène, les fistules? Le titre complet du chapitre 1<sup>er</sup> est, il est vrai : *De l'inflammation et de ses conséquences*; mais, si ces trois états morbides peuvent être, en effet, des conséquences plus ou moins éloignées de la phlegmasie, elles peuvent avoir, et elles ont le plus souvent, une tout autre origine. La phlegmasie est totalement étrangère à une infection putride provenant d'une piqûre anatomique, à une gangrène causée par l'oblitération d'une artère, à une fistule procédant d'une lésion traumatique. L'auteur a été séduit par la simplicité du cadre. Quatre chapitres seulement pour les *maladies communes à tous les tissus organiques*, c'était engageant. Mais le mieux est parfois l'ennemi du bien, et des chapitres particuliers pour les trois ordres de lésions dont il s'agit nous auraient paru aussi bien justifiés que pour l'inflammation elle-même, sauf à détacher de celle-ci l'infection purulente pour la relier, dans un même chapitre, à l'infection putride. Du reste, hâtons-nous de le dire, le principe de cet arrangement vicieux n'aurait d'importance sérieuse que si l'auteur y était demeuré fidèle dans les descriptions et les interprétations scientifiques. Mais on ne pouvait attendre cela d'un esprit aussi sage. Nulle part, en effet, la distinction entre la gangrène et l'inflammation n'est mieux marquée. En tant qu'états morbides constitués, ce que les recherches micrographiques ont récemment appris sur la gangrène (Demme), ce qu'elles avaient depuis longtemps enseigné sur l'inflammation, établit entre elles une différence profonde. Quant à la subordination de la première à la seconde, M. Follin la restreint plus encore que ses devanciers, car il compte *treize* causes de gangrène autres que l'inflammation, ajoutant à celles que signalent les classiques (Nélaton, Vidal) l'*embolie* et la *cessation d'action nerveuse*.

La gangrène consécutive à l'oblitération des artères par des concrétions fibrineuses migrantes est une conquête, aujourd'hui incontestable, de M. Virchow. Et les travaux de M. Cl. Bernard, établissant que la section du nerf trijumeau en avant du ganglion amène l'ulcération de l'œil en supprimant l'influence du grand sympathique; les expériences de M. Longet, qui a vu se couvrir de plaques gangréneuses les pattes de lapins chez qui l'on avait pratiqué la résection du nerf sciatique ; le tout rapproché de ce qu'on observe dans certaines affections graves du système nerveux, notamment dans certaines paraplégies, tendant à démontrer la possibilité d'une mortification par suspension de l'influx nerveux.

Le chapitre des *pseudo-plasmes* nous amène au cœur d'une question qui a fort agité le monde savant il y a quelques années : la question du cancer. Deux points principaux étaient en litige : l'hétéromorphisme et la spécificité des éléments anatomiques du cancer. Nous avons soutenu à cette époque et nous croyons encore que la distinction des pseudoplasmes en homœomorphes et hétéromorphes répond parfaitement à l'état actuel de la science et doit être conservée ; M. Follin est de cet avis. En rendant un juste hommage au grand talent de M. Virchow et de quelques-uns de ses disciples, il regarde comme contestable encore la *théorie dite cellulaire*, qui fait consister le tissu cellulaire en un composé de corpuscules ronds et fusiformes, séparés par une substance homogène, d'abord muqueuse et gélatineuse, plus tard fibrillaire, lesquels corpuscules donnent naissance à des canaux remplis d'un fluide nutritif; qui fait ensuite dériver le pseudoplasme de la segmentation et de la multiplication des corpuscules normaux, ainsi que de changements survenus dans leur intérieur. Nous avions aussi maintenu la division des tumeurs cancéreuses en épithéliome, tumeur fibro-plastique et cancer proprement dit. M. Follin l'adopte et en démontre la légitimité, la nécessité même, par d'excellents arguments de fait, et ajoute cette remarque que nous avions présentée nous-même en 1855 (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 124) en publiant une lettre à nous adressée par M. Virchow, que, l'origine des tumeurs étant réservée, l'éminent professeur de Berlin admet dans les tumeurs constituées des différences notables de structure, comme des différences quant à la *malignité*, entre l'épithélium, le sarcome et le cancer. Le rapport de ces trois espèces de pseudoplasmes avec le dernier élément, la malignité, les micrographes avaient commencé, il est vrai, par en exagérer l'importance. Nos lecteurs se rappelleront peut-être que l'auteur de cette analyse, en reconnaissant le fait, avait néanmoins soutenu que l'épithéliome récidivait moins souvent que la tumeur fibro-plastique, la tumeur fibro-plastique moins souvent que le cancer à cellules et à gros noyaux. C'est ce qui ressort nettement aussi des articles consacrés par M. Follin à ces diverses productions organiques. L'auteur insiste particulièrement sur ce fait que la récidive de l'épithéliome tient moins souvent à la nature de la maladie qu'à l'insuffisance de l'opération, les corpuscules de l'épithéliome se répandant fréquemment sur des tissus en apparence sains et qu'on néglige d'enlever. Ainsi, toujours appelant à son secours toutes les données de la science, les éclairant et les fortifiant l'une par l'autre, au lieu de s'en tenir exclusivement aux données brutes de la clinique, l'auteur répand sur toutes les questions qu'il aborde une lumière qu'on chercherait en vain dans les autres ouvrages du même genre.

Nous passons sur les lésions traumatiques et sur quelques-unes des maladies virulentes pour laisser place à quelques lignes sur l'article relatif à la syphilis, le plus remarquable, peut-être, de tout le volume. A quelque doctrine qu'on appartienne, il est impossible de ne pas louer l'ordre savant, autant que l'esprit de justice et la sévérité de jugement, apportés à l'exposé didactique de toutes les questions historiques, doctrinales, pratiques, que comporte ce vaste sujet. Nous ne nous croyons pas dupe d'une illusion, quoique nous sentions bien tout ce que peut amener en nous de dispositions favorables une harmonie pour ainsi dire parfaite entre les opinions que nous n'avons cessé de défendre et celles que soutient un appréciateur aussi autorisé. Question de l'infection par le chancre mou; question de la contagiosité des accidents secondaires; question de la syphilis double, M. Follin les résout toutes comme nous. Aussi nous bornons-nous à renvoyer le lecteur à ce magistral exposé. Un seul point nous arrêtera, parce qu'il nous rappelle une dette

que des occupations nombreuses ne nous avaient pas encore permis d'acquitter. Il s'agit de l'origine antique de la syphilis.

On se souvient que, rendant compte (1861, n° 3, p. 35) d'une discussion engagée sur ce point d'histoire entre plusieurs confrères allemands, nous avions pris parti pour ceux qui croient à l'existence de la syphilis constitutionnelle dans l'antiquité. Un honorable confrère, M. Ch. Chabalier, nous ayant écrit pour combattre notre opinion, et nous rappeler en même temps une thèse consacrée par lui à la défense de l'origine *moderne* de la syphilis, nous nous étions engagé à lui répondre, après quelques recherches bibliographiques (*Gazette hebdomadaire*, 1861, n° 7, au *feuilleton*). Or, nous avions en mains : 1° un travail de M. Littré, où l'existence de la syphilis antérieurement au XVe siècle est mise hors de doute par des textes précis ; 2° l'ouvrage de Rosenbaum (*De la syphilis dans l'antiquité*), où se trouve un passage extrêmement significatif de Dion Chrysostome ; 3° quelques notes moins importantes empruntées à divers médecins ou littérateurs anciens ; nous avions, disons-nous, recueilli ces matériaux quand nous les avons trouvés en partie analysés dans l'ouvrage de M. Follin. Nous n'avons donc rien de mieux à faire qu'à rappeler cette analyse, en y ajoutant nos propres remarques.

M. Follin fait observer, comme nous, que c'est trop exiger de l'antiquité, dans l'état où nous la connaissons, que de lui demander une description de la syphilis *dans son expression la plus complète;* que les anciens ont connu les chancres, d'une part, et, de l'autre, de graves affections de l'anus, de la gorge, du voile du palais, du nez, des *tibias;* qu'ils ont bien pu ne pas apercevoir le rapport qui existe entre ces deux ordres de lésions, mais que cela n'empêche pas l'*existence* des deux termes de la maladie ; que d'ailleurs ils constatent assez souvent, d'une manière empirique, la liaison de certaines affections graves des parties indiquées avec la débauche et la luxure. A ce sujet, notre confrère fait remarquer que le caractère syphilitique des maladies décrites sous les noms de *mal de Sainte-Euphémie*, *Pian de Nérac*, *mal de Brunn*, *bouton d'Amboine*, etc , avait été méconnu jusqu'à ces derniers temps, c'est-à-dire jusqu'au beau travail de M. Rollet (de Lyon), et que dès lors il n'y aurait pas tant à s'étonner si les caractères de la syphilis n'avaient pas été bien étudiés en Grèce ou à Rome. Il aurait pu ajouter, lui qui croit à la propriété infectante du chancre mou, et qui en rapporte même des observations authentiques, que du moment où l'on concède, comme font M. Chabalier et les autres, l'existence du chancre mou dans l'antiquité, on y rend certaine l'existence de la syphilis elle-même. Et nous sommes, pour notre part, convaincu que les partisans de l'origine moderne de la syphilis se sont suicidés en plaçant leur planche de salut sur la doctrine de la dualité chancreuse, qui a déjà amené (avec le chancre *mixte* ou *mulet*) une triplicité, et amenera encore plus d'une innovation.

Quant aux textes, M. Follin rappelle qu'un livre de médecine indoue, l'*Ayurveda* de Suçrutas (traduction de Hessler), qui remonte au commencement de notre ère, range parmi les maladies syphilitiques des affections de la peau, des ulcères, des ophthalmies, des éruptions in *plantâ* et *palmâ*, des pustules profondes et *colorées* de la tête, le bubon des aines et des aisselles, etc. Puis, relevant plusieurs autres citations moins probantes au point de vue de l'infection syphilitique, il arrive au passage de Dion Chrysostome (qui vivait sous Néron), dont il ne relève que peu de lignes. Comme ce passage a reçu une certaine célébrité, nous allons en reproduire la plus grande partie, d'après la traduction allemande de Rosenbaum (édition de 1839) :

« Je parle d'un fait extraordinaire, c'est-à-dire d'une maladie qui a frappé tant de personnes, et qui jadis était encore plus fréquente ailleurs que chez vous. De quoi s'agit-il ? Bien que je ne puisse m'expliquer plus clairement, vous pouvez facilement deviner ce que je veux dire..... Il y a des personnes qui dorment en marchant, en se tenant debout et en parlant, bien qu'elles paraissent éveillées pour d'autres ; mais la preuve la plus certaine qu'elles dorment, c'est qu'elles ronflent..... Je prétends que cela est une honte pour la ville. L'*habitude* a déjà gagné de jeunes garçons, et les adultes qui veulent passer pour honorables se laissent aller à considérer la chose comme de peu d'importance..... S'il y avait une ville où l'on entendît toujours ce gémissement (Winselnde)....., vraiment qui voudrait s'y arrêter? Mais ce bruit est, chez vous, le signe de l'impudicité et de la plus ignoble salacité. Or, on aimera certainement mieux se trouver avec des malheureux qu'avec des *pédérastes*..... Ce bruit inharmonieux et rauque, quel est l'homme vertueux qui peut le supporter? Toute personne passant devant une maison, et qui l'y entend, dit certainement : il y a ici un lupanar (Bordell). Mais que dira-t-on d'une ville *où ne se fait entendre que ce bruit, en tout lieu et à toute heure? Car dans les rues, les maisons, les places publiques, le théâtre, au gymnase, règne la pédérastie*..... (Dion fait ensuite allusion *à un signe* des pédérastes, qui consistait *à lever le médius, les autres doigts recourbés, pour représenter les parties génitales*)..... Cependant, dira-t-on, parler avec une voix de femme, c'est toujours parler avec une voix humaine, et personne n'écoute avec répugnance la voix d'une femme. Mais quel est au juste le son de votre voix? Ce n'est ni celui des androgynes, ni celui des cynèdes, ni celui des eunuques. Chacun d'eux a sa voix propre ; mais qui pourrait juger de ce que vous êtes et de ce que vous faites d'après votre voix?..... Avez-vous jamais entendu faire de bonne musique par le nez?..... Pourriez-vous ignorer que, comme, chez d'autres, la colère divine s'est appesantie sur certaines parties, telles que les pieds, les mains et la figure? De même chez vous une maladie endémique a atteint le nez. C'est ainsi qu'on raconte qu'Aphrodite, irritée, a frappé de maladie les aisselles des femmes de Lemnos. Soyez donc persuadé que c'est la colère divine qui a *détruit* le nez de la plupart d'entre vous, et que c'est la cause de ce son de voix particulier ; car d'où cela viendrait-il autrement? Mais c'est un signe de la plus dégradante folie, de l'oubli de toute moralité..... »

Comme Rosanbaum, M. Follin rapproche ce passage d'une citation d'Ammien Marcellin, que nous copions en entier dans le texte même d'Ammien (*Rerum gestarum*, lib. XIV, c. 6). Il s'agit de la populace de Rome : « Ex turba vero imæ sortis et paupertinæ » in tabernis aliqui pernoctant vinariis....., aut pugnaciter aleis » certant *turpi sono* fragosis naribus, *introrsum reducto spiritu*, » concrepantes. »

M. Follin voit, dans cette *destruction* du nez, chez des débauchés, des pédérastes, le signe d'une infection syphilitique, et nous sommes de son avis. On conviendra du moins que si, avec de pareils textes, on pouvait éprouver quelque scrupule à affirmer l'origine ancienne de la syphilis, on devrait en éprouver de bien plus forts à affirmer son origine moderne, et c'est en ces termes qu'il faut poser la question. Cela dit, nous regrettons, dans l'intérêt même de notre opinion, et pour prévenir de fausses interprétations, que l'auteur n'ait rien dit de l'opinion de ceux qui ne voient dans ce bruit particulier aux pédérastes qu'un *signe d'appel* ou de *reconnaissance*. C'est ce que permet de supposer un passage de Clément (d'Alexandrie), relatif à ceux qui font avec leurs narines un bruit semblable à celui des grenouilles (ἐπικροτοῦσι, τῇ ῥινὶ βατράχων δίκην) ; c'est ce qu'on pourrait déduire aussi de quelques mots et de quelques phrases de Dion, que nous avons soulignés. Mais, outre que cette explication est loin d'être certaine, outre que le passage d'Ammien montre les débauchés respirant avec ce bruit particulier alors même que, jouant ensemble aux dés, ils n'ont nul besoin de signes d'appel, la question importe peu au fond ; car le *fait* de la destruction du nez n'en existe pas moins, non plus que sa relation connue avec une débauche effrénée. Or, il n'en faut pas davantage pour notre thèse.

Enfin viennent les textes cités par M. Littré, et un qui a été relevé par M. Daremberg. Nous laissons ceux qui ont trait à des lésions locales, il est vrai, mais assez profondes, assez étendues pour laisser soupçonner autre chose que des accidents primitifs. Le lecteur les trouvera en détail dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1846, p. 928). Mais nous citerons littéralement le passage de Gérard ou Géraud (XIIIe siècle) : « Virga patitur a coitu cum » mulieribus immundis de spermate corrupto vel ex humore vene» noso in collo matricis recepto ; nam virga inficitur *et aliquando* » *totum corpus*. » Comme le dit M. Littré, *la phrase est courte, mais elle n'en est pas moins décisive*. Si l'on réfléchit que les trouvailles de ce genre viennent du hasard, que les bibliothèques sont pleines de manuscrits obscurs non dépouillés ou examinés seulement à d'autres points de vue, on affirmera un peu moins résolument peut-être que la syphilis était inconnue avant le XVe siècle.

A. DECHAMBRE.

*Le Rédacteur en chef:* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 20 SEPTEMBRE 1861. — N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Fin de la discussion sur la morve. — II. **Histoire et critique.** Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie. — III. **Travaux originaux.** Anatomie pathologique : Recherches sur le développement de la matière tuberculeuse. — IV. **Correspondance.** Fractures chez les enfants. — V. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — VI. **Revue des journaux.** Sur un moyen de conservation des pièces anatomiques. — Ligature du tronc brachio-céphalique. — De l'origine épididymaire des tumeurs encéphaloïdes ou kystiques du testicule. — Observation de rupture du cœur, suite probable d'oblitération de l'artère coronaire. — VII. **Bibliographie.** Course of Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system. — Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux central. — Lectures on the diagnosis and treatment of the principal forms of paralysis of the lower extremities. — Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs. — VIII. **Variétés.** — IX. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres.

I

Paris, le 19 septembre 1861.

*Académie de Médecine :* FIN DE LA DISCUSSION SUR LA MORVE.

Enfin, à la grande satisfaction de plusieurs en Israël, M. le président de l'Académie a prononcé, mardi dernier, la clôture de la discussion sur la morve. Il était temps de voir finir des débats qui menaçaient de prendre la tournure d'une querelle homérique, et qui n'avaient plus pour aliment et pour mobile que l'inflexible opiniâtreté de ce que M. Bouley a nommé, par un heureux euphémisme, l'*inexpérience* de M. J. Guérin. Ce mot d'inexpérience a obtenu un véritable succès ; il a provoqué dans la salle une de ces hilarités malicieuses qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'intelligence et la perspicacité de l'auditoire.

M. Bouley, que d'autres soins tenaient éloigné depuis quinze jours du théâtre de la lutte, y est donc revenu plus brillant, plus habile et plus redoutable que jamais. Son dernier discours est un bulletin de victoire, et l'orateur, après cette belle journée, a pu dire comme César : *Veni, vidi, vici*.

Cette longue, cette trop longue discussion a eu le résultat de la plupart des autres disputes académiques : elle a pu être d'un intérêt réel, d'une incontestable utilité pour les esprits non prévenus du dedans et du dehors ; mais à coup sûr elle n'a aucunement ébranlé les croyances ni modifié les opinions des deux parties. C'est donc pour la galerie, cette fois encore, qu'on a si bien et si longuement plaidé. La galerie ne s'en plaint point.

Mais, envisagée dans son ensemble, la discussion sur la morve a présenté deux particularités qu'on chercherait peut-être vainement dans les précédentes discussions. Et d'abord n'est-il pas surprenant que, dans une assemblée composée en majeure partie de médecins, un seul se soit trouvé qui ait cru devoir s'élever, au nom des principes généraux de la médecine, contre les doctrines prétendues erronées des vétérinaires ; et que pas une voix ne se soit élevée pour venir en aide à M. J. Guérin dans cette rude et périlleuse campagne (car l'intervention de M. Bouillaud a été trop restreinte pour pouvoir être interprétée dans ce sens) ? N'est-ce pas ensuite une chose remarquable de voir le parfait accord (à peine contrarié par quelques notes dissonantes de M. Leblanc), qui n'a cessé de régner entre les membres de la section vétérinaire ? Cet isolement d'une part, cette unanimité de convictions de l'autre, étaient bien faits pour démontrer dès l'abord ce qu'il y avait de hasardeux et de téméraire à engager une lutte aussi inégale. Mais M. J. Guérin est un de ces hommes qui ne reculent pas devant un escadron (un escadron académique, s'entend), qui se laissent écraser plutôt que de céder, et qui, tout meurtris et tout broyés, ont encore assez de force pour prononcer en deux mots leur oraison funèbre, et se consoler d'un échec en s'écriant avec le chantre de la *Pharsale :*

Victrix causa diis placuit, sed victa Catoni.

Comme il arrive toujours en pareille circonstance, la clôture de la discussion a été le signal de la désertion sur tous les bancs. L'assistance se fût montrée moins impatiente sans doute si elle avait su qu'en fuyant sitôt, elle allait manquer l'occasion d'entendre un savant et consciencieux rapport de M. Gosselin sur un cas de guérison de *spina bifida* par les injections iodées. Nous ne pouvons que nous associer aux regrets exprimés par M. Depaul de ce qu'un aussi bon travail et une aussi intéressante question aient été réservés pour la chute du rideau.

A. LINAS.

---

## II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

**Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie**, publiés par AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

PROPOSITION DE LA STAPHYLORRHAPHIE EN 1779. — DESCRIPTION D'UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE EN 1783, par EUSTACHE (de Béziers). — JUGEMENT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE EN 1784. — CONCLUSIONS HISTORIQUES SUR LA DÉCOUVERTE DE CETTE OPÉRATION (1).

Je publie aujourd'hui un mémoire dont personne ne contestera la rare importance historique. Il suffit de dire qu'il renferme la proposition formelle de la staphylorrhaphie dans les cas de division récente du voile du palais, et dans les cas également où ce repli membraneux est divisé congénitalement. A la proposition est jointe la description détaillée d'un procédé opératoire bien conçu et exposé d'une manière fort claire pour l'époque.

L'auteur de ce mémoire n'est autre qu'Eustache (de Béziers), qui avait osé, dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, imiter Manne et J.-L. Petit, et fendre le voile du palais pour aborder plus aisément la tumeur. Il avait envoyé l'observation à l'Académie. Brasdor avait été nommé rapporteur (2); ce dernier ne se contentant pas des renseignements renfermés dans cette observation, écrivit à Eustache le 27 mars 1783, en le priant de répondre aux questions suivantes :

» Quelle a été l'étendue de l'incision faite au voile du palais? — Dans quel état étaient les lèvres de cette division après l'extraction du polype? — Étaient-elles flottantes et d'un rapprochement facile ou étaient-elles en rétraction, écartées, et de combien? — De combien aussi s'est fait le rapprochement ou plutôt le recollement, est-il parfait ou de combien s'en manque-t-il? — Le malade n'éprouve-il aucune gêne dans la déglutition? — S'il en éprouve, qu'en résulte-t-il, se porte-t-il aussi bien qu'auparavant? — N'est-il point maigri? — La voix n'a-t-elle reçu aucune altération? ne fait-il pas facilement ce qu'on appelle du vin de Nazareth? »

Eustache répondit le 8 avril. Je supprime quelques compliments d'introduction.

« *Première question :* Quelle a été l'étendue de l'incision faite au voile du palais? — *Réponse.* En raison de l'énorme grosseur du polype, il fut convenu de fendre cette cloison charnue dans toute sa longueur, afin de pouvoir saisir plus aisément cette masse polypeuse; en conséquence l'incision fut faite, à la faveur d'une sonde cannelée, sur le milieu de la portion gauche du voile. On observera que c'est aux environs de la partie postérieure de la cavité gauche du nez que les racines de ce gros polype avaient formé leurs principales adhérences.

» *Deuxième question :* Dans quel état étaient les lèvres de cette division? — *Réponse.* Une heure après l'observation, je portai une compresse longuette dans la fosse nasale, et je remarquai l'écartement indiqué dans la première figure. La portion gauche du voile était plus rétractée que la droite : les bords de cette division, quoique écartés, étaient néanmoins flottants, et nous les jugeâmes susceptibles de rapprochement, *ce qui nous détermina, le lendemain matin, à proposer la suture.* Le malade et les parents témoignèrent la plus grande répugnance pour cette seconde opération; en conséquence, le recollement de cette plaie fut abandonné à la nature. En comparant la seconde figure à la première, vous jugerez de combien s'est fait le rapprochement. Voici ce que j'imagine être arrivé pendant que la réunion s'opérait : la cloison ayant été déjetée et forcée en avant par le volume du polype, acquit dans tous les sens beaucoup d'étendue; après l'extirpation, les fibres du voile, par leur élasticité naturelle, revinrent peu à peu sur elles-mêmes, et, à mesure que ce mécanisme s'opérait, les lèvres de la plaie se rapprochèrent et se réunirent dans l'étendue que vous voyez sur la deuxième figure. Dans cette circonstance, la réunion des parties ne

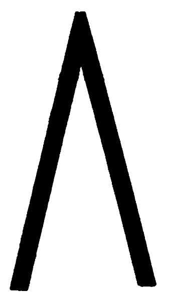


Fig. 1.

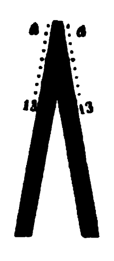


Fig. 2.

se fit pas comme lorsqu'il est possible de tenir les parties divisées dans un contact immédiat, mais bien par une sorte de réparation de substance (1).

» *Troisième question :* Qu'a éprouvé le malade après sa guérison? — *Réponse.* Il avalait assez facilement les aliments solides; cependant il lui arrivait quelquefois d'avoir, pendant la déglutition, des quintes de toux, ce qu'il ne se rappelait pas avoir jamais eu avant sa maladie; il n'avait pas beaucoup d'embonpoint, mais il se portait assez bien pour soutenir les travaux de la campagne; il avalait avec difficulté les liquides qui ressortaient très souvent par la narine gauche; il nasillait en parlant, je craignais, d'après cela, qu'il ne fût resté, dans le nez, quelque portion du polype; cependant nous n'en trouvâmes aucun vestige après sa mort. »

En même temps qu'il répondait à Brasdor, Eustache envoyait un double de son observation à Louis, et lui annonçait que, dans le courant de l'année, il se proposait de traiter *les vices naturels et accidentels du voile du palais.* Il tint sa promesse, et adressa en effet à l'Académie le mémoire que nous allons reproduire en partie, et qui fut, de la part d'un membre nommé Dubois, le sujet d'un rapport lu le 12 avril de l'année 1784.

OBSERVATIONS FAITES SUR PLUSIEURS ENFANTS NÉS SANS VOILE DU PALAIS, SUIVIES D'UN ESSAI SUR UN MOYEN DE RÉUNIR LES DIVISIONS RÉCENTES DE CET ORGANE, par EUSTACHE (de Béziers).

« *Première observation faite sur un de mes enfants né absolument sans voile du palais.* — Personne n'ignore que le voile du palais est spécialement destiné à modérer et diriger la chute des aliments et de la boisson, et à les empêcher de remonter par le conduit nasal; qu'il sert encore à diviser l'air expiré; que la déglutition en dépend, ainsi que l'agrément de la voix et l'articulation sonore des paroles. Mais si cette cloison charnue est si essentielle à l'homme déjà formé, elle ne l'est pas moins aux enfants nouveau-nés pour pouvoir traire du sein de la mère ce suc vital si admirablement élaboré dans ses veines par la nature. L'exemple d'un de mes enfants, observé avec toute l'exactitude que peut inspirer la tendresse paternelle, en sera une preuve évidente.

OBS. I. — En 1778, mon épouse accoucha heureusement d'un garçon qui, d'abord, parut bien conformé. On lui donna, quelque temps après sa naissance, un peu d'eau sucrée; à peine eut-il goûté cette liqueur, qu'il éprouva tout à coup une convulsion presque générale; je l'attribuai à quelques gouttes de ce liquide tombées dans l'ouverture du larynx. Revenu de ce funeste accident, on lui présenta une mamelle; il la saisit avec avidité, la quitta, la ressaisit avec inquiétude; il en reprit d'autres, mais toujours avec la même agitation et sans succès. J'étais trop inté-

(1) Cet article est extrait du deuxième fascicule des *Documents inédits* dont je poursuis la publication. Ce fascicule paraîtra prochainement dans son entier à la librairie de MM. Victor Masson et fils.

(2) Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1860.

(1) Il est inutile de dire que la réunion s'est effectuée par le mécanisme qui préside à la cicatrisation des plaies angulaires, et non par production de substance nouvelle. Eustache commet donc ici une légère erreur.

ressé à la conservation de ce tendre enfant pour ne pas m'occuper sérieusement à trouver la cause d'un tel effet. J'examinai la bouche, et, au premier coup d'œil, je ne la crus pas désorganisée; mais les accidents subsistant toujours, je revins à un second examen, et j'aperçus enfin, à l'entrée du gosier, une ouverture extraordinaire qui me fit juger que mon fils était né sans voile du palais.

Cependant deux jours s'étaient écoulés déjà, et *erat periculum in mora*. Je me décidai donc à lui faire administrer une petite cuillerée de lait de chèvre; il en avala quelques gouttes, mais la plus grande partie ressortit par le nez. Je répétai cette méthode sans beaucoup de fruit. Dès le quatrième jour de toutes ces perplexités, j'imaginai de faire un long et gros pinceau avec du linge; je le trempai dans du lait, et je lui présentai; il le saisit, le suça, et ce petit artifice ayant toujours réussi, il fut continué pendant sept jours consécutifs. Enhardi par ce succès, je fis un second pinceau dans la forme d'un mamelon; ce mamelon factice l'accoutuma peu à peu au mamelon naturel, et, dix jours après, il commença à teter; mais toujours avec peine et beaucoup de lenteur, ce qui le réduisit à un état de maigreur attendrissant.

Dans l'espace de cinq mois, il eut dix nourrices, et toutes m'ont avoué que ce malheureux enfant, quoique collé à leur sein pendant des heures entières, n'avalait pas dans un jour un petit demi-verre de lait. De là par conséquent la suppression presque entière des urines et des autres excréments. Enfin, il se présenta une autre nourrice qui, animée par l'intérêt, ce grand et puissant mobile, se chargea de cet enfant malgré les embarras et les soucis qu'il donnait; elle en a eu soin pendant l'espace de quatorze mois; mais fatiguée bientôt, et voyant dépérir son enfant à vue d'œil, elle imagina, pour abréger ses soins, et pour ne pas perdre son salaire, de le nourrir avec de la bouillie faite avec partie égale d'eau et de lait avec un peu de sucre; elle suivit cette marche secrètement pendant treize mois, comme elle l'a ensuite avoué. Cela ne l'empêchait cependant pas, pour masquer sa conduite, de l'appliquer à son sein; mais c'était toujours avec des convulsions et des quintes de toux très violentes.

Il vécut pourtant et fut sevré à l'âge de dix-neuf mois Ici se présente une scène consolante; mon enfant prit bientôt de l'embonpoint; ses chairs se raffermirent, ses yeux s'animèrent, et les fluides refluant plus rarement par le nez, il se trouva, en moins de trois semaines, dans un état de santé que je n'avais pas osé espérer.

Vous comprenez bien que je voulus découvrir la cause d'un si heureux changement; je la trouvai dans le développement commencé du voile du palais; ce développement se perfectionnant tous les jours, les choses prirent leur cours naturel, et mon fils fut en grande partie délivré des accidents fâcheux qui m'avaient tant alarmé. Depuis cette époque, la déglutition du solide a toujours été facile; il faut pourtant avouer qu'il n'en a pas été de même de celle des fluides, surtout de celle de l'eau, qui a toujours été laborieuse (1). Le seul vin rouge et le muscat passaient moins difficilement, leur qualité spiritueuse mettant sans doute en jeu les organes de la déglutition. Il faut encore remarquer que, pour peu que mon fils fût distrait en mangeant ou en buvant, et que le plus petit obstacle touchât l'orifice de la trachée-artère, dans l'instant une toux violente le saisissait, et tous les ressorts musculaires en étaient ébranlés. Enfin il faut observer que ce tendre enfant, ayant sans doute éprouvé que la chute rapide des liquides lui était nuisible, les retenait dans la bouche, et les avalait insensiblement goutte à goutte, par un instinct naturel plus sûr que tous les raisonnements. Lorsqu'il avalait, il avait aussi la précaution d'incliner la tête en avant, comme cette fille portugaise dont l'histoire est rapportée par M. de Jussieu. (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1718.)

» De tous ces faits scrupuleusement observés, il paraît évident : 1° que le voile du palais est absolument nécessaire, surtout aux enfants nouveau-nés, et que, dans tous les âges, il sert à la déglutition, principalement des liquides ; 2° qu'il est encore d'un merveilleux usage pour l'articulation sonore et pour l'agrément de la voix, comme je l'ai dit ci-dessus, et comme le fait suivant achèvera de le démontrer ;

Mon fils, dont je viens de peindre la triste situation, est resté comme muet jusqu'à l'âge de quatre ans, ou, s'il parlait, c'était toujours d'une manière inintelligible. A cette époque, il commença à prononcer plus distinctement, mais toujours d'une voix embarrassée et sans souplesse. Pour rompre cette inflexibilité, j'imaginai de le faire babiller sans cesse, afin que la fréquence des vibrations des fibrilles de la glotte les rendit souples et agiles, et leur ôtât la dureté et la roideur qui m'affligeaient dans la voix de mon fils. Cet expédient me réussit au mieux; par le moyen de ce caquet continuel, que j'avais soin d'animer, son organe prit de la souplesse et se plia aux inflexions les plus variées; l'air qui, par le mouvement continuel d'inspiration et d'expiration, sort des poumons ou y entre par l'ouverture de la glotte, fit insensiblement vibrer les fibres nasales par le mouvement accéléré d'un babil non interrompu. »

(1) Barbet rapporte avoir vu un malade qui avalait aisément les solides, mais qui avait beaucoup de difficultés pour les liquides; il trouva après la mort l'épiglotte endurcie et presque ossifiée. Les solides, par leur poids, déprimaient cette épiglotte endurcie, et les liquides, qui étaient beaucoup moins pesants, n'étaient avalés qu'avec peine. Mon fils n'était pas dans ce cas-là : il y avait une cause réelle et connue.

Eustache entre ici dans des développements physiologiques sur la voix et sur la nécessité de la bonne conformation du voile du palais.

Puis, sous le titre d'*Observations subséquentes qui viennent à l'appui de la première*, il raconte avoir vu cinq autres enfants en bas-âge qui étaient nés avec le même vice de conformation que son fils; ils présentaient tous les mêmes phénomènes, c'est-à-dire l'impossibilité de teter, les accidents de suffocation, le dépérissement, etc. On essaya les moyens qui avaient réussi dans la première observation, mais ils eurent peu de succès. La vie parut cependant prolongée, car, de ces petits malheureux, trois atteignirent un certain âge (trois, cinq, neuf mois), les autres succombèrent de bonne heure (vingt-cinq, quarante jours).

Eustache continue :

» De toutes ces observations je conclus que, dès qu'un enfant a le malheur de naître sans voile du palais, il est essentiel de le nourrir seulement avec de la bouillie, mais surtout sans jamais l'appliquer au sein de sa mère. La difficulté qu'il éprouve à teter, les accidents qui surviennent, les convulsions qui en sont la suite, les inquiétudes qui le tourmentent, tout cela ne peut que l'échauffer, l'agiter, le maigrir, et le conduire enfin à la mort. Si j'avais suivi toujours cette méthode, peut-être qu'aucune des tendres victimes dont je viens de parler n'aurait péri. Je laisse cette réflexion à votre jugement. »

Ici se terminent les observations et les réflexions d'Eustache sur le vice de conformation congénital qu'il désigne sous le nom d'*absence du voile du palais*, terme impropre à la vérité, puisqu'il semble plutôt s'agir de divisions très étendues avec atrophie et écartement tel des deux moitiés, qu'à première vue, la cloison staphyline paraissait manquer en totalité. Cette erreur s'explique d'autant mieux qu'à la naissance les dimensions de l'organe sont petites et les deux moitiés peu apparentes.

Avant de reproduire la seconde partie du mémoire où l'on verra la staphylorrhaphie indiquée et décrite d'une manière si remarquable, je désire m'arrêter quelques instants sur les faits qui précèdent, et faire ressortir toute leur importance, abstraction faite de la question de médecine opératoire.

La malformation originelle qui nous occupe était déjà connue avant la fin du siècle dernier, ne fût-ce que par les chirurgiens qui avaient observé des becs-de-lièvre compliqués. Mais nous croyons qu'avant Eustache personne ne l'avait étudiée en tant que lésion simple, bornée à la partie postérieure de la voûte buccale, personne surtout n'en avait décrit aussi exactement les conséquences et le pronostic. Notre auteur, au contraire, après avoir insisté sur les usages essentiels du rôle du palais, énumère très fidèlement les accidents qui résultent de sa conformation vicieuse, c'est-à-dire l'impossibilité, les dangers même de l'allaitement naturel, l'imperfection du langage par défaut de prononciation, etc., puis il indique le moyen propre à entretenir la vie précaire des malheureux enfants affectés de cette manière, et démontre l'efficacité de ses conseils par l'exemple de son propre fils qui seul, parmi les enfants cités, dépasse la première année de la vie, grâce peut-être aux soins minutieux qui furent pris pour assurer l'alimentation.

La série des faits produits par Eustache, met en évidence l'extrême gravité de la division congénitale du voile du palais, gravité que cette difformité partage avec le bec-de-lièvre compliqué, et sur laquelle les auteurs modernes eux-mêmes n'insistent peut-être pas assez. Sur un nombre donné d'enfants nés avec des divisions étendues de la voûte buccale, combien survivent, combien meurent? c'est ce que les documents statistiques exacts ne permettent pas de préciser; toujours est-il qu'un très grand nombre

succombent de bonne heure. C'est une remarque faite par Dieffenbach et d'autres, et qui a été plusieurs fois confirmée par les discussions de la Société de chirurgie. Encore est-il évident que le pronostic, toutes choses égales d'ailleurs, est plus sérieux pour les divisions du voile du palais que pour le bec-de-lièvre, puisqu'on peut remédier à ce dernier de très bonne heure, tandis que l'opération de la staphylorrhaphie est à peu près unanimement rejetée à l'époque de l'adolescence, et non sans de bonnes raisons.

On remarquera encore, dans l'observation du fils d'Eustache, l'espèce de gymnastique vocale instituée avec succès par son père ; puis cet accroissement secondaire du voile du palais, sorte d'autoplastie naturelle, en vertu de laquelle la cloison membraneuse semblait, vers le vingtième mois, s'être beaucoup développée en arrière.

Au point de vue nosographique, cette première partie présente donc le plus incontestable intérêt ; elle serait, de plus, consultée avec fruit par les chirurgiens qui voudraient écrire un paragraphe utile *sur les précautions à prendre pour assurer l'existence des enfants affligés de division congénitale du voile du palais.*

Je passe à la seconde partie du mémoire où se trouvent exposés les motifs qui firent concevoir à Eustache la possibilité de la staphylorrhaphie primitive.

Il s'agit, comme on l'a vu, de l'observation de Fabre, communiqué à l'Académie de chirurgie en 1779.

C'est pourquoi l'auteur continue en ces termes :

« Pour venir à l'objet essentiel de ce mémoire, je dirai qu'il n'est pas possible de procéder à l'extraction des gros polypes de la gorge, sans avoir préalablement divisé le voile du palais. Dans l'opération de Joseph Fabre, j'incisai donc cette cloison charnue dans toute sa longueur. L'écartement des lèvres de la plaie, les bords flottants de cette division, l'impossibilité qu'elle pût se réunir dans toute son étendue, d'ailleurs les accidents qu'éprouvent ceux qui ont cet organe divisé, tout cela me rappela, dans cette occasion, le *grand principe de l'art : réunir ce qui est divisé.* Je proposai les points de suture comme le moyen le plus propre à parvenir à une parfaite guérison. M. Bourguet, mon confrère, fut du même avis; mais malheureusement on s'opposa à cette opération, qui certainement aurait été très utile. Je n'ai pas perdu de vue cette expérience, et à la première occasion qui se présentera je la mettrai en pratique ; surtout si vous l'approuvez, messieurs, encouragé par l'impulsion victorieuse de cette approbation, je franchirai dans tous les temps, avec le plus grand zèle, l'intervalle qui sépare les travaux des succès.

» Voici la marche que je me propose de suivre, et que je soumets à votre jugement. Avant toutes choses, je ferai situer solidement le malade, je me rendrai maître des mouvements de la mâchoire inférieure et de ceux de la langue par le moyen du *speculum oris* de M. Levret. Un aide placé derrière tiendra la tête ferme et stable ; la bouche étant invariablement ouverte, je saisirai avec des pinces appropriées une portion du voile, avec l'attention la plus exacte de ne pas la meurtrir ; je prendrai promptement une aiguille emmanchée, montée d'un fil plat et ciré, et après avoir pris les dimensions les plus justes, je ferai, suivant l'étendue de la division, plusieurs points de suture ; j'en ferai de même sur l'autre portion du voile, et je ramènerai doucement et sans efforts les deux portions jusqu'à ce que les deux lèvres se touchent. Si l'opération réussit, comme j'en suis convaincu, je ferai observer la diète la plus sévère ; si la saignée était indiquée, je la mettrai en pratique, ordonnant surtout le plus grand repos dans la partie suturée, afin de parvenir plus promptement à une parfaite réunion. Voilà, messieurs, l'expérience que je me propose de faire à la première occasion ; je ne cherche qu'à être utile, et je ne me préviens pour aucune de mes idées.

» Malgré la probabilité apparente de l'opération que je propose, je ne décide rien, et je soumets le tout à vos lumières ; je n'ignore pas les difficultés qui pourront survenir : une toux subite, quelques soulèvements d'estomac, la profondeur et l'étroitesse du lieu, la mobilité du voile en occasionneront peut-être qui paraissent insurmontables; mais j'ai une ferme confiance que je les vaincrai, ma confiance est fondée sur les différentes opérations pratiquées avec succès sur les parties situées au fond de la bouche.

» Si le voile du palais se trouvait naturellement divisé par une simple fente, l'opération que je viens de proposer pourrait encore être une ressource ; il conviendrait, dans cette circonstance, d'attendre que le sujet ait atteint l'âge de raison, et dans ce cas, bien examiné et bien vu, il faudrait, comme dans le bec-de-lièvre naturel, pratiquer la résection des lèvres de la division avec l'instrument tranchant, faire les points de suture nécessaires, et attendre de cette plaie saignante la réunion et la consolidation des parties ; mais on ne devra jamais entreprendre cette opération, si le voile refusait de se prêter à l'action des points de suture, et que l'on craignît un trop grand tiraillement. »

Tel est le mémoire d'Eustache. La partie opératoire ne le cède point en lucidité et en précision à celle qui traite des symptômes et des accidents de la division congénitale ou accidentelle du voile du palais; on reconnaît dans cet exposé tous les caractères d'une idée bien mûrie et logiquement déduite d'une observation attentive.

Eustache voit une série d'enfants atteints en naissant d'un vice de conformation assez grave pour compromettre la vie en empêchant l'accomplissement des fonctions nutritives les plus importantes. Plus tard il est conduit à créer volontairement une difformité semblable pour atteindre un polype du pharynx. Afin de remédier à la lésion qu'il vient de produire, il propose une opération réparatrice complémentaire, c'est-à-dire la staphylorrhaphie immédiate, convaincu qu'il est de la possibilité du succès. Enfin il est logique jusqu'au bout, et après avoir conseillé la suture du voile du palais dans le cas de plaie récente, il propose d'appliquer la même ressource à la division congénitale, comme s'il s'agissait d'un bec-de-lièvre.

La conception est donc aussi complète que possible; au reste, notre chirurgien avait longuement médité sur le sujet, comme l'attestent les préceptes qu'il donne relativement aux précautions à prendre, aux accidents à redouter, à l'âge où il faut opérer, etc.

Eustache avait la prévision du succès; *il n'attendait, dit-il,* qu'une occasion favorable ; mais pour se décider il comptait aussi sur l'approbation et l'encouragement de l'Académie. J'ignore si l'occasion s'est présentée plus tard ; mais ce que je sais, c'est que l'illustre tribunal refusa son assentiment.

Par l'effet d'un hasard heureux, j'ai retrouvé dans un dossier voisin une pièce portant le n° 139 et la suscription *fistules salivaires;* ce titre, surajouté par une main étrangère dans un moment de distraction, a failli me laisser échapper un document de la plus haute importance : il s'agit d'un rapport daté du 12 août 1784, et signé *Dubois*. Je reproduis cette pièce dans son entier, car elle est instructive à plusieurs titres.

*Rapport de Dubois.*

« Chargé par l'Académie de lui rendre compte des observations de M. Eustache sur plusieurs enfants nés sans voile du palais, suivies d'un moyen de réunir les divisions récentes de cet organe, je vais les lui rappeler sommairement :

» Le fils de M. Eustache fait le sujet de la première. Cet enfant ne pouvant ni teter ni avaler aucun fluide, il examina sa bouche, et reconnut qu'il était né sans voile du palais. Après plusieurs tentatives inutiles, il fit un long et gros pinceau de linge, le trempa dans du lait, et le lui présenta : ce moyen réussit. M. Eustache en substitua peu à peu un second, qui avait la forme d'un mamelon, et qui eut le même succès. Alors on présenta à l'enfant le teton, auquel il s'habitua peu à peu ; mais le peu de nourriture qu'il prenait le fit tomber dans le marasme. Alors on lui donna une autre nourrice, qui lui fit avaler secrètement de la bouillie ; il reprit de l'embonpoint ; le voile du palais commença à se développer, et l'enfant fut, en grande partie, délivré de tout accident fâcheux ; par la suite les solides passaient facilement, mais les fluides avec peine ; la parole fut tardive, la prononciation difficile et gênée, etc. L'enfant mourut à cinq ans de la petite vérole.

» Les cinq observations suivantes présentent des enfants qui,

nés de même sans voile du palais, sont morts dans le marasme à des termes peu éloignés de leur naissance, malgré tous les soins qu'on pût leur donner.

» M. Eustache conclut que, dans ces cas, il faut nourrir les enfants seulement avec de la bouillie ; mais, comme il convient que deux de ceux qu'il a vus n'ont pu supporter cette nourriture, que d'ailleurs, malgré ce moyen, ils sont tous morts, il me semble qu'il vaudrait mieux essayer d'introduire du lait dans l'œsophage à l'aide d'une canule ou de tout autre instrument quelconque jusqu'à ce que l'enfant soit en état de se nourrir d'aliments plus solides, ou qu'il ait appris à suppléer à l'organe qui lui manque par des mouvements combinés, par la situation de la tête, enfin par tout ce que la nature lui dictera mieux que l'art ne pourrait le prescrire (1).

» A la suite de ces observations, M. Eustache propose de faire une suture au voile du palais lorsqu'il a été divisé accidentellement, ou une opération semblable à celle du bec-de-lièvre dans le cas où il est naturellement séparé en deux parties.

» Ces deux opérations, et surtout la seconde, ne nous paraissent pas praticables, eu égard au défaut de point d'appui, à la mobilité des parties, à leur rétraction, aux accidents mêmes de l'opération, et à la difficulté, nous dirions presque à l'impossibilité de l'exécuter.

» Nous pensons donc que l'Académie doit suspendre son jugement à cet égard, jusqu'à ce que l'expérience lui prouve la possibilité du procédé de M. Eustache.

» DUBOIS.

» 12 août 1784. »

C'est ainsi que fut jugée et condamnée la belle conception d'Eustache. Je n'ai pas trouvé trace d'une objection quelconque faite à cet arrêt, qu'un fait antérieur avait déjà démenti (le fait de Lemonnier), comme je le dirai plus loin, et qui devait être amplement réformé au commencement de notre siècle.

Eustache demandait une approbation pour agir. Dubois demandait en retour des faits pour approuver. Il y avait là un cercle vicieux qui explique l'ajournement prolongé de la staphylorrhaphie. Aucun des chirurgiens membres de l'Académie ne fut frappé, à ce qu'il semble, des idées d'Eustache, car aucun des livres écrits à cette époque n'en fait la moindre mention. L'enterrement fut complet. A cette époque, un inventeur débouté par un corps savant n'avait guère la ressource d'en appeler à la presse, ou du moins on usait peu de ce procédé de contrôle ; c'est pourquoi le nom d'Eustache est resté obscur, au lieu d'être attaché, comme il le sera désormais, je l'espère, et justement, à l'histoire d'une des opérations anaplastiques les plus importantes.

Certes la révolte des novateurs contre les jugements officiels n'est pas toujours fort légitime ; mais il faut bien reconnaître que parfois les grands maîtres dorment, comme le bon Homère, et proscrivent à la légère des découvertes utiles. De là, pour leur réputation, un grand dommage : aussi, dans leur intérêt même, devraient-ils peser bien attentivement leurs décisions, afin de ne point retarder le progrès, et de ménager leur responsabilité vis-à-vis de l'avenir.

Aujourd'hui que la staphylorrhaphie a pris domicile dans la chirurgie, nous voyons combien étaient peu fondées les fins de non-recevoir énoncées par le rapporteur, et nous savons que l'insuccès tient à bien d'autres causes. Il n'y a pas lieu d'insister.

Toutefois la découverte du mémoire d'Eustache rend nécessaire, ce me semble, la révision de l'historique de la staphylorrhaphie. Cette révision sera l'objet d'un second article destiné à relever en plus certaines erreurs accréditées.

AR. VERNEUIL.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) L'idée de nourrir les enfants qui ne peuvent boire ni teter en portant directement le lait dans l'œsophage n'est pas sans valeur, et ce passage du rapport doit être remarqué. Le moyen serait délicat dans son emploi, mais non impraticable. A. V.

III

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Anatomie pathologique.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MATIÈRE TUBERCULEUSE, par le docteur LAVERAN, professeur au Val-de-Grâce.

Les études micrographiques ont suivi, en France et en Allemagne, deux voies différentes. Moins prompts à nous servir de ce merveilleux moyen d'analyse, nous l'avons appliqué avec une sorte de défiance qui nous a retenus dans le cercle des déterminations précises ; en Allemagne, les succès mêmes de la micrographie semblent devoir entraîner les esprits dans l'erreur, d'attribuer aux explications théoriques, fondées sur une science en progrès, la valeur de faits qui ne doivent leur importance qu'à la méthode qui les a produits.

Pour nos voisins, la cellule est devenue le point de départ de tout processus organique, le centre d'une irritabilité locale et d'une circulation plus merveilleuse que celle des vaisseaux absorbants et exhalants de Bichat, et enfin un être dans l'être, puisque la cellule partage avec l'œuf et la graine le privilége de naître toujours d'une cellule préexistante.

*Omnis cellula a cellula* est désormais la formule d'une nouvelle croyance médicale qui exclut toute interprétation empruntée à la doctrine de l'exhalation et de l'hypérémie.

Comme tout ce qui émane de son auteur, la doctrine cellulaire est aussi remarquable par les vues ingénieuses de l'esprit que par la rectitude de l'observation. Elle fournit des faits nombreux et importants, donne une connaissance plus complète du travail inflammatoire, et des relations des formations pathologiques avec la nutrition normale ; mais elle nous semble obéir à un parti pris en supprimant de la physiologie l'hypérémie et l'hypercrinie. Comment expliquer en effet les formations fibrineuses à la surface des membranes muqueuses et séreuses, sans une interprétation physiologique aussi fondée que celle qui invoque des conditions d'irritation dans les cellules elles-mêmes ? Comment n'en pas tenir compte dans la tuberculisation, ou plutôt comment laisser passer sans examen une doctrine aussi importante, ou l'adopter sans la soumettre à une critique suffisante ?

J'ai pensé en conséquence qu'il ne serait pas sans intérêt d'examiner, en présence de la doctrine cellulaire, une des questions anatomo-pathologiques les plus dignes d'intérêt, je veux parler du tubercule.

*Opinions des auteurs sur le développement du tubercule.*

Les opinions sur le mode de développement des tubercules peuvent être rapportées à deux points de vues différents. Pour les uns, le tubercule est le produit d'une exsudation morbide ; pour les autres, la conséquence d'une dégénérescence atrophique des éléments normaux de nos tissus.

La première opinion est en général celle des médecins français, des médecins allemands de l'école de Vienne, et de quelques médecins anglais, Bennett (1), Ancell.

MM. Andral, Lebert, Mandl considèrent le tubercule comme un produit de sécrétion.

« Après son excrétion, le tubercule prend d'abord une forme compacte, dit M. Lebert (2). »

« On peut affirmer, dit M. Mandl (3), que la matière tuberculeuse était primitivement liquide ; la coagulation doit s'opérer immédiatement après l'exsudation. »

D'après Gerber (4), le tubercule fibrineux provient d'une matière plastique exsudée qui n'a pas été résorbée ni transformée en pus.

(1) *Northern Journal of Medicine*, Édimbourg, 1846.
(2) *Physiologie pathologique*, p. 373.
(3) *Archives générales de médecine*, 1854, t. I, p. 414.
(4) *Handbuch der allgem. Anatomie*, Berne, 1840, p. 189.

A l'égard de l'origine du tubercule, dit Vogel (1), on ne peut douter que la substance qui le produit soit fournie à l'état liquide par les vaisseaux capillaires.

Albers (2), Czermack (3) sont de la même opinion.

Rokitansky (4) considère le tubercule comme produit par l'exsudation de principes protéiques.

Koestlin (5) admet également que le tubercule a pour origine une exsudation de nature particulière.

*Métamorphose.*

L'opinion qui attribue le développement du tubercule à la métamorphose atrophique des éléments de nos tissus, a été introduite dans la science par Henle en Allemagne. Addison en Angleterre.

Henle (6) applique au tubercule l'opinion émise par Muller sur le cancer, à savoir : que les formations se composent de cellules primaires plus ou moins altérées.

Addison (7) attribue la production du tubercule à la métamorphose des globules blancs du sang. Lorsque les éléments normaux ne subissent leur métamorphose que d'une manière incomplète, les produits normaux sont remplacés par ceux d'une nature rétrograde.

M. Kuss (de Strasbourg) a fait connaître en France les idées de l'école allemande. Voici dans quels termes il exprime son opinion personnelle (8) :

« Dans le début, le globule épithélial conserve ses principales » propriétés optiques ; il reste transparent ; de là les formes initiales de granulation grise, de tubercule gélatineux infiltré. Plus » tard, l'accumulation lente comprime, use, fait disparaître le » squelette du poumon, c'est-à-dire la membrane vasculaire des » alvéoles, puis le globule épithélial, après un certain laps de » temps, meurt, se momifie, se ratatine, change de propriétés » optiques, devient plus opaque. C'est cette forme qu'on a prise » pour les corpuscules du tubercule. Quant au tubercule des autres » organes, il est aussi le résultat de la momification des tissus normaux sous forme de globules élémentaires. On peut donc définir » la tuberculisation, la mort et la momification d'un tissu normal, » ou accidentellement caractérisé par de petits globules semblables » à ceux du parenchyme pulmonaire de l'espèce que Henle appelle » *corpuscules élémentaires*. »

Pour Heinhardt (9), le tubercule est le produit de la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales.

Schroeder (10) Van der Kolk considère le tubercule jaune comme le résultat du gonflement des cellules épithéliales par de la matière plastique. Enfin, Virchow attache à cette opinion l'autorité de son nom dans différentes publications, et enfin dans son *Anatomie cellulaire*, page 399.

« Pour moi, dit Virchow, le tubercule est un grain, un nodule, » et ce nodule représente une néoplasie qui, au moment de son » premier développement, possédait nécessairement la structure » cellulaire, et provenait, comme les autres néoplasies, du tissu » conjonctif. Quand cette néoplasie est arrivée à un certain stade » de son développement, elle montre, au milieu du tissu normal » qu'elle occupe, une petite nodosité saillante composée de petites » cellules à un ou plusieurs noyaux. Ce qui caractérise surtout la » néoplasie, est sa richesse en noyaux, et quand on la considère » dans la surface du tissu, on ne voit presque que des noyaux. Si » l'on isole ces produits, on trouve soit de petits éléments avec un » noyau dont la petitesse est si grande que la membrane s'applique » directement sur le noyau, soit des cellules plus volumineuses, » dans lesquelles les noyaux se sont divisés et peuvent se trouver » au nombre de 12, 24, 30 même, dans une seule cellule ; les » noyaux sont petits, homogènes et d'un aspect un peu luisant.

» Cette production, qui, d'après son développement, se rapproche beaucoup du pus, dont elle possède les petits noyaux et » les petites cellules, cette production se distingue des formes » d'une organisation supérieure du cancer, du cancroïde, du sarcome, parce que les éléments de ces dernières néoplasies sont » gros, volumineux, colossaux même, et possèdent des noyaux et » des nucléoles fort développées. Le tubercule est toujours une » production pauvre, une néoplasie misérable dès son début. » (Page 400.)

La divergence des opinions sur la question de physiologie pathologique relative au développement du tubercule s'est également produite sur la question de nature et d'aspect du tubercule.

*Produit organisé.*

Pour les uns, le tubercule est organisé, contient des cellules à noyau.

Gerber (1) distingue des tubercules albumineux non organisés et des tubercules fibrineux constitués par des tubercules contenant des cellules à noyau pouvant s'organiser en fibres.

Gellerstedt (2) considère le tubercule comme vivant de la même vie que les tissus privés de capillaires ; les ongles et les poils.

Pour Rokitanski (3), le tubercule forme la transition des productions non organisées aux productions organisées. (Page 391.)

Schrœder Van der Kolk (4) croit que le tubercule gris peut se transformer en fibres cellulaires.

*Produit non organisé.*

Le plus grand nombre de micrographes considèrent le tubercule comme un produit d'excrétion ne présentant aucun des attributs de l'organisation.

Pour Vogel, le tubercule est un produit amorphe se développant par juxtaposition. (Page 258.)

Pour Gluge, le tubercule est privé d'organisation.

Pour Kœstlin (5), le tubercule ne s'élève pas au delà du degré inférieur d'organisation d'une substance amorphe contenant des éléments nucléaires. C'est également l'opinion de John Simon (6), celle de Henle, de Küss, de Virchow, qui regardent le tubercule comme le produit de la décomposition des cellules normales, et surtout de M. Mandl, qui résume de la manière suivante son opinion sur ce point d'anatomie pathologique :

« La substance tuberculeuse ne se compose pas d'éléments qui » puissent s'accroître et se développer.

» La multiplication et l'agrandissement des tubercules ne peuvent par conséquent s'expliquer que par juxtaposition.

» La substance tuberculeuse (page 428) est une substance amorphe non organisée. »

*Aspect de la matière tuberculeuse.*

Pour les uns, le tubercule est caractérisé par un élément histologique spécial ; pour les autres, par une matière amorphe.

A la première opinion se rattachent Kuhn (7), Gluge (8), surtout M. Lebert, qui attribue au tubercule :

1° Des granules élémentaires ;

2° Un blastème amorphe solide ;

3° Des cellules caractéristiques.

Dans le tubercule cru, le globule tuberculeux offre des contours irréguliers, se rapprochant tantôt de la forme sphérique, tantôt de la forme ovale ; il est ordinairement irrégulier, anguleux, polyédrique, à angles et à arêtes arrondies d'un diamètre de 0,005 à

(1) *Anatomie pathologique*, traduction de Jourdan, p. 252.
(2) *Canstatt's Jahresbericht für Medicin*, 1842, t. I, p. 351.
(3) *Verhandlungen der Wiener Aerzte*, 1848, t. II.
(4) *Pathologische Anatomie*, t. I, p. 392.
(5) *Archiv für pathologische Heilkunde*, Stuttgard, 1850.
(6) *Handbuch der ration. Pathol.*, Brunswick, 1847, t. II.
(7) *London Medical Gazette*, 1842.
(8) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1855, p. 341.
(9) *Annalen des Charite Krankenhauses*, Berlin, t. I, p. 302.
(10) *Neder Lancet*, juillet 1852.

(1) *Ouvrage cité.*
(2) *Bidrag till. den Tuberc.*, Stockholm, 1844.
(3) *Ouvrage cité.*
(4) *Ouvrage cité.*
(5) *Ouvrage cité.*
(6) *General Pathology*, p. 102.
(7) *Ouvrage cité.*
(8) *Ouvrage cité.*

0,0075, allant rarement jusqu'à 0,01. Les globules ovales sont en moyenne de 0,0075.

Albers, Czermack, Bennett, Paget, Madden (1) admettent la réalité de globules caractéristiques, seulement Bennett donne au globule tuberculeux jusqu'à 0,01 de diamètre. D'après Paget, le tubercule est constitué par des granules graisseux, des noyaux d'aspect différent, et enfin par de véritables cellules qui ne sont que des cellules épithéliales transformées en cellules tuberculeuses.

*Substance amorphe.*

Koestlin (de Stuttgard), Rokitansky, et surtout M. Mandl, admettent que la substance tuberculeuse est constituée par un blastème amorphe contenant ou non des cellules altérées.

« Le tubercule, suivant Virchow, n'a pas d'élément caractéris- » tique proprement dit ; les noyaux atrophiés qui proviennent de la » décomposition des cellules sont les seuls éléments qui se main- » tiennent avec leurs caractères. »

Suivant M. Mandl, « la substance tuberculeuse est une masse » amorphe parsemée de molécules graisseuses, finement granulée, » cohérente dans les premiers temps de son existence, diffluente » plus tard. »

Les fragments de cette substance ne présentent ni formes ni grandeurs déterminées.

Il n'existe point de globules ou corpuscules tuberculeux particuliers. (Page 422.)

En face de points de vues aussi différents et d'appréciations aussi opposées, je vais chercher à exposer les faits et les opinions qu'a fait naître en moi une étude plus persévérante que fructueuse d'une des questions les plus importantes de l'anatomie pathologique.

*Observations et réflexions personnelles.*

Le tubercule, dans son premier degré de développement, est constitué par une substance homogène grise, blanchâtre, élastique, développée tantôt sur quelque point isolé de l'organisme, le plus souvent se produisant, comme les inflammations disséminées (dothiénentérie, variole), sur un grand nombre de points à la fois, sans qu'il arrive pour le tubercule, comme pour le cancer et le pus, que cette dissémination du produit pathologique paraisse consécutive à un travail secondaire de résorption ou à un autre mode de reproduction, l'évolution simultanée de la tuberculisation témoignant plutôt d'une altération du sang ou du fluide nutritif.

Le tubercule ne se développe pas dans tous les tissus ni dans tous les organes.

A la différence du pus et du cancer, le tubercule n'a jamais pour point de départ les cellules épithéliales ; il ne se développe ni dans le tissu musculaire, ni peut-être dans le tissu nerveux, ni dans les points du tissu conjonctif, où les fibres forment des faisceaux serrés comme dans les tendons, les aponévroses, le derme ; cependant ce sont précisément les parties de ce tissu, où les cellules plasmatiques ont leur plus grand développement. En général, on l'observe dans les organes où il existe un lacis vasculaire à parois minces, en rapport avec un travail d'exsudation physiologique, d'endosmose gazeuse ou de facile communication, comme dans les poumons, les vaisseaux lymphatiques, les follicules et les plaques de Payer ; véritables glandes lymphatiques aplaties d'après Brücke, qui a constaté dans leur intérieur les mêmes globules que dans les ganglions, les séreuses, ces glandes retournées, enfin dans le rein et les testicules.

Le tubercule est rare dans le foie, qui, peut-être à cause de la capsule de Glisson, partage avec la plupart des glandes en grappe le privilége d'être rarement atteint de ce genre de lésion, sans qu'on puisse attribuer à autre chose qu'à la prédominance de l'élément fibreux l'absence d'un produit qui se développe si fréquemment dans les glandules des gros intestins et les glandes de Liébezkuln, si voisines par la disposition générale des glandes en grappe à plus grand développement fibreux, comme les glandes salivaires et mammaires.

A ce point de vue, on saisit facilement une certaine relation entre la tuberculisation et l'existence d'un système de vaisseaux abondants disposés, quant à leurs parois, pour une destination soit d'endosmose gazeuse, soit d'excrétion sécrétoire.

Bennett (1), en Angleterre, a été frappé de cette relation ; il considère le tubercule comme un produit d'exhalation dans les parties où les vaisseaux présentent le moins de consistance. D'autre part, Baron en Angleterre, M. Cruveilhier et Becquerel en France, ont insisté sur les rapports d'adhérence et de voisinage qui existent entre le tubercule et le système vasculaire veineux ; rapports saisissables à la vue, aux méninges, puisqu'il est universellement admis aujourd'hui que les granulations tuberculeuses de la pie-mère ont pour siége les veines cérébrales inférieures, antérieures et médianes, et les cérébelleuses, mais qu'on peut constater également à la loupe sur une coupe de la rate et du tissu cortical du rein, et qui deviennent très apparents lorsqu'il existe en même temps des granulations pulmonaires et un œdème du poumon ; on peut alors par le grattage enlever des portions veineuses qui soutiennent des grappes de granulation manifestement adhérentes.

Blainville (2) regardait la graisse comme fournie par le sang noir et comme exhalé à travers les parois des veines. Il avait été conduit à cette opinion par l'observation attentive de la manière dont la graisseuse est repartie dans l'épiploon. Il est difficile de ne pas se rappeler l'opinion de l'ingénieux physiologiste en étudiant les rapports avec les veines des tubercules qui contiennent tant de substances grasses.

D'ailleurs, l'imperméabilité des tubercules aux injections fines, essayées vainement par MM. Natalis Guillot et William Starck ; la fréquence des hémorrhagies et des hydropisies déterminées par cette lésion, confirment l'existence de certaines relations entre le tubercule et le système vasculaire. Voyons ce que montre le microscope.

Les micrographes ont émis des opinions différentes sur l'élément anatomique qui sert de support à la matière tuberculeuse. D'après M. Lebert (*Anatomie pathologique*, in-4), le tubercule se développe tantôt dans le tissu intervésiculaire, tantôt dans les vésicules elles-mêmes.

D'après Schroeder Van der Kolk, le tubercule gris aurait pour siége le tissu interstitiel du poumon, et le jaune l'intérieur même des vésicules.

MM. Kuss et Reinhardt en placent le siége dans l'intérieur même des cellules.

Virchow admet que le tubercule se développe également dans les tissus pathologiques et normaux, les parties cellulaires transitoires aussi bien que les organes fibreux permanents.

Robert Carswel (3) établit que les surfaces libres des membranes muqueuses servent de siége principal au développement du tubercule ; il comprend sous le nom de surfaces libres le fond du cul-de-sac des glandes en tube.

Enfin M. Mandl regarde le plasma tuberculeux comme pouvant s'infiltrer entre tous les éléments du tissu pulmonaire et pénétrer dans leur intimité (*Mémoire cité*).

Depuis plus de dix ans que j'examine sur tous les aspects la question de la tuberculisation, je n'ai trouvé aucun fait qui me permette de douter que le tubercule ait son siége ailleurs que dans le tissu interstitiel du poumon. Si la matière tuberculeuse se développait, soit dans l'intérieur des vésicules, soit dans l'épaisseur des cellules épithéliales, on trouverait dans l'épaisseur des granulations, ou des faisceaux de fibres élastiques qui limitent les cellules pulmonaires ou des cellules épithéliales. Or, j'affirme qu'il n'en est jamais ainsi ; d'ailleurs, si l'on transporte la question sur le terrain des membranes séreuses qui présentent le tissu fibreux, non plus plissé en lobules, mais étalé en membrane, la question se produit avec sa solution de la manière la plus évidente.

(1) Jenner, *A Review of the Opinions of recent Writers. British Review*, janvier 1853.

(1) *Ouvrage cité.*
(2) *Physiologie*, t. III, p. 339.
(3) *Medico-Chirurgical Review for January* 1853.

*Préparation.* — On détache avec soin une portion de membrane séreuse recouverte de granulations tuberculeuses aussi peu développées que possible, et, après l'avoir étendue à l'aide d'épingles sur un morceau de liége, on la soumet à une dessiccation de quelques heures, en ayant le soin de marquer par l'entrecroisement de deux lignes tracées avec un crayon fin le point précis de la granulation qui, par la dessiccation, se confond à l'œil nu et à la loupe avec les parties ambiantes.

On détache avec un instrument très tranchant de petits copeaux de l'une et l'autre face, et il est alors facile de constater que, du côté libre, les cellules épithéliales se présentent avec leur volume et leur transparence normaux, tandis qu'en promenant sous l'oculaire les copeaux plus profonds on aperçoit à côté d'espaces transparents parcourus par des vaisseaux des espaces dont l'aspect opalin témoigne de la présence de la matière tuberculeuse. Ceux-ci ne sont, d'ailleurs, jamais pénétrés par les vaisseaux, qui s'arrêtent à leur limite.

Il est impossible de douter, après la préparation précédente, que la matière tuberculeuse ne se dépose sur la limite des branches vasculaires dans le tissu conjonctif simple (tissu de Reichert) ou entre les fibrilles conjonctives.

*Aspect du tubercule gris.* — A un grossissement de 300 diamètres, un petit copeau légèrement humecté, recouvert d'un presse-objet promené lentement sous l'oculaire, offre des espaces transparents avec des plicatures simulant des fibres (tissu conjonctif de Reichert), des fibres bien distinctes sur le trajet desquelles apparaissent à des intervalles éloignés les cellules reconnues par Donders, et auxquelles Weber (de Bonn) et Virchow ont attaché tant d'importance, et des parties opalines correspondant à la présence de la matière tuberculeuse.

En éloignant et en rapprochant l'oculaire par de petits mouvements de vis, on distingue à travers un blastème granuleux opalin, des apparences de cellules mal déterminées, mal circonscrites, de $0^{mm},002$ à $0^{mm},003$ de millimètre, que je compare à des dispositions semblables qui simulent des cellules dans le tissu homogène des acéphalocystes ou dans le sarcode des infusoirs.

Si l'on soumet pendant quelque temps la préparation à l'action de l'acide acétique pur, les parties opalines deviennent transparentes, présentent des lignes superposées simulant des fibres; les cellules disparaissent, et l'on voit nager autour de la préparation des gouttelettes de graisse variant de $0^{mm},01$ à $0^{mm},02$ de diamètre.

La préparation rappelle l'aspect des productions albumino-fibrineuses, moins les leucocystes, et avec des gouttelettes graisseuses en plus.

Les globules tuberculeux décrits par M. Lebert me paraissent appartenir à un degré plus avancé de développement ou de dégénérescence de la matière tuberculeuse; très caractéristiques, ils apparaissent comme de petits fragments ronds ou ovales, sans noyau, à contour pour ainsi dire relevé, affectant un aspect qui rappelle quelque chose des cellules cartilagineuses.

Dans le tubercule en voie de ramollissement, on trouve les mêmes globules plus isolés sur le bord d'une masse amorphe granulée, contenant dans son épaisseur les mêmes globules qu'on aperçoit par transparence en faisant jouer la vis de l'oculaire.

En imprimant un mouvement aux parties soumises à l'observation, on voit les globules fuir avec d'autres fragments plus petits ou plus volumineux, de manière à rappeler fort bien la débâcle des glaçons à la surface d'une rivière ou le mouvement de transport de fragments de fibrine altérée empruntés à une tumeur hématique en voie de décomposition.

Lorsque le ramollissement est complet, il existe au milieu des fragments tuberculeux des leucocystes provenant, ainsi que des fragments des fibres, des tissus ambiants.

Si de l'étude de la lésion nous cherchons à nous élever à la notion de physiologie pathologique, qui peut seule aboutir à une idée médicale, il est indispensable que, nous conformant aux règles de la méthode, nous embrassions à la fois tous les caractères particuliers au tubercule, en établissant ce qui lui est propre, ce qui le distingue des autres produits pathologiques.

Le tubercule diffère du pus, parce que le pus a pour élément principal le leucocyste, qui appartient à la vie normale du sang; que le pus, produit d'un travail de prolifération que nous pouvons provoquer, se développe dans tous les tissus et dans tous les organes.

Il diffère du cancer, parce que le cancer est organisé, qu'il affecte surtout les cellules épithéliales, les glandes en grappe, l'élément fibreux du tissu conjonctif.

Le cancer paraît se rattacher dans son développement à un état de déchéance organique (ménopause, vieillesse). Le tubercule paraît plutôt lié au travail de l'évolution organique.

Développé dans les organes où existe un lacis vasculaire abondant, il affecte dans son évolution un grand nombre de points distincts réalisant l'idée pathologique de la diathèse. Le cancer, au contraire, d'abord local, se généralise secondairement par un travail de résorption ou de reproduction qui rappelle plutôt l'idée de cachexie. Le cancer, en tant que produit organisé, porte en lui-même les conditions fatales de son accroissement et de son extension. Le tubercule simple, corps étranger, peut rester sans action au milieu de nos parties, sur lesquelles il n'agit, d'ailleurs, que comme agent de compression ou d'irritation.

Le cancer ne subit d'autre influence dans sa marche et son développement que celle des conditions individuelles. Le tubercule, bien que ressortissant aux prédispositions de race et de famille, est soumis dans sa marche, et probablement son évolution, aux causes modificatrices extérieures. On sait combien les constitutions grippales sont funestes aux tuberculeux, et nous avons personnellement constaté combien les conditions qui provoquent le scorbut retentissent fatalement sur les mêmes malades.

Laennec et M. Louis ont donc élevé justement au rang de maladie une lésion parfaitement caractérisée par son mode de développement, son aspect physique et sa marche, qui aboutit, soit à une transformation calcaire, soit à une dégénérescence grasse avec ramollissement.

S'il était permis, à notre époque, de ne pas s'absorber dans les termes précis d'une définition, et de laisser errer sa pensée au delà des limites où la retient la sagesse des temps, *nous dirions* que le tubercule nous semble produit par un état du fluide nourricier qui rappelle le degré de dégradation que ce fluide subit lorsque, n'étant plus représenté par le sang, la lymphe et la sérosité, qui sont les trois aspects sous lesquels il se produit chez les animaux supérieurs, il arrive à n'être plus constitué que par une humeur sarcodique contenant quelques cellules plasmiques.

En effet, partout où se développe le tubercule, la circulation s'arrête, l'irritabilité s'éteint. A la place du travail d'activité physiologique et de rénovation des parties, une masse inerte se constitue et absorbe les parties normales; au lieu du mouvement intérieur d'expansion de la vie, le produit normal s'accroît par juxtaposition, jusqu'à ce que, agissant sur les parties ambiantes, il devienne pour elle une cause de destruction.

---

## IV

## CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

**Fractures chez les enfants.**

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Le Fort, dans l'analyse qu'il a publiée de mon ouvrage sur les fractures, me reproche d'avoir donné à ce livre le titre de *Traité pratique et clinique des fractures chez les enfants*, tandis qu'un de ses confrères de la presse scientifique écrivait, quelques jours auparavant dans un autre journal : « L'ouvrage de M. Coulon est un véritable traité » clinique et pratique des fractures; ce titre n'est pas trop ambitieux, » comme le craint l'auteur. » D'où vient cette divergence d'opinions? Je crois que cela tient à ce qu'on ne s'entend pas sur les mots. Le reproche adressé par M. Le Fort serait mérité si j'avais intitulé mon livre *Traité complet des fractures*, mais je n'ai point donné ce titre, et l'ouvrage qui

renferme tout ce qui est relatif au diagnostic, au pronostic et au traitement des fractures chez les enfants, peut, je crois, être intitulé *Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants.*

Je ne sais pourquoi M. Le Fort a omis, dans son analyse, de parler des deux chapitres qui occupent le plus de place dans mon travail : celui des fractures incomplètes et celui des fractures du coude; il y aurait trouvé des faits nouveaux, et il aurait vu que, parfois, loin d'emprunter aux traités de pathologie, j'étais obligé de relever des erreurs commises même dans le livre spécial qui fait autorité en ce moment.

M. Le Fort dit que, dans le chapitre du traitement, je n'ai pas indiqué l'appareil que nécessite la fracture du fémur chez les jeunes enfants; j'ai au contraire insisté sur le traitement de cette fracture dans le tout jeune âge, et j'ai donné la préférence à l'appareil de Scultet, à condition que l'attelle externe remontera très haut, de manière que l'on puisse immobiliser le tronc ainsi que la cuisse à l'aide d'une bande ordinaire. — « L'appareil de Scultet, que M. Coulon semble conseiller, dit M. Le Fort, » est réellement inapplicable.....; le peu de longueur des fragments » laisse peu de prise à l'action des attelles, etc. » Ceci est une erreur. L'appareil de Scultet est parfaitement applicable chez les jeunes enfants, et je l'ai appliqué un très grand nombre de fois ; de plus, les attelles maintiennent parfaitement bien la réduction des fragments. C'est même le meilleur appareil pour cette variété de fracture; car, toutes les fois que j'ai vu M. Marjolin avoir recours à une gouttière ou à un appareil avec une seule attelle, j'ai constaté de la déformation après la consolidation ; toutes les fois au contraire que cet habile chirurgien avait appliqué l'appareil de Scultet, la consolidation s'était faite sans déformation; aussi, je le répète, pour les fractures du fémur, quel que soit l'âge de l'enfant, l'appareil de Scultet est le meilleur appareil. — M. Le Fort aurait voulu qu'on lui indiquât le moyen d'empêcher les appareils d'être imbibés d'urine chez les jeunes enfants, mais il n'y a pas de moyen qui permette d'atteindre ce but; tout ce que l'on peut faire, c'est de placer entre l'appareil et la peau un morceau de taffetas gommé, encore ce moyen est-il très souvent insuffisant, et il faut renouveler l'appareil dès qu'il est sali par l'urine.

La pointe métallique imaginée par M. Malgaigne, pour les fractures obliques de la jambe, et dont M. Le Fort est partisan, n'est employée à peu près par personne, même chez l'adulte, pour cette raison que ce moyen est à la fois inutile et dangereux ; inutile, par ce que l'appareil de Scultet, bien appliqué avec une attelle immédiate, maintient parfaitement la réduction ; dangereux, parce qu'une pointe métallique pénétrant dans les tissus, peut amener un érysipèle qui causera la mort du malade.

Je dois rendre justice à M. Le Fort pour la forme sous laquelle il a présenté ses objections, et je suis persuadé que, s'il n'eût pas regardé comme synonymes les mots traité *clinique* et traité *complet*, il n'aurait point critiqué le titre que j'ai donné à mon travail.

Dr Coulon.

---

## V

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

Anatomie, physiologie, chirurgie. — *De la régénération des tendons*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — L'auteur, dans cette première partie de son mémoire, ne traite que de la question anatomique, qu'il résume de la manière suivante :

1° La vascularisation des tendons est très variable. — 2° Elle est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune. — 3° Elle est plus grande aussi dans les tendons qui entourent les articulations larges, et enveloppés d'une double membrane fibro-cellulaire, que dans ceux qui sont logés et revêtus d'un sac séreux ou d'une bourse muqueuse. — 4° Les vaisseaux arrivent aux tendons : 1° par le muscle, 2° par le périoste, 3° par les gaînes proprement dites. — 5° Les vaisseaux provenant du muscle sont plus considérables que ceux des autres origines. Ajoutons que si l'on voit les vaisseaux se répandre à la surface des tendons, et que si l'on peut s'assurer qu'ils pénètrent dans leur substance, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on peut les suivre dans la profondeur de celle-ci, surtout lorsque les fibres tendineuses sont très rapprochées entre elles, et là où le tendon éprouve un frottement considérable, la délicatesse des vaisseaux devient si excessive qu'on est tenté de dire qu'il n'y en a pas de traces.

Physiologie. — *Recherches sur les mouvements du cœur*, par M. *Germain*. — Dans le travail que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, nous avons, dit l'auteur au commencement de son mémoire, essayé de démontrer les propositions suivantes :

1 La portion du système veineux qui confine au cœur est le siége d'un mouvement régulier de contraction, et c'est elle qui en se contractant produit la diastole de l'oreillette.

2° La diastole des cavités du cœur est un mouvement purement passif.

3° La systole est la suite, par action réflexe, de la diastole. Arrivées à un certain point de dilatation, les parois du cœur entrent en contraction.

4° Le choc du cœur contre la paroi thoracique est le résultat de la courbure de l'aorte et de la variation de la pression à laquelle est soumis le liquide contenu dans le vaisseau. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

Chirurgie. — M. *Jobert* (de Lamballe) fait connaître une modification de l'opération par abaissement de la cataracte due à M. Serres (d'Alais), l'auteur des *Phosphènes*, qui l'a prié de faire à l'Académie l'exposé de son procédé.

M. Jobert rappelle l'origine de ce procédé en disant que les écrivains allemands, entre autres M. Brucke, ont décrit un muscle tenseur de la choroïde et de la rétine qui n'a pu être démontré en France sur l'homme. Il rappelle, en outre, que M. Hancock a fondé sur l'existence de ce muscle un procédé qui consiste à débrider le cercle ciliaire pour obtenir la guérison du staphylome et du glaucome. M. Serres (d'Alais) a appliqué ce procédé à l'opération de la cataracte. Sur plus de 120 malades il a pratiqué cette opération, et il n'a remarqué pour tout accident que la sortie de quelques gouttes de sang. Il prétend que ce débridement prévient l'inflammation.

M. Serres (d'Alais) dit avoir pratiqué le débridement du cercle ciliaire, tantôt après l'opération de la cataracte terminée, en plongeant le couteau de Wenzel entouré d'un fil ciré, afin de limiter l'étendue du tranchant, et de lui laisser seulement une ligne et demie, tantôt en pratiquant le débridement d'abord, et en abaissant ensuite le cristallin avec l'aiguille à cataracte introduite par la même ouverture.

Physiologie. — *Recherches sur les résultats de la lésion de certaines portions des centres nerveux*, par M. *H. Friedberg* (de Berlin). — L'auteur se propose surtout de résoudre la question suivante : Le mouvement de manége et la rotation du corps autour de son axe longitudinal indiquent-ils une certaine affection de l'appareil nerveux central et le côté qui en est le siége ? — Les observations cliniques, dit-il, et les vivisections instituées par les physiologistes, envisagées par rapport à cette question, m'ont fourni les résultats suivants : 1° Le mouvement de manége et la rotation du corps autour de l'axe longitudinal indiquent une affection du pédoncule moyen du cervelet (*crus cerebelli ad pontem*), qui, le plus souvent, est combinée avec une affection de l'hémisphère du cervelet. 2° Il n'est pas prouvé que cette anomalie dans la motilité survienne si le cervelet est altéré seul sans que ce pédoncule le soit. 3° Cette anomalie de motilité ne peut être admise comme un phénomène constant de l'altération du cervelet et du pédoncule; la condition sous laquelle elle manque n'est pas connue. 4° Si le malade offre d'autres phénomènes d'irritation de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection irritante du cervelet ou du pédoncule sur le côté vers lequel l'arc de manége se dirige. 5° Si le malade offre d'autres phénomènes de paralysie de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection paralytique du cervelet ou du pédoncule du côté vers lequel l'arc de manége commence. 6° Si le malade offre d'autres phénomènes d'irritation de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection irritante du cervelet ou du pédoncule vers le côté sur lequel la rotation selon l'axe longitu-

dinal commence. 7° Si le malade offre d'autres phénomènes de paralysie de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection paralytique du cervelet ou du pédoncule du côté vers lequel le malade roule.

MÉTÉOROLOGIE. — Dans une relation au sujet de deux bolides observés à Gaillon (Eure) le 7 septembre dernier, M. le docteur Kuhn rapporte que dans cette même nuit il s'est passé un nombre extraordinaire d'accidents de toutes sortes, se rattachant tous à des désordres considérables des systèmes nerveux et circulatoire; rien que dans la petite localité de Gaillon, il y a eu cette nuit trois cas de mort subite et plusieurs cas d'hémorrhagies (cérébrale, utérine, etc.) que rien, dans les circonstances ordinaires, ne pouvait faire présumer.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Charmasson de Puylaval*; de Carcanières (Ariége), par M. le docteur *Champoussy*; — *b*. Une copie du registre des maladies traitées en 1860 à l'hôpital thermal des bains de la Reine (province d'Oran), par M. le docteur *Philippe*. (*Commission des eaux minérales*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Friedberg* (de Berlin), sur une affection rare de l'encéphale consécutive à une lésion de la tête, et sur la sémiotique du mouvement de manége et de rotation du corps selon l'axe longitudinal. (M. Bouvier, *rapporteur*.) — *b*. Une note sur un nouveau ténifuge, le *kamala*, par M. *Desnoix*, pharmacien à Paris. — c. Un mémoire sur quelques tumeurs du sein, et sur leur traitement médical et chirurgical, par M. le docteur *A. Legrand*. (*Comm.*: MM. Velpeau, Hervez de Chégoin et Malgaigne.) — *d*. Une note de M. *Conte*, chimiste, sur le traitement et la guérison de la morve par l'iode et l'iodure de potassium. (*Comm.*: M. Bouley.) — *e*. Un pli cacheté renfermant une note sur la nécrose qui complique les plaies d'armes à feu et les moyens de la prévenir, par M. le docteur *Batailhé*. (*Accepté*.)

M. *Boudet* offre à l'Académie un mémoire de M. *H.-B. Condy*, sur les propriétés désinfectantes et thérapeutiques des permanganates alcalins. Il présente à cette occasion quelques observations sur l'action oxydante de ces composés.

M. *Boudet* lit ensuite une série de rapports sur des remèdes nouveaux dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

*Discussion sur la morve.*

M. *Bouley*. Deux opinions, messieurs, ont été soutenues dans cette discussion. Je vais les résumer toutes deux, afin que l'Académie puisse juger de quel côté se trouve la vérité. Voici d'abord, sous forme de propositions, les opinions que je regarde comme exactes au sujet de la morve :

« Lorsque l'organisme du cheval recèle le germe de la morve, *son virus*, que ce germe y ait été déposé ou qu'il se soit spontanément développé, toutes les chances existent pour l'évolution d'une maladie incurable, laquelle s'exprime principalement par des lésions de l'appareil respiratoire : tubercules, abcès métastatiques, pneumonie lobulaire, collections purulentes des sinus de la tête, destruction ulcéreuse de la membrane nasale et de celle de la trachée. Outre cela, l'état morveux se caractérise encore par une inflammation purulente des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, des abcès multiples dans le tissu cellulaire, des inflammations purulentes des testicules, des épididymes, des articulations, etc. Cette évolution peut être plus ou moins rapide ou lente; mais elle est fatale dans le plus grand nombre des cas.

» Restreint, très restreint, est le nombre des sujets privilégiés chez lesquels la maladie s'éteint en ne donnant lieu qu'à des lésions superficielles.

» Le plus souvent, le virus morveux détermine des lésions viscérales, des lésions pulmonaires notamment, et ces lésions sont les premières en date après l'imprégnation de l'organisme. Les autres, celles qui consistent dans l'induration des ganglions lymphatiques de la région sous-glarienne et dans l'inflammation ulcéreuse de la membrane pituitaire, ne viennent qu'après. Elles sont l'expression dernière de l'état morveux.

» Voilà pourquoi il n'est pas exact de dire que la gravité de la morve est proportionnelle à son mode d'expression par ses symptômes extérieurs; voilà pourquoi la mesure de la curabilité de cette maladie ne saurait être donnée par le nombre et l'intensité de ces symptômes.

» Un cheval chez lequel on constate la glande de la morve exclusivement a déjà les lésions viscérales propres à cette maladie, et, dans un temps plus ou moins long, on voit se manifester chez lui les autres symptômes caractéristiques : le jetage et l'ulcération.

» Un cheval chez lequel on constate le jetage de la morve, jetage qui n'apparaît presque jamais sans le glandage, a déjà les lésions viscérales propres à la morve, et, dans un temps plus ou moins long, on voit se manifester chez lui l'autre symptôme caractéristique : l'*ulcération*.

» Un cheval chez lequel on constate l'ulcération *morveuse* est morveux infailliblement, sans aucun doute possible, si minime que soit cette ulcération. »

Sur quoi ces propositions sont-elles établies? Sur l'étude clinique des sujets morveux, sur les autopsies faites de ces sujets à toutes les périodes de la maladie, sur l'observation attentive de ceux de ces sujets qu'on laisse vivre, sur l'expérimentation par l'inoculation. Et il faut bien que de pareilles propositions soient l'expression de la vérité, puisqu'elles n'ont rencontré aucune contradiction parmi les membres de la section vétérinaire. Et cette sorte d'accord scientifique, d'entente cordiale, messieurs, personne ne l'a cherchée; elle s'est formée d'elle-même, spontanément, naturellement, tant les doctrines que nous avons soutenues sont exactes et incontestables. Aussi dirai-je qu'il a fallu toute l'obstination de l'inexpérience pour s'élever pendant six semaines contre un pareil concours de preuves et de témoignages!

Voyons maintenant quelle est la doctrine opposée. (M. Bouley donne lecture des propositions résumant les opinions émises par M. J. Guérin.) Ainsi donc, au sommet de l'échelle, dit-il, la morve avec ses signes cardinaux; celle-là, on veut bien admettre qu'elle est incurable. Mais au bas de l'échelle une autre morve, une morve ébauchée, curable dans une proportion vraiment inadmissible.

Sur quoi s'est appuyé M. Guérin pour soutenir cette singulière doctrine? Il s'est appuyé sur des faits que lui seul a vus, et de telle nature que personne n'en a jamais observé de semblables, surtout parmi les vétérinaires. Qu'a répondu M. Guérin? Que nous produisions des faits sans idées, tandis que lui donnait des idées sans faits.

M. Guérin, poussé à bout cependant, a imaginé de nous opposer un véritable protocole, signé Charrier, Thiébault et Guérin. Je mettrais volontiers ma signature au bas de ce document, mais à la condition que ces messieurs consentiraient à regarder comme symptômes de la morve confirmée les phénomènes qu'ils nomment prodromiques, et qu'ils voudraient bien rabattre de la curabilité de la morve. J'aurais sans doute d'autant moins de peine à obtenir cette concession de la part de M. Charrier, que ce vétérinaire, dans une autre discussion sur le traitement de la morve, n'a pas encore démenti mon affirmation touchant l'incurabilité de la morve confirmée.

Et vous croyez peut-être, messieurs, que la doctrine de M. Guérin est de fraîche date! Nullement, c'est une réminiscence de la vieille doctrine de la *suspicion de la morve*.

Mais M. Guérin s'est-il aperçu que sa doctrine conduisait à une sorte d'homicide involontaire? qu'elle exposait la santé des hommes chargés du soin des chevaux en leur inspirant une sécurité trompeuse?

La doctrine de M. Guérin est donc une doctrine de recul, une doctrine dangereuse, et de plus une doctrine contraire à tout ce qu'enseigne l'expérience clinique.

M. Guérin, dans son dernier article de la GAZETTE MÉDICALE, nous accuse de faire du *gâchis*. Il prétend que nous n'entendons rien à la pathogénie de la morve, et que nous avons méconnu son

caractère contagieux. Nous avons nié pendant quelque temps la contagion de la morve du cheval à l'homme; mais l'école de Lyon y était restée invariablement fidèle, et l'école d'Alfort n'a pas tardé à y revenir.

On nous accuse aussi de donner trop d'importance à l'influence des causes qu'on nomme *éloignées* au préjudice de la vraie cause, de la cause de Newton. M. Bouillaud a principalement insisté sur ce point; il n'admet pas l'action prépondérante de ce qu'il nomme les causes secondaires, ordinaires, banales. Il ne comprend pas que ces causes puissent donner naissance à un virus. J'avoue qu'il se passe là quelque chose de mystérieux, de difficile à interpréter; mais pourquoi n'admettrait-on pas pour la génération du virus morveux et de tous les autres virus pathologiques l'explication que M. Robin a donnée de la genèse du virus cadavérique? Pourquoi de mauvaises conditions de nourriture et de logement, pourquoi des fatigues excessives ne développeraient-elles pas dans les tissus et les tumeurs de l'économie vivante une sorte de ferment analogue à celui qui est le produit de l'oxydation des tissus et des humeurs sur le cadavre exposé à l'influence de l'air, de l'humidité et des autres agents de décomposition?

Mais d'ailleurs, encore une fois, à quoi bon chercher des causes inconnues, des influences hypothétiques qui n'ont aucune valeur pratique quand il est possible de faire intervenir des causes matérielles et sensibles sur lesquelles nous pouvons facilement agir? Quel fruit la médecine peut-elle recueillir de cette vaine recherche de l'inconnu? Je sais ce que c'est qu'une maladie spécifique, je le conçois aisément; mais je ne sais ce que M. Bouillaud entend par cause spécifique; je m'efforce en vain de le comprendre, je n'y puis parvenir.

M. *Bouillaud*. Une maladie spécifique et une cause spécifique étant deux termes corrélatifs, je ne puis admettre que M. Bouley conçoive et comprenne l'une sans concevoir ni comprendre l'autre. Je vais tâcher de lui expliquer par un exemple ce qu'il faut entendre par cause spécifique. La variole est une maladie spécifique. Je prends au bout d'une lancette du pus d'un bouton variolique. Eh bien! je dis que ce pus renferme un virus, un virus que je ne puis isoler, mais qui se révèle à moi par la propriété qu'il a de reproduire la variole et rien que la variole; voilà ce que j'appelle une cause spécifique. De même, quand le typhus sévit au milieu d'un grand rassemblement d'hommes, je prétends qu'il y a dans l'atmosphère un élément de maladie que je ne puis isoler, mais qui manifeste sa présence par des effets certains et toujours identiques; pour moi c'est encore là une cause spécifique.

M. *Bouley*. Si c'est là ce que M. Bouillaud appelle des causes spécifiques, je les connais; je les connais depuis longtemps. Mais je faisais, comme M. Jourdain, de la prose sans le savoir. Maintenant, messieurs, je demande à l'Académie de vouloir bien se prononcer sur les conclusions du rapport qui a donné naissance à ces longs débats.

M. *le Président* met aux voix les conclusions du rapport de M. Bouley sur le mémoire de M. Bourdon.

Elles sont adoptées, et la discussion sur la morve est déclarée close.

*Lectures.*

CHIRURGIE. — M. *Gosselin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Blache et Bouvier, lit un rapport sur une observation d'hydrorachis traitée avec succès par les injections iodées, par M. le docteur *Sézerie*, médecin à Saint-Barthélemy (Lot-et-Garonne).

« Cette observation est relative à une enfant âgée de neuf mois et demi, atteinte de paraplégie et d'une paralysie incomplète des membres supérieurs. La tumeur, grosse comme une orange, occupait la partie inférieure de la région lombaire. Elle diminuait sensiblement de volume par la compression, et s'était déjà ouverte deux fois spontanément.

» M. Sézerie fit, le 12 mars 1859, une ponction avec un trocart à hydrocèle, évacua 30 grammes de liquide citrin; puis, pendant qu'un aide comprimait la base de la poche, il injecta environ 30 grammes d'un mélange de teinture d'iode iodurée et d'eau à parties égales. Il laissa la solution séjourner pendant trois minutes, et la fit ensuite sortir presque en totalité.

» La tumeur ne se reproduisit pas; la paralysie incomplète des extrémités supérieures cessa bientôt; la paraplégie diminua aussi peu à peu; si bien qu'aujourd'hui, plus de deux ans après l'opération, l'enfant peut marcher, courir, etc. Elle conserve seulement une incontinence d'urine. »

M. le rapporteur rappelle que des travaux intéressants sur le traitement du *spina bifida* par les injections iodées ont déjà été publiés par MM. Debout, Ebra et Viart (de Montbard). En ajoutant les observations de ces trois médecins à celle de M. Sézérie, le total des cas où ce traitement a été employé en France est de onze, dont six succès, un insuccès et quatre morts. M. Gosselin fait remarquer que le mot succès s'applique seulement à la disparition de la tumeur. Il est trop évident, dit-il, que l'injection iodée ne peut guère corriger les autres lésions qui accompagnent souvent le *spina bifida*, savoir : les conformations vicieuses de l'axe encéphalo-rachidien, et les paralysies qui en résultent.

Le succès du traitement dans le *spina bifida* étant ainsi compris, il nous paraît que l'injection iodée est le traitement chirurgical auquel on doit aujourd'hui donner la préférence, lorsqu'une opération paraît bien indiquée.

La commission propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Sézérie, et de déposer son manuscrit aux archives.

M. *Desportes* cite un cas de guérison spontanée de *spina bifida* qu'il a observé naguère avec Dupuytren et Roux chez le fils d'un médecin. Il en conclut qu'il ne faut pas toujours se hâter d'opérer.

M. *Depaul* voudrait qu'une discussion s'engageât sur le traitement du *spina bifida*, afin de bien préciser les circonstances dans lesquelles il convient d'intervenir activement, et celles dans lesquelles il vaut mieux s'abstenir. Il lui paraît que l'état de la peau, les connexions de la tumeur avec les éléments anatomiques de la moelle peuvent fournir des indications importantes sur la conduite à tenir. Si une discussion s'engageait, il pourrait, en ce qui le concerne, fournir un certain nombre de documents qui lui paraissent de nature à jeter quelque lumière sur une question encore obscure.

M. *Gosselin* convient qu'il existe encore bien des *desiderata* dans la question du *spina bifida*; mais il ne possédait pas les éléments nécessaires pour les résoudre dans son rapport.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

---

VI

## REVUE DES JOURNAUX.

**Sur un moyen de conservation des pièces anatomiques; par M. Latour.**

Une note de M. Latour, insérée dans le n° 39 du *Journal de pharmacie et de chimie*, 1861, indique un nouveau moyen de conserver les pièces anatomiques. Il consiste à les plonger dans une solution d'émétique iodée qu'on préparera de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Iode.................... | 4gr,12 |
| Émétique................ | 6 |
| Eau distillée........... | 378 |

On fait dissoudre l'iode et l'émétique dans l'eau distillée en maintenant la température à 60°; quand la liqueur est refroidie, on filtre et conserve pour l'usage.

On peut la remplacer par la solution bromée suivante, dont l'action conservatrice est, suivant l'auteur, plus énergique :

| | |
|---|---|
| Brome.............. | 5 grammes. |
| Émétique........... | 6 |
| Eau................ | 500 |

Ces liqueurs sont acides. Les tissus qui ne sont pas gorgés de liquides peuvent être immergés immédiatement; mais les viscères, tels que le poumon, le foie, la rate, qui renferment une quantité considérable de sang, devront être préalablement baignés dans l'eau distillée tiède, et débarrassés du liquide sanguin qu'ils renferment.

Nous n'avons pas expérimenté cette solution, mais les précautions mêmes qu'indiquent les auteurs (précautions indispensables suivant eux, car le mélange de la bile, de sang, etc., affaiblit l'action conservatrice de la liqueur), nous font croire que ce moyen devra être réservé pour les préparations peu volumineuses.

Quant à nous, d'après notre expérience journalière sur ce sujet, nous conseillons surtout :

1° Pour les préparations peu volumineuses, un mélange composé à peu près ainsi :

| | |
|---|---|
| Glycérine.............. | 15 grammes. |
| Alcool.................. | 15 |
| Acide acétique.......... | 5 |
| Eau..................... | 200 |

2° Pour la conservation des pièces préparées ou non et d'un certain volume, une solution concentrée d'acide arsénieux et d'un tiers d'alcool;

3° Pour les pièces très volumineuses, une solution concentrée de sel marin, à laquelle on ajoutera un dixième de nitrate de potasse et un petit morceau de camphre pour empêcher les moisissures.

**Ligature du tronc brachio-céphalique**; par le docteur E.-S. COOPER (de San-Francisco).

La ligature du tronc brachio-céphalique est une opération que repoussent avec raison les chirurgiens français; en effet, sur treize opérations, il y eut treize morts. Une fois, Liston fit séparément la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites; le malade mourut. L'opération de Liston fut tentée une seconde fois à Milan, par M. Cuvellier, sur un blessé de Magenta; le résultat fut également fatal. Treize opérations, treize morts; tel était le bilan de cette ligature. M. E.-S. Cooper (de San-Francisco) vient encore d'ajouter deux nouveaux chiffres à ce martyrologe déjà trop long.

Dans le premier cas, l'anévrysme siégeait à la fois sur l'origine de la carotide et sur le commencement de la sous-clavière droites. L'opérateur fit une incision de 4 pouces, parallèle au bord supérieur de la clavicule, commençant en dedans de l'articulation sterno-claviculaire, et se terminant près du bord antérieur du trapèze. Une seconde incision verticale, longue de 2 pouces 1/2, fut menée du sterno-mastoïdien au centre de la première. La tumeur mise à nu cachait le tronc innominé; pour le découvrir plus aisément, le chirurgien enleva le sommet du sternum et l'extrémité sternale de la clavicule. Le tronc brachio-céphalique était lui-même dilaté dans son extrémité périphérique, et il fallut placer la ligature à 3/4 de pouces de l'aorte. Le malade perdit peu de sang et alla bien pendant cinq jours; puis il se manifesta de l'agitation, de la dyspnée, et la mort survint le neuvième jour de l'opération. On ne parle pas, dans l'autopsie, de l'état des vaisseaux liés. (*Dublin medical Press.*)

Le second cas est plus récent, et il appartient encore au même chirurgien, et se trouve rapporté dans des lettres adressées au docteur Hevens. La première est datée du 16 octobre 1860.

J'ai lié, il y a trois semaines, dit M Cooper, le tronc brachio-céphalique, et, si ce n'était cette circonstance, qu'aucun opéré n'a encore guéri, je compterais sur la guérison du mien : il peut se promener dans sa chambre, a un excellent appétit et dort bien. J'ai enlevé la partie supérieure du sternum et interne de la clavicule, afin de pouvoir, s'il est besoin, exercer la compression.

Le 31 octobre, une nouvelle lettre apprend l'apparition des hémorrhagies. Il y eut, dit M. Cooper, un écoulement de sang artériel, mais il fut peu abondant, et arrêté par la compression que fit tout de suite un élève heureusement présent à ce moment. Enfin, ainsi que nous l'apprennent des renseignements ultérieurs, le malade mourut.

Le trente-troisième jour après la ligature, il y eut une nouvelle et peu abondante hémorrhagie qui s'arrêta spontanément; le lendemain, elle reparut plus abondante et difficile à arrêter; le jour suivant, rien ne put empêcher l'écoulement de sang de reparaître, la compression directe ne pouvait arrêter l'hémorrhagie.

A trois heures du soir, on prévint le malade que tout espoir était perdu, mais qu'il lui restait assez de temps pour régler ses affaires temporelles. Il exprima le désir de n'en rien faire, et, sitôt qu'il fut seul, enleva l'appareil, et laissa la vie s'en aller avec son sang. (*The San-Francisco medical Press*, janvier 1861.)

L'observation ne dit pas quel était l'état des vaisseaux liés, et par quelle voie se fit l'hémorrhagie; cependant quelques détails nous font croire qu'elle provenait du bout périphérique; c'est du reste ce qui s'est présenté dans la plupart des observations. Dans celle de M. Cuvellier, l'examen de la pièce anatomique que nous avons préparée et déposée au musée du Val-de-Grâce, après l'avoir présentée à la Société de chirurgie, montrait, lors de l'autopsie, surtout que le bout central des artères sous-clavière et carotide était oblitéré, mais que l'hémorrhagie s'était faite par le bout périphérique de la sous-clavière restée complétement perméable, le jour où le pouls radial, reparaissant du côté opéré, témoignait du rétablissement de la circulation périphérique par les voies collatérales. Faut-il, dans les cas d'anévrysmes du tronc brachio-céphalique, abandonner le malade? On pourra tenter, comme on l'a conseillé, la méthode de Valsalva, la ligature par la méthode de Brasdor, aidée peut-être des injections coagulantes; mais, quinze morts sur quinze opérations doivent interdire à un chirurgien prudent la ligature de l'innominée.

**De l'origine épididymaire des tumeurs encéphaloïdes ou kystiques du testicule**, par M. ARRACHARD.

M. Arrachard, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'école secondaire de Lille, a publié deux cas de tumeurs testiculaires ayant pris naissance et s'étant developpées dans l'épididyme en respectant le testicule lui-même. Ses observations viennent appuyer l'opinion développée par M. Robin, dans le mémoire publié par lui dans les *Archives de médecine* en 1856, que les tumeurs dites sarcocèles encéphaloïdes et kystiques du testicule n'avaient pas pour point de départ cet organe, mais bien l'épididyme.

Cette opinion, du reste, se rapproche beaucoup de celle de M. Curling, qui place le siége de la maladie kystique dans les conduits du corps d'Highmore.

La première observation est celle d'un homme de soixante ans, affecté d'une tumeur kystique du testicule du volume du poing. L'opération ne présente rien de particulier à noter. La tumeur enlevée était contenue tout entière dans une coque fibreuse et résistante. Fendue suivant son plus grand diamètre, la coupe présentait une quantité très considérable de petites loges, irrégulières, renfermant une sorte de gelée jaunâtre. Ces kystes formaient à eux seuls toute la tumeur. A la partie supérieure et postérieure formant une saillie légère se trouvait le testicule enveloppé de sa tunique fibreuse propre, qui était soudée à l'enveloppe de la tumeur, mais dont on pouvait toutefois l'en séparer en partie. Cette glande était un peu aplatie, avait encore 1 centimètre d'épaisseur; son tissu offrait tous les caractères qu'on retrouve à l'état normal; l'épididyme n'existait plus en aucun point.

La seconde observation est celle d'un homme de quarante ans, affecté d'un énorme sarcocèle encéphaloïde du côté gauche. Nous ne rapporterons pas l'opération, nous nous bornerons à noter qu'il y eut récidive dans la plaie.

La tumeur pesait 950 grammes; fendue suivant son plus grand diamètre, elle présentait en haut le testicule de volume normal, un peu aplati, plaqué contre la tumeur dont il est parfaitement isolé par sa tunique fibreuse qui est intacte. La substance testiculaire n'a subi aucune altération; il est impossible de retrouver trace de l'épididyme. (*Bulletin médical du nord de la France*, avril 1861.)

**Observation de rupture du cœur, suite probable d'oblitération de l'artère coronaire.** — Communication à la Société de médecine de Suède par M. MALMSTEN.

OBS. — L..., âgé de soixante-six ans, se trouva indisposé le 13 sep-

tembre. Le lendemain, il éprouva des douleurs spasmodiques à retours périodiques derrière le sternum, de l'abattement, sans fièvre. Le 15, il était levé; il se plaignait d'une douleur au-dessous du mamelon gauche; le pouls était calme et régulier. L'examen des divers organes ne révéla rien d'anormal. On fit une prescription calmante. Le 18, le malade fit une course à la suite de laquelle il se trouva plus souffrant. Le 19, dans la matinée, la douleur à la région précordiale était plus vive; le pouls petit et fréquent, les bruits du cœur faibles et éloignés, la matité précordiale un peu augmentée. Le malade se dressait d'ailleurs facilement dans son lit. Une heure plus tard, il fut pris tout à coup d'une sensation de suffocation imminente; respiration convulsive, face livide; mort au bout d'un quart d'heure.

*Autopsie.* — Le péricarde contenait environ deux onces de sérosité et une quantité égale de caillots sanguins noirs. Le ventricule gauche, près de la pointe du cœur et à côté de la cloison, présentait une déchirure longue d'un centimètre, remplie de caillots, traversant obliquement la paroi cardiaque.

L'endocarde du ventricule gauche était tapissé de couches fibrineuses, ayant à peu près 1 pouce 1/2 d'épaisseur, jaune rougeâtre, se moulant exactement sur les colonnes charnues de leurs interstices, et tellement adhérentes qu'il n'était pas possible de dire au juste où commençait l'endocarde sur les limites de ces dépôts. Les couches les plus rapprochées de la paroi cardiaque avaient, dans quelques points, une couleur semblable à celles des couches les plus internes; ailleurs elles étaient d'un rouge clair ou d'un brun foncé. Elles étaient fermes et résistantes dans quelques points, tandis qu'ailleurs elles avaient un aspect puriforme, et paraissaient se continuer insensiblement, par leur consistance et leur couleur, avec la paroi cardiaque.

Celle-ci était, dans l'épaisseur de 1 pouce 1/2 à peu près, ramollie et friable; les fibres musculaires, examinées au microscope, y étaient détruites et remplacées par un détritus fortement granuleux, entremêlé çà et là de granulations graisseuses. Dans quelques points, il y avait de petits foyers, visibles même à l'œil nu, où il ne restait que du tissu connectif plongé dans la masse dégénérée. Il y avait également, dans quelques points, de petits caillots sanguins. Cette altération nécrosique était d'autant plus prononcée que l'on se rapprochait davantage de la rupture.

L'artère coronaire était tortueuse, en partie à la suite de l'atrophie sénile du cœur, en partie à la suite de dilatations irrégulières; dans quelques points, ses parois étaient amincies; dans d'autres, elles avaient une épaisseur anormale. La branche antérieure de cette artère contenait un thrombus ancien, tout à fait blanc, et creusé d'une cavité centrale au moins dans sa partie supérieure. Cette concrétion commençait à quelques lignes de la dégénérescence de la paroi musculaire, et s'étendait vers le centre de ce foyer, où il se perdait après avoir pris un aspect puriforme, et après avoir déterminé une obstruction plus complète.

Le caillot de l'artère coronaire était sans aucun doute d'origine très ancienne. L'obstruction artérielle avait eu pour conséquence un ramollissement lent du tissu musculaire. Enfin la rupture paraissait s'être opérée lentement et à plusieurs temps, pendant les jours où le malade fut soumis à l'observation de M. Malmsten. (*Dublin Medical Press*, 8 mai 1861.)

---

## VII

## BIBLIOGRAPHIE.

**Course of Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system**, par M. E. Brown-Séquard. Philadelphie, 1860; in-8° de 276 pages. Londres, Churchill; et Paris, Victor Masson.

**Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux central**, par E. Brown-Séquard. Philadelphie et Londres, 1860.

**Lectures on the diagnosis and treatment of the principal forms of paralysis of the lower extremities**, par M. Brown-Séquard. Philadelphie, 1861; in-8° de 118 pages.

**Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs**, par E. Brown-Séquard, M. D., F. R. S. Philadelphie, 1861.

L'étude de l'anatomie et des fonctions du système nerveux cérébro-spinal a fait depuis quelques années le sujet d'un grand nombre de travaux, et préoccupe, à juste titre, les physiologistes actuels. Au commencement de ce siècle, les belles recherches de Ch. Bell excitèrent vivement l'attention, et furent le point de départ des expériences de Magendie, Bellingeri, Shaw, Müller, etc. Les contradictions qui apparurent, dans les résultats obtenus par les différents expérimentateurs, donnèrent un nouvel essor aux recherches, en augmentant encore davantage l'intérêt qui s'attachait à un point de physiologie si intéressant déjà par lui-même, si important par les applications qui devaient en découler pour la pathologie encore si obscure des affections des centres nerveux. M. Longet, par de nouvelles recherches, par des expériences conduites avec soin, continuées avec persévérance, commentées avec cette sagacité qui a placé le professeur de physiologie au premier rang parmi les expérimentateurs et les physiologistes modernes, vint donner un nouvel appui à la doctrine de Ch. Bell, et la faire accepter par tous les contemporains. Pour quelque temps le repos succéda à la lutte, et l'on put croire que la science des fonctions de la moelle était désormais appuyée sur une base solide et inébranlable.

Mais bientôt de nouvelles expériences entreprises par M. Brown-Séquard vinrent de nouveau jeter le doute dans les esprits, et ébranler une théorie qui paraissait inattaquable. La théorie de Ch. Bell, confirmée par M. Longet, était si complétement acceptée, elle paraissait si logique, elle était si satisfaisante, si claire, si simple, que pendant plusieurs années M. Brown-Séquard eut de la peine, non pas seulement à faire accepter les résultats constatés par ses expériences, mais encore à attirer sur elles l'attention qu'elles méritaient. Les esprits étaient prévenus, mais prévenus de bonne foi, car les expériences de M. Longet étaient nombreuses, sérieuses et surtout sincères, et l'on était heureux de sortir du dédale pour se reposer sur une théorie qui paraissait avoir pour elle la logique des faits et du raisonnement. Cependant les expériences de M. Brown-Séquard ne pouvaient être niées, car elles se produisaient devant l'élite des hommes dévoués à la science physiologique, en Amérique, en Angleterre, en France; elles avaient pour elles la sanction de la Société de biologie, qui en fut si souvent témoin, et qui, il y a six années, nomma pour les contrôler une commission composée de MM. Bouley, Bernard, Giraldès, Goubaux et Vulpian. Cette commission eut pour son rapporteur M. Broca, qui lut à la Société, le 21 juillet 1855, un rapport remarquable sur les faits dont il avait été témoin ainsi que ses collègues, rapport inséré dans le deuxième volume des *Mémoires de la Société de biologie*.

Pendant l'année 1858, M. Brown-Séquard se rendit à Londres, et fit au collége royal des chirurgiens une suite de leçons dans lesquelles il exposa l'ensemble de ses découvertes sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. Ces leçons, rédigées et mises en ordre par l'auteur, augmentées en même temps d'un long chapitre dans lequel se trouvent combattues, sinon réfutées, les objections faites à ses idées, ont été réunies par lui en un volume qui contient ainsi tout l'exposé de ses doctrines et de ses expériences; ce livre manquait jusqu'à présent, car les différents mémoires publiés par M. Brown-Séquard étaient disséminés dans plusieurs recueils, surtout dans les *Bulletins de la Société de biologie*.

C'est pour nous une occasion que nous ne voulons pas laisser échapper, non d'apprécier les idées de M. Brown-Séquard et d'en faire la critique, nous sommes trop insuffisant pour essayer même cette tâche difficile, mais d'en donner une rapide esquisse en faisant du livre, des expériences et des théories une courte analyse, et en cherchant à montrer en quoi les idées de l'auteur diffèrent de celles encore généralement adoptées.

Galien, Celse, Boerhaave, Lamarck avaient déjà entrevu plus ou moins distinctement que certains nerfs président à la sensibilité et d'autres au mouvement, lorsqu'en 1809 Al. Walker avança le premier qu'il y a une différence entre les fonctions des racines spinales antérieures et postérieures : les unes servant à transmettre au cerveau les sensations extérieures, les autres à transmettre aux muscles les ordres de la volonté; mais il ne chercha pas à prouver par des expériences, par l'analyse de faits pathologiques la vérité

de son assertion, car il crut que les racines antérieures étaient motrices et les postérieures sensitives.

Ch. Bell, en 1811, publia un court mémoire (brochure très rare destinée à ses amis, et tirée seulement à quelques exemplaires) dans lequel il avance que les racines postérieures viennent du cervelet, organe destiné à régler les fonctions organiques, tandis que les racines antérieures viennent du cerveau, qui préside aux mouvements et à la sensibilité ; il avait déjà vu, dans une expérience, que l'excitation des racines antérieures de la moelle amène des mouvements musculaires, tandis que celle des racines postérieures ne donne rien de semblable. Ce n'est que plus tard qu'il émit sa célèbre théorie de la division des faisceaux médullaires en moteurs et sensitifs. Mais si Ch. Bell avait fait d'admirables expériences, qui lui avaient permis de prouver, sans conteste, que le facial est un nerf moteur, et la portion ganglionnaire du trijumeau un nerf sensitif, il ne paraît avoir avancé que par analogie, et non d'après l'expérimentation, que les racines antérieures de la moelle sont motrices comme le facial, et que les postérieures ou ganglionnaires sont sensitives comme le trijumeau.

Magendie eut le mérite de fournir les preuves directes qui faisaient encore défaut ; il montra que si l'on coupe les racines postérieures, la sensibilité disparaît dans le membre auquel se rend le nerf incisé, et que si l'on sectionne, au contraire, les antérieures seules, la sensibilité persiste, tandis que les mouvements sont perdus. Il était donc en droit de conclure comme Ch. Bell : les racines antérieures sont motrices, les postérieures sont sensitives.

Mais bientôt de nouveaux faits vinrent le rendre lui-même fort perplexe. Au lieu de couper séparément les racines antérieures ou postérieures, puis d'essayer sur le membre auquel se rendait le nerf privé d'une de ses racines le résultat de cette section incomplète, Magendie, en 1839, porta directement l'excitation sur les racines, et il vit, à son grand étonnement, que l'excitation de l'antérieure donnait un peu de douleur, et que l'irritation de la postérieure déterminait des mouvements. De là deux contradictions avec la théorie. Les mouvements pouvaient s'expliquer par la douleur que devait éprouver l'animal, mais comment justifier la sensibilité de la racine antérieure ?

Magendie coupa alors la racine antérieure, et chercha le résultat fourni par l'irritation du bout périphérique et du bout central. Il vit que le bout central était devenu insensible, mais que le bout périphérique excité continuait à donner de la douleur ; et, comme conséquence, il conclut que les racines antérieures ne puisaient dans la moelle que le principe excitateur du mouvement, mais qu'elles ne possédaient pas en propre de propriétés sensitives ; en effet, par une seconde expérience il vit que, si après avoir coupé les racines postérieures on excitait les antérieures laissées intactes, ces dernières n'étaient plus sensibles comme auparavant.

Mais il restait un point obscur à éclaircir : comment se fait-il que le bout *périphérique* d'une racine antérieure coupée, les postérieures étant respectées, soit sensible si cette racine antérieure ne soutire directement de la moelle que le principe seul du mouvement ? Magendie crut pouvoir expliquer ce fait expérimental indéniable par sa théorie de la sensibilité récurrente. Voici en quoi elle consiste : l'irritation appliquée au bout périphérique de la racine antérieure coupée se propage dans le tronc du nerf (mixte comme tous les nerfs rachidiens), arrive à son extrémité, et de là revient à la moelle par les racines postérieures sous forme de sensation douloureuse. Kronenberg et Pappenheim croient que le retour ne s'effectue pas vers la périphérie du nerf, mais que la sensation passe d'une racine dans l'autre, dès l'endroit où elles se sont réunies pour former le tronc nerveux.

M. Brown-Séquard cherche à expliquer d'une manière toute différente la sensibilité si étrange de la racine antérieure. Pour lui cette racine doit être considérée comme insensible par elle-même ; mais, par un phénomène qu'il rapproche de l'excitation galvanique de Matucci ; il admet que l'irritation du bout périphérique de la racine antérieure sectionnée amène une contraction spasmodique, une crampe des muscles auxquels le nerf est destiné ; cette crampe excite les filets sensitifs, de là de la douleur. Dans sa théorie ; la douleur n'appartient pas immédiatement à l'excitation de la racine antérieure ; elle ne provient que secondairement de la contraction, ou de la tendance à la contraction musculaire qui en est la suite.

On pourrait faire à la théorie proposée une objection, c'est que cette sensibilité s'observe, alors même que les muscles ne se contractent que dans des limites physiologiques, lors même qu'ils se contractent à peine, et qu'ils ne sont certainement pas le siége de crampes douloureuses. Une autre explication a été proposée, et elle semble plus que toute autre répondre à la réalité des faits anatomiques et physiologiques : il résulte des recherches de Schiff que la racine postérieure abandonne dans le nerf qui résulte de sa jonction avec la racine antérieure des filets rétrogrades, lesquels remontent vers cette dernière, et vont en définitive se perdre dans la moelle, après avoir ainsi formé une anse. L'expérimentation semble aussi venir en aide aux recherches anatomiques : M. Vulpian et Philippeaux ont montré que si, longtemps après la résection de la racine motrice on observe ce qui s'est passé du côté périphérique, on voit que les fibres nerveuses motrices se sont altérées ; mais on trouve au milieu d'elles d'autres fibres intactes ; ces fibres sont celles qui, provenant par récurrence des racines postérieures, sont ainsi restées en communication avec le centre nerveux, et ne se sont pas altérées.

Quoi qu'il en soit, sauf une légère différence dans l'explication d'un phénomène accessoire, on peut dire que tous les physiologistes, y compris M. Brown-Séquard, acceptent la théorie de Ch. Bell pour ce qui regarde les racines des nerfs spinaux pris au dehors de la moelle, c'est-à-dire que *les racines antérieures président au mouvement, les postérieures à la sensibilité.* Mais il n'en est plus de même quand on en arrive à la physiologie des cordons médullaires ; ici commence la grave dissidence entre l'auteur et ses devanciers, à la tête desquels nous devons placer Ch. Bell et M. Longet. Plusieurs questions se présentent : la sensation rapportée à la moelle par la racine postérieure passe-t-elle par les cordons postérieurs pour arriver à l'encéphale ? Y arrive-t-elle directement par ce cordon ou par l'intermédiaire de la substance grise centrale ? Quel est le rôle des cordons postérieurs, quel est celui de la substance grise ? Voyons d'abord ce que nous apprend l'expérimentation sur le rôle des faisceaux postérieurs de la moelle épinière.

L'idée émise d'abord par Bell était que les cordons postérieurs sont la continuation des racines postérieures, et qu'ils transmettent au cerveau les impressions sensitives. Ses expériences n'avaient pas été très concluantes, si l'on en croit ses propres paroles, car il dit : « Je trouvai que la section des cordons antérieurs de la » moelle donne plus facilement des convulsions à l'animal que la » section des postérieurs ; mais je trouvai difficile de faire l'expé» rience sans blesser à la fois les deux portions de la moelle. » Cependant, quelques années avant que M. Longet vînt la défendre et la faire accepter, Ch. Bell semble avoir abandonné sa théorie, car, dans un mémoire lu à la Société royale de Londres (*Philosophical Transactions*, 1835, 1re partie), il cherche à montrer que les faisceaux latéraux sont les parties de la moelle destinées à transmettre les impressions.

La première théorie de Ch. Bell, celle qui l'a rendu célèbre, et l'on pourrait presque dire la seule connue, trouva des contradicteurs. Bellingeri, Schœps, Rolando, Calmeil, Fodera et beaucoup d'autres, avaient remarqué que la section des faisceaux postérieurs n'est pas suivie de la perte de la sensibilité. Les doctrines les plus diverses régnaient sur les fonctions qui leur étaient dévolues ; il nous suffira d'en énumérer quelques-unes.

Les *faisceaux postérieurs* président exclusivement à la sensibilité (Ch. Bell), exclusivement au mouvement (Walker), plus à la sensibilité qu'au mouvement (Magendie, Soubert), aux mouvements d'extension (Bellingeri, Valentin, etc.), aux mouvements de flexion (Budge, Harless), à la fois à ces deux mouvements et à la sensibilité (Meckel, Schœps, Rolando, Calmeil, Jobert).

Les théories, on le voit, étaient bien différentes ; enfin M. Longet vint débrouiller le chaos et y substituer une théorie séduisante par sa simplicité, basée sur des expériences en apparence inatta-

quables, et qui, acceptée par tous, subsista sans conteste jusqu'au jour où les expériences de M. Brown-Séquard vinrent l'ébranler et semblèrent un instant devoir la renverser tout entière. Mais, pour qu'on puisse comprendre comment l'expérimentation, appliquée aux mêmes recherches par deux expérimentateurs également habiles et consciencieux, a pu donner des résultats si différents, nous devons rappeler en quelques mots la voie que tous deux ont suivie dans leurs travaux.

M. Longet eut recours à la section complète de la moelle sur des animaux adultes, le plus souvent des chiens, de manière à obtenir deux segments, l'un *caudal*, l'autre *céphalique;* puis, après avoir attendu un temps suffisant pour que les effets de l'action réflexe de la moelle eussent disparu, il appliquait successivement et comparativement les deux pôles d'une pile modérément forte aux faisceaux postérieurs et aux antérieurs du bout caudal de la moelle. L'excitation portée sur les faisceaux antérieurs était suivie de secousses convulsives dans le train postérieur de l'animal; l'application de l'électricité aux cordons postérieurs n'était suivie d'aucune contraction musculaire.

M. Brown-Séquard repousse ce procédé d'expérimentation, en objectant que la galvanisation d'un faisceau peut, en se propageant aux faisceaux environnants, donner des résultats erronés; il a préféré couper une portion quelconque de la moelle et étudier les effets de cette section sur les membres auxquels vont se rendre les nerfs qui appartiennent à la portion de moelle incisée. M. Longet, qui avait essayé d'abord de ce moyen, y avait renoncé, en objectant que les animaux auxquels on a ainsi ouvert le rachis, et dont on a mis la moelle à découvert, perdent en grande partie la sensibilité et le mouvement par le fait même de l'opération, ce qui jette une grande incertitude sur la réalité des phénomènes observés pendant l'expérimentation subséquente. Mais M. Brown-Séquard a pu, en n'enlevant que quelques arcs vertébraux, empêcher ces fâcheux effets de se produire, et les expériences qu'il a faites devant la commission de la Société de biologie prouvent surabondamment qu'après quelques instants de repos l'animal dont on a ouvert le rachis et découvert la moelle recouvre presque complétement la motilité et la sensibilité momentanément affaiblies.

Arrivons maintenant aux expériences que l'auteur relate dans son livre, expériences répétées par lui un grand nombre de fois à Alfort devant la commission, à Paris devant la Société de biologie.

La première, et sans contredit la plus remarquable au point de vue des effets obtenus, est la section transversale des faisceaux postérieurs de la moelle. Cette lésion, qui, suivant la théorie de Ch. Bell et de M. Longet, devrait être suivie d'une abolition ou tout au moins d'une diminution de la sensibilité, est, au contraire, suivie d'une hyperesthésie notable. Chez certains animaux, spécialement chez les lapins, il est facile de constater que la sensibilité est très augmentée dans toutes les parties qui reçoivent leurs nerfs de la portion de la moelle située au-dessous de la lésion. Avant l'opération, les plus énergiques pincements de la peau chez un lapin produisent de l'agitation, mais rarement des cris; lorsque la section des faisceaux postérieurs a été effectuée, le plus léger pincement amène des cris et une agitation bien plus grande. Quelquefois l'hyperesthésie est si considérable que la simple pression sur la peau fait crier l'animal. Que la section soit faite sur la portion lombaire, dorsale ou cervicale de la moelle, les effets sont constamment les mêmes : toujours on trouve de l'hyperesthésie dans les parties dont les nerfs naissent au-dessous de la section. Aussi longtemps que l'animal en expérience continue à vivre, aussi longtemps l'hyperesthésie persiste, excepté dans les cas où les deux surfaces de la section médullaire se réunissent; mais toujours alors la sensibilité est plus considérable dans la première semaine que dans les semaines ou les mois qui suivent.

Cette expérience a été répétée un grand nombre de fois, et elle a toujours donné les mêmes résultats lorsque la section n'a intéressé que les cordons postérieurs. Elle a été faite à Alfort devant la commission de la Société de biologie, et M. Broca, dans son rapport, en a consigné les résultats. L'animal choisi était un mouton adulte; après avoir mis la dure-mère spinale à nu dans l'étendue de 5 centimètres, on met l'animal en liberté; il peut se tenir debout et marcher, quoique la force de ses membres postérieurs semble diminuée. La sensibilité explorée est la même aux quatre membres. On incise la dure-mère, et l'on découvre la moelle dans l'étendue de 4 centimètres; puis M. Brown-Séquard, armé d'un ténaculum, pique la moelle, soulève sur la concavité de l'instrument la totalité des cordons postérieurs, et coupe avec un bistouri toute la portion soulevée. Cette section provoque une douleur extrêmement vive; l'animal s'agite convulsivement pendant plusieurs minutes; on le laisse reposer.

Au bout de dix minutes, on le remet sur ses pattes; il se tient debout, fait quelques pas et ne tarde pas à tomber; mais il se relève et marche assez bien au bout d'un quart d'heure. Il est certain, par conséquent, que la motilité du train postérieur est conservée.

L'animal étant replacé sur la table, on pince les membres thoraciques : la sensibilité y est normale, c'est-à-dire peu prononcée. On pince les membres abdominaux, la sensibilité y est évidemment exagérée. L'expérience, répétée un grand nombre de fois par MM. Brown-Séquard, Giraldès, Broca, Follin, etc., est constamment suivie du même résultat. Constamment aussi, l'excitation du segment *céphalique* des cordons postérieurs provoque une douleur manifeste assez passagère; mais l'excitation du segment *caudal* éveille une douleur *beaucoup plus vive*, *beaucoup plus durable*, accompagnée quelquefois de mouvements convulsifs de la totalité du corps.

Pour mettre un terme aux souffrances de l'animal, on lui ouvre la carotide : la mort survient en quelques minutes; mais on constate auparavant que l'hyperesthésie des membres abdominaux s'augmente à mesure que l'animal s'affaiblit. Elle devient tellement considérable que le moindre attouchement provoque des secousses convulsives.

La dissection de la pièce prouve que M. Brown-Séquard a exécuté son expérience avec une précision inespérée. Une coupe longitudinale de la moelle montre que la section a porté exactement sur toute l'épaisseur des cordons postérieurs : pas une fibre de moins, pas une molécule de plus.

Cette expérience, répétée un grand nombre de fois, prouve donc que *la section complète et isolée des cordons postérieurs de la moelle, loin d'amener, comme le croyaient Ch. Bell, M. Longet et presque tous les physiologistes, une paralysie plus ou moins complète des parties situées au-dessous de la lésion, amène, au contraire, une augmentation notable dans la sensibilité de ces parties;* que *si la section des racines postérieures en dehors de la moelle restée intacte est suivie de paralysie, on obtient un résultat inverse par la section des faisceaux postérieurs, dans lesquels pourtant ces racines semblent se rendre et s'épuiser.*

Voyons maintenant quel est le résultat de la section de toute l'épaisseur de la moelle, à l'exception des cordons postérieurs.

Cette expérience, faite antérieurement aux publications de M. Brown-Séquard par MM. Philippeaux et Vulpian, fut répétée par lui devant la commission, composée de MM. Marshall-Hall, Vulpian, Tholozan, Lorrain et Broca.

On ouvre le rachis d'un lapin adulte, et l'on met à découvert la moelle lombaire. Après avoir laissé reposer l'animal pendant deux heures, et avoir constaté que la sensibilité et le mouvement des membres abdominaux sont à peu près dans l'état normal, on enfonce en travers de la moelle un ténaculum, de manière à saisir dans la concavité de l'instrument la totalité des cordons postérieurs; mais, au lieu de ramener à lui le ténaculum et de couper avec la concavité de la lame, comme dans l'expérience précédente, les faisceaux postérieurs, M. Brown-Séquard appuie la convexité de l'instrument sur la face postérieure des corps vertébraux, écrase et divise complétement la totalité de la moelle épinière, à l'exception toutefois des cordons postérieurs, qui se trouvent ainsi isolément conservés et n'ont subi aucune violence.

Au moment où la section a été opérée, l'animal n'a pas crié, sa tête et ses membres thoraciques ne se sont pas contractés; mais ses membres abdominaux ont présenté des secousses convulsives qui ont duré plusieurs minutes. Lorsque le calme fut rétabli, on reconnut que le train postérieur était complétement paralysé, à la

fois *du sentiment et du mouvement*. On eut beau pincer, tenailler, couper à plusieurs reprises la queue et les doigts des pattes postérieures, l'animal resta tout à fait impassible; mais il s'agitait avec douleur quand on pinçait simplement les pattes antérieures.

L'autopsie permit de constater que la continuité des faisceaux postérieurs n'avait pas été interrompue, et qu'à l'exception d'un millimètre environ du cordon latéral droit tout le reste de la moelle était complétement coupé.

Cette expérience montre encore, contrairement à l'opinion généralement admise, que *l'intégrité des cordons postérieurs ne suffit pas pour assurer la transmission de la sensibilité*. Elle semblerait prouver que *la propriété de transmettre aux muscles les mouvements volontaires, celle de percevoir ou de transmettre les sensations, appartient sinon aux cordons antérieurs seuls, au moins à une certaine partie de la moelle autre que les cordons postérieurs*.

LÉON LE FORT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

## VIII

## VARIÉTÉS.

MM. les docteurs Monneret, médecin de l'hôpital Necker, et Noël Gueneau de Mussy, médecin de l'hôpital de la Pitié, sont nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Paris, en remplacement de MM. les docteurs Piedagnel et Legroux, décédés.

— M. le docteur Houzé, de Bruxelles, qui depuis dix ans prodigue gratuitement ses soins à la Société française de bienfaisance de cette ville, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— La Faculté de médecine de l'université de Liége vient de faire une nouvelle perte. M. Simon, professeur d'accouchements, et praticien du plus grand mérite, a succombé dans cette ville après une longue maladie.

— M. le docteur Aronssohn, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, a succombé le 8 de ce mois aux suites d'une longue et douloureuse maladie. M. Aronssohn était âgé de soixante-quatre ans.

— Le docteur Quekett, professeur d'histologie au Collége royal des chirurgiens d'Angleterre et conservateur du Musée huntérien, successeur du professeur Owen, vient de mourir à l'âge de quarante-six ans.

— Le discours de rentrée de la Faculté de médecine sera prononcé cette année par M. le professeur Moquin-Tandon. Le sujet est l'éloge de Duméril.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour la nomination aux places d'internes dans les hôpitaux de Paris, commencera le 19 octobre prochain. Le registre d'inscription sera clos le 6 octobre.

— M. le docteur Pamard, maire d'Avignon, ancien médecin en chef des hôpitaux de cette ville, vient d'être nommé député au Corps législatif.

— Une enquête est actuellement ouverte à la mairie du sixième arrondissement, pour l'acquisition des maisons formant les coins de la rue Jacob et de la rue des Saint-Pères, destinées à l'agrandissement de la Charité.

— La question de la création d'un asile d'aliénés dans le département du Rhône vient de faire un pas décisif. Sur le rapport de M. le docteur Arthaud, le conseil général a décidé que l'asile projeté contiendra douze cents places, et que les magnifiques propriétés que possèdent les hospices sur les communes d'Oullins et de Saint-Genis-Laval seront affectées à cette création.

## IX

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

ANNALES DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — N° 8.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Octobre. Délire hypochondriaque lié à la paralysie générale, par *Baillarger*. — Maladies du sens moral, par *Boileau de Castelnau*.

JOURNAL DE LA PHYSIOLOGIE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. — N° 12. Synthèse de la cataracte, par *Richardson* (suite). — Genèse et développement des follicules dentaires, par *C. Robin* et *Magitot*. — Anatomie et physiologie d'un anévrysme artérioso-veineux, par *Chauveau*. — Vitesse de la circulation dans les artères du cheval, par *Chauveau*, *Bertolus* et *Laroyenne*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Novembre. Préparation du cyanure de zinc, par *Oppermann*. — Formule du sirop d'éther, par *Boullay*. — Recherche du mercure dans les substances animales, par *Schneider*. — Empoisonnement par les champignons; instruction du conseil de santé des armées. — Décembre. Nouvelles combinaisons du bismuth, par *Nicklès*.

JOURNAL DES DENTISTES. — N° 3.

L'ART DENTAIRE. — N° 11.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 octobre. Traitement du croup par la pulvérisation, par *Barthez*. — Fièvre typhoïde et ses sources, par *Lhuillier*. — Clinique obstétricale de M. *Mattei*. — 15 novembre. Traitement du croup (suite). — Cautérisation ponctuée dans les affections articulaires, par *Hamon*. — 30 novembre. Sur la paralysie générale. — Du séjour à Nice, par *Pollet*. — Traitement de la fièvre intermittente par la respiration d'une solution quinique pulvérisée. — Remarques sur l'obstétrique, par *Mattei*. — 15 décembre. Diagnostic des fièvres à quinquina, par *Castan*. — Laryngoscopie, par *Moura-Bourouillou*. — Vues obstétricales, par *Mattei*. — 31 décembre. Des fièvres à quinquina. — Laryngoscopie, par *Moura-Bourouillou*.

BULLETIN MÉDICAL DU NORD DE LA FRANCE. — Novembre. Péritonite par rupture d'un kyste ovarique, par *Wannebroucq*. — Fractures du col du fémur, par *Joire*. — Sur le rachitisme, par *Féron*. — Décembre. Albuminurie puerpérale; éclampsie; guérison, par *Testelin*. — Plaie du bras; section du triceps, par *Arrachart*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 21. Travaux syphilographiques récents, par *Diday*. — Extirpation d'une tumeur périnéale, par *Philipeaux*. — Théorie des effets de l'électricité, par *Chauveau*. — 22. Topographie de Nice, par *Macario*. — Tétanos traumatique; injections d'atropine; insuccès, par *Chappet*. — 23. (Manque.) — 24. Vitesse de la circulation; nouvel *hémodromomètre*, par *Laroyenne*. — Danger de certains jouets d'enfants; empoisonnement par le bleu de Prusse, par *Paillon*. — 1861. — N° 1. Fracture de la base du crâne; liquide séreux par l'oreille droite, par *Couturier* et *Bernard*. — Antéversion et dysménorrhée; réduction, guérison, par *Boucaud*. — Sur le quinium et l'extrait de quina.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 11. De la méthode en thérapeutique, par *Biéchy*. — Inhalation de chloroforme dans les opérations sur les yeux, par *Stœber*. — 12. Emploi de l'air comprimé dans les travaux d'art, par *Willemin*. — Histologie pathologique du système nerveux, par *Michel*. — De la méthode en thérapeutique, par *Biéchy*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Novembre. Observation de sclérodermie, par *E. Gintrac*. — Étude médico-légale sur la coagulation du sang, par *M. Borchard*. — Décembre. Emploi du chloroforme dans les opérations, par *Cazenave*. — Fièvre typhoïde chez une vache, par *Festal*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Octobre. Paracentèse abdominale, par *Bonafos*. — Sur l'arnica, par *Dubois*. — Novembre. Fièvres intermittentes prenant la forme d'inflammations intestinales, par *Janot*.

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI. — Septembre et octobre. Maladie papuleuse de l'espèce chevaline, par *Marly* et *Caussé*. — Piqûre du pneumogastrique; atrophie du poumon, par *Festal*. — Fièvre typhoïde chez une vache, par *le même*. — Stuc pour la contention des fractures, par *le même*. — Excision de la matrice chez une vache, par *Claverie*.

MONTPELLIER MÉDICAL. — Novembre. Sur la diphthérie, par *Ad. Espagne*. — Mécanisme habituel de l'avortement; maladies de l'œuf, par *Courty*. — Aliéné aveugle; opération de la cataracte; retour de la vue et de la raison, par *Bouisson*. — Monstre celosomien aspalosome, par *X. Delore*. — Décembre. Doctrine des éléments pathologiques, par *Jaumes*. — Sur la luxation du fémur, par *A. Sabatier*. — Traitement des occlusions du vagin, par *Puech*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Octobre. Sur l'anatomie et la physiologie du mamelon (suite), par *Delmas*. — Clinique (amputation de la moelle, extraction d'une sonde brisée dans la vessie). — Novembre. Paralysies pendant la grossesse à l'état puerpéral, par *Péry*. — Décembre. Sur le mal de mer, par *Mestivier*. — Paralysies pendant la grossesse à l'état puerpéral, par *Péry*.

### Livres.

FLORE DES ENVIRONS DE PARIS, OU DESCRIPTION DES PLANTES QUI CROISSENT SPONTANÉMENT DANS CETTE RÉGION ET DE CELLES QUI Y SONT GÉNÉRALEMENT CULTIVÉES, ACCOMPAGNÉE DE TABLEAUX SYNOPTIQUES CONDUISANT A LA DÉTERMINATION DES FAMILLES, DES GENRES ET DES ESPÈCES, AVEC UNE CARTE DES ENVIRONS DE PARIS, par les docteurs *E. Cosson* et *Germain de Saint-Pierre*. Deuxième édition. 1 fort vol. in-8 de 1018 pages, avec une carte. Paris, Victor Masson et fils. 15 fr.

LETTRES SUR LA VIE RURALE, par M. *Victor de Tracy*. Deuxième édition. In-12 de 184 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

LE LIVRE DE LA FERME ET DES MAISONS DE CAMPAGNE, par une réunion d'agronomes, sous la direction de M. *P. Joigneaux*. Premier fascicule. 160 pages grand in-8 jésus, avec 150 figures intercalées dans le texte. Paris, Victor Masson et fils.

Cet ouvrage, qui, comme son titre l'indique, contiendra tout ce qui peut être utile au cultivateur et à tous ceux qui vivent à la campagne, formera un volume d'environ 2000 pages. Il paraîtra en douze livraisons du prix de 2 fr. 50 c. chacune. Pour recevoir la première livraison, envoyer 2 fr. 50 c. en timbres-poste ou en un bon sur la poste. Un prospectus détaillé est adressé sur demande affranchie.

Sommaire de la première livraison : *Qualités nécessaires aux cultivateurs et à la ménagère*. — *Météorologie*. — *Terrains*. — *Engrais*. — *Théorie et pratique des labours, hersages, roulages et binages*.

PHYSIOLOGISCHE BILDER (Tableaux physiologiques), par *L. Büchner*. Tome Ier. In-8. Leipzig, Thomas. 8 fr.

*Le Rédacteur en chef* : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 27 SEPTEMBRE 1861. — N° 39.

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

I. **Paris.** — II. **Histoire et critique.** Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie. — III. **Travaux originaux.** Exposition et réfutation de la théorie du docteur Rœser sur la cachexie goitreuse. — Nouvelle confirmation de la réalité de l'iodisme constitutionnel. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Obstétrique et gynécologie : Opérations césariennes. — Cas de médecine légale. — Môle hydatique. — Hydatides de l'utérus. — Absence de l'utérus. — Imperforation du vagin ; opération, mort. — Polype utérin expulsé spontanément. — Enfant ayant séjourné vingt-deux mois dans l'utérus. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — VIII. **Feuilleton.** Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, des rêves, du magnétisme et du somnambulisme.

## I

Paris, le 26 septembre 1861.

Les expériences se poursuivent sur la pénétration des eaux minérales pulvérisées dans les voies respiratoires. On trouvera aux Académies des sciences et de médecine le résumé de deux mémoires sur ce sujet; l'un de M. Fournié, tendant à prouver que si les poussières minérales sèches peuvent pénétrer jusque dans la trachée, et même, dans certaines conditions, jusque dans les poumons, il n'en est plus ainsi de l'eau fragmentée, qui ne dépasse pas le larynx; l'autre de M. Demarquay, établissant au contraire que l'eau pulvérisée, chargée de principes minéraux, pénètre jusque dans les poumons *chez les lapins*, et seulement jusque dans la trachée et les bronches *chez l'homme*. *Experientia fallax.*

L'Académie de médecine a entendu encore : 1° un rapport aussi sagement pensé qu'élégamment écrit de M. Blache, sur un mémoire de M. P. Garnier relatif à l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire; 2° une lecture de M. le docteur Burguières, médecin sanitaire au Caire, sur le dragonneau ou *ver de Médine*, lecture écoutée avec une attention soutenue par l'Académie, et dont notre confrère a été remercié par M. le président. A. D.

## II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

**Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie**, publiés par AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

CONCLUSIONS HISTORIQUES SUR L'INVENTION DE LA STAPHYLORRAPHIE AU XVIII<sup></sup>e ET AU XIXe SIÈCLE. — LEMONNIER. — EUSTACHE. — GRÆFE. — ROUX.

(Suite et fin. — Voir le numéro 38.)

Tout le monde connaît le vif débat de priorité soulevé, il y a

## FEUILLETON.

**Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, des rêves, du magnétisme et du somnambulisme**, par M. BRIERRE DE BOISMONT. Troisième édition. 1 vol. gros in-8. Paris, 1862, chez Germer Baillière.

Les médecins et les philosophes qui ont écrit ou disserté sur les hallucinations se partagent en deux camps. Les uns veulent que tous les hallucinés soient fous; les autres déclarent que l'hallucination n'est pas toujours et nécessairement un signe de compromission intellectuelle. Parmi les premiers figurent des manigraphes éminents et des penseurs d'un rare mérite, ayant nom Leuret, Lélut, Calmeil, Baillarger, Maury, Garnier et Castelnau. L'opinion contraire, soutenue avec plus ou moins de vigueur par MM. Parchappe, Buchez, Morel, Peisse et Dechambre, a trouvé surtout un habile et zélé défenseur dans M. Brierre de Boismont.

Le livre des *Hallucinations* est un vaste et remarquable plaidoyer, où l'auteur a réuni toutes les preuves, accumulé tous les témoignages, entassé tous les faits, capables d'assurer le triomphe de la cause généreuse qu'il a si vaillamment prise en main; c'est, en même temps, une protestation énergique contre cette doctrine trop absolue qui, rangeant sans merci tous les hallucinés parmi les fous, aboutit forcément à outrager de saintes croyances et à marquer du sceau de la folie le front des hommes qui ont le plus étonné le monde par la puissance de leur génie, la fécondité de leur esprit, l'importance de leurs découvertes, la renommée de leur sagesse ou l'éclat de leur héroïsme. Doctrine désolante et presque sacrilége, qui tend à proclamer que « les idées les plus sublimes, les plans les plus admirables, les entreprises les plus grandes, les actions les plus belles, ont été médités ou accomplis sous l'impulsion du délire. » Ah! nous livrons volontiers aux partisans exclusifs de ce système le superbe Nabuchodonosor, Balthasar et ses joyeux convives, les chevaux d'Hippolyte, l'âne de Balaam, le chien de Tobie, les rois Charles VI et Charles IX, les Ursulines

quarante ans environ, au sujet de la découverte de cette opération. Les Allemands réclamèrent pour Græfe (de Berlin), et les Français pour Roux. L'aigreur ne fit défaut ni d'un côté ni de l'autre, et, dans leur partialité habituelle contre notre chirurgie, les Germains allèrent jusqu'à suspecter la bonne foi de notre illustre compatriote, qui, sous ce rapport, était pourtant bien au-dessus du soupçon. En France même, de bienveillants confrères de Roux se firent sourdement l'écho de cette calomnie, qui, n'étant pas viable, ne vécut pas. En elle-même, la priorité était pourtant facile à adjuger, on n'avait qu'à consulter les dates. Or, rien de plus évident, Græfe avait précédé Roux; mais ce qui resta tout aussi démontré moralement, c'est que, sous le coup d'une inspiration soudaine, Roux, de son côté, avait imaginé la staphylorrhaphie en moins de temps qu'il n'en a fallu pour écrire ce paragraphe.

Voici donc pour le XIX$^{e}$ siècle deux inventeurs. Mais le XVIII$^{e}$ siècle en a également fourni deux autres : l'un pratiquant l'opération ; l'autre tout prêt à la pratiquer après de longues méditations, et avec une connaissance profonde du sujet.

Ces deux inventeurs du XVIII$^{e}$ siècle sont bien nés sur la rive française du Rhin, et à une époque où la chirurgie allemande était loin d'égaler la nôtre.

Jusqu'à ce que nos voisins aient exhibé des textes antérieurs à 1766 et à 1783, nous nous permettrons de compter la suture du voile du palais parmi les fastes de la chirurgie française.

Lemonnier, Eustache, Græfe, Roux, tel est l'ordre chronologique dans lequel il faudra, à l'avenir, nommer ceux qui ont successivement inventé la staphylorrhaphie.

La date d'apparition de ce progrès est, comme on le voit, assez récente, et il semble que l'historique n'en eût pas été malaisé à tracer, et pourtant il s'y est glissé déjà des erreurs si singulières qu'il me paraît indispensable de les rectifier, afin qu'elles disparaissent au moins de nos prochains livres classiques.

La reproduction de quelques textes fort courts rétablira sans peine l'exactitude. M. Velpeau a le mérite d'avoir découvert les premières traces de la staphylorrhaphie en France; elles se trouvent dans un ouvrage obscur intitulé : *Traité des principaux objets de médecine*, par Robert, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris. 1766, t. I$^{er}$, p. 8.

Voici le passage :

« Un enfant avait le palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents incisives. M. Lemonnier, très habile dentiste, essaya, avec succès, de réunir les deux bords de la fente. Il fit d'abord plusieurs points de suture pour les tenir rapprochés; ensuite il les rafraîchit avec un instrument tranchant; il y survint une inflammation qui se termina par la suppuration; celle-ci fut suivie de la réunion des deux lèvres de la plaie artificielle. L'enfant fut parfaitement guéri.

» Le même dentiste est parvenu, contre l'opinion de bien des gens de l'art, à boucher des trous qui s'étaient formés au palais et pour lesquels on faisait usage d'obturateurs. Tout son art consistait à exciter dans le contour de la plaie une inflammation; il la procurait par de légères irritations; l'action y devenait plus vive et les humeurs s'y portaient avec plus d'abondance; enfin le trou, par les différentes couches du suc muqueux appliquées successivement, parvenait à se boucher (1). »

Je pense avec M. Velpeau (*Méd. opér.*, t. III, p. 573, édit. 1839) que ce texte, quoique incomplet, caractérise suffisamment la staphylorrhaphie pour qu'il soit impossible de contester la priorité de Lemonnier. Les Allemands, qui sont si fiers de leur érudition, qui nous reprochent si âprement notre ignorance bibliographique, et qui ont fait enfin un si grand crime à Roux et à ses compatriotes de n'avoir pas lu le passage du journal d'Hufeland, auraient pu tout aussi facilement connaître l'ouvrage de Robert, et ils se seraient évité la peine de revendiquer avec autant d'ardeur une découverte qui ne leur appartient pas.

Dans les débats de cette nature, il faut donner aux réclamations une allure modérée et modeste, si l'on ne veut pas s'exposer à être convaincu d'erreur et flagellé à son tour. Si l'on objectait la concision fâcheuse du passage de Robert, nous répondrions que le paragraphe du journal d'Hufeland n'est pas plus explicite.

Eustache ne paraît pas avoir connu l'opération de Lemonnier. Son travail occupe la seconde place dans l'ordre chronologique ; mais peut-il servir à établir en faveur de la France une seconde priorité? Il n'a point été publié à la vérité, et rien ne peut faire supposer qu'il ait été connu de Græfe ni de Roux. Il pourrait donc être considéré comme non avenu dans la discussion historique. Je dois cependant faire observer que si la publication *imprimée* constitue le plus irréfragable des témoignages historiques, les paquets cachetés, les communications aux Sociétés savantes, les procès-verbaux et les archives de ces dernières établissent également les droits aux découvertes. On ne saurait reprocher aux auteurs de n'avoir point connaissance de ces publicités imparfaites ; mais *il* est admis également que les inventeurs ou ceux qui se croient tels doivent s'incliner devant l'exhibition régulière des pièces de la nature de celles que j'édite. Il n'y a pour la vérité historique ni temps, ni lieu, ni prescription quelconque ; et, pour avoir été oubliée ou méconnue, une découverte n'en conserve pas moins ses droits imprescriptibles quand elle est en mesure de les démontrer.

Point de doutes à mes yeux, Eustache, précédé par Lemonnier dans l'exécution de la suture du voile du palais, n'en est pas moins le premier qui ait fourni à ses contemporains des préceptes sérieux et explicites pour l'exécution de la staphylorrhaphie.

Arrivons au XIX$^{e}$ siècle. La chirurgie réparatrice renaissait sous l'influence des travaux de Larrey, de Græfe, de Carpue, de Delpech, etc. Tout le monde commençait à s'en occuper; c'était aussi l'époque où chacun cherchait à étendre le champ de la médecine opératoire en ajoutant des procédés nouveaux aux méthodes déjà

(1) J'ai rapporté le second paragraphe, où il est fait mention du traitement des perforations du palais, par la cautérisation probablement. Notons que la réunion des deux moitiés du voile eut lieu par seconde intention, car les plaies d'avivement suppurèrent.

---

de Loudun et les convulsionnaires de Saint-Médard; mais nous éprouvons quelque répugnance à leur abandonner Socrate, Brutus, Constantin le Grand, Pierre l'Hermite, Godefroy de Bouillon, Plotin, Jeanne d'Arc, Van-Helmont, Swammerdam, le Tasse, Luther, Pascal, Fox, Jean-Jacques Rousseau, et tant d'autres illustres visionnaires des temps passés et des temps présents, qui ont cru à leur étoile ou qui ont obéi à des voix mystérieuses.

« Nulle comparaison sérieuse à établir, dit M. Brierre de Boismont, entre les hallucinations de ces personnages fameux et celles des aliénés. Là, des entreprises conçues, suivies, exécutées avec toute la force du raisonnement, l'enchaînement des faits, la puissance du génie, et dont l'hallucination n'est que l'auxiliaire; ici, des projets sans suite, sans but, sans actualité, et toujours frappés au coin de la folie... Les premiers, puissants, forts, logiques, se montrent pleins de grandeur dans leurs actes; ils sont les représentants d'une époque, d'un besoin, d'une idée; les autres, faibles, indécis, rusés, absurdes, ne sont l'expression d'aucun besoin, et ne se proposent que des missions sans motif et sans utilité. Les hallucinations des uns sont les conséquences du temps, elles n'ont aucune influence (l'auteur aurait dû ajouter *funeste*) sur leur raison, tandis que celles des autres proviennent de l'organisation malade de l'individu et sont toujours plus ou moins compliquées de délire. »

Je souscris en grande partie à cette opinion; mais l'auteur me paraît aller trop loin quand il énonce, au commencement de ce passage, qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre les hallucinations des fous et celles des sages. Et la preuve qu'il va trop loin, c'est qu'il se réfute lui-même dans un autre endroit (p. 505), où il dit : « En fait, les hallucinations des individus raisonnables, comme celles des aliénés, sont *identiques* dans leur essence; les uns et les autres croient entendre, voir, flairer, goûter, palper des choses qui ne sont sensibles que pour eux. » M. Brierre, pour rester strictement dans le vrai, aurait donc dû dire : « Nulle comparaison à établir entre les *effets*, les *conséquences* de l'hallucination chez le fou et chez l'homme sain d'esprit. » Et telle est sans doute sa pensée intime, qu'une négligence de forme aura obscurcie.

connues. Rien de plus naturel que d'admettre l'invention de la staphylorrhaphie germant dans plusieurs têtes d'une manière simultanée. Voici, à l'appui de cette hypothèse, quelques arguments que du reste je donne pour ce qu'ils valent :

Au dire de M. Velpeau (*Médecine opératoire*, 1839, t. III, p. 573), M. Colombe affirmait avoir fait des tentatives sur le cadavre dès 1813, et avoir, en 1815, proposé l'opération à un malade qui la refusa. M. Velpeau omet de nous dire où l'auteur qu'il cite fit valoir ses prétentions, et je n'ai pu retrouver nulle part la trace de cette revendication.

Le tome XVI^e du *Journal universel des sciences médicales*, 4^e année, publié en 1819, mentionne à la page 356 la première opération de Roux. L'article commence par ce passage remarquable : « Il y a plusieurs années que M. Itard fut consulté par la famille » d'une jeune Hollandaise affligée de ce vice de conformation » (division congénitale du voile du palais et de la luette) dont les » exemples ne sont pas très rares. Il proposa de tenter la réunion » des parties à l'aide de quelques points de suture ; mais l'opéra» tion ne fut point pratiquée, un chirurgien distingué de la capi» tale ayant jugé qu'elle ne serait suivie d'aucun succès. Elle » vient pourtant de réussir complétement entre les mains de » M. Roux, etc., etc. »

J'ai vainement cherché la preuve écrite du conseil donné par Itard, qui néanmoins paraît avoir conçu de son côté la possibilité de la staphylorrhaphie. Quoique n'indiquant pas de date précise, ce document est plus important que celui qui précède, car l'idée d'Itard est consignée ainsi en 1819, époque postérieure, il est vrai, à l'opération de Græfe, mais antérieure à la réclamation de priorité faite par ce dernier. Si les éditeurs du *Journal universel* ont eu l'intention de contester la priorité de Roux, ils n'ont à coup sûr point songé à prendre part à la discussion internationale suscitée entre les Allemands et les Français, puisque cette querelle ne prit naissance que l'année suivante.

J'ai avancé que la staphylorrhaphie était dans la période d'enfantement depuis plusieurs années. J'en trouve une nouvelle preuve dans le fameux passage si court, si incomplet, du journal de Hufeland, où il est dit que Græfe, avant 1816, avait fait bien des essais vains. En voici la traduction littérale : « Le 27 décembre 1816, M. Græfe, conseiller intime, parla (devant la Société médico-chirurgicale de Berlin) des divisions du voile du palais qui peuvent être produites aussi bien de naissance que par maladie ; *il avait fait bien des essais vains* pour guérir le mal ou pour y remédier par l'art, jusqu'au moment où, dans un cas dans lequel la fente était extrêmement considérable et allait jusqu'aux os, il eut l'idée de réunir par lien et inflammation excitée artificiellement.

» Il inventa pour cela des aiguilles et des porte-aiguilles particuliers, et exécuta ainsi la suture, qui, conjointement avec des attouchements avec l'acide muriatique et la teinture de cantharides (il donne la préférence à cette dernière pour exciter le processus plastique), obtint *une guérison si complète que la personne pouvait, après cela, parler distinctement et avaler tout à fait bien.* » (*Journal für practische Heilkunde von Hufeland und Harles*, Band XLIV. Erstes Stück, januar 1817, page 116 (1).)

Le texte que l'on vient de lire est très suffisant à la vérité pour établir la priorité de Græfe sur Roux ; mais il faut convenir qu'il est bien écourté, et que, perdu dans les *faits divers* d'un journal, il a pu échapper aux lecteurs aussi aisément que le passage de l'ouvrage de Robert, qui est resté ignoré jusqu'à l'année 1839. En supposant même que Roux ait eu connaissance de la tentative du savant chirurgien de Berlin, il n'aurait pu tirer grand profit du *Manuel opératoire* indiqué, tant celui-ci est obscur à force d'être concis.

Dire qu'on a inventé des aiguilles et des porte-aiguilles particuliers, et qu'on a employé la suture conjointement avec l'acide muriatique et la teinture de cantharides, ne peut raisonnablement passer pour une description suffisante, lorsqu'il s'agit d'un procédé aussi minutieux, et qui exige autant de détails que celui de la staphylorrhaphie. Roux d'ailleurs procéda tout différemment, et donna d'emblée des indications beaucoup plus explicites que la presse française reproduisit ; on peut s'en convaincre en lisant en entier l'article du *Journal universel*, dont je n'ai transcrit plus haut que le premier paragraphe.

Non-seulement il me paraît évident que Roux ne connaissait pas l'article du journal d'Hufeland, mais je suis fondé à croire qu'il ne l'a jamais lu dans la suite, et je vais plus loin, car je crois qu'AUCUN AUTEUR FRANÇAIS NE L'A CONSULTÉ jusqu'à ce jour, pas même Richerand, qui, traitant la question de priorité entre Græfe et Roux, cite pourtant le numéro du journal et apprend à ses lecteurs que le volume se trouve dans la bibliothèque de notre Faculté (2).

Avancer que, depuis 1817, c'est-à-dire depuis quarante-quatre ans révolus, personne en France n'a eu la curiosité de lire un passage de dix lignes, semblera peut-être bien hasardé ; aussi vais-je le prouver, ce qui me servira en même temps à relever une grosse erreur historique qui s'est glissée dans la plupart des livres, mémoires ou monographies imprimés dans notre langue, et qui traitent de la suture du voile du palais.

J'ai consulté tous les écrits anciens ou récents que j'ai pu me procurer ; j'en compte près de trente. On peut les distinguer en plusieurs catégories : les uns gardent sur l'historique un silence

(1) Pour l'édification des érudits je transcris ici le texte allemand :

« Den 27. December. Herr Geheimrath Græfe sprach von den Spaltungen des weichen Gaumens, die sowohl angeboren als durch Krankheiten erzeugt sein können. Er hatte mehrmas vergebene Versuche gemacht, das Uebel zu heilen oder künstlich zu ersetzen, bis er endlich in einem Falle, wo die Spaltung äusserst beträchtlich war, und bis an den Knochen ging, die Idee fasste, sie durch Heften und künstlich erregte Entzündung zu vereinigen. Er erfand hierzu eigene Nadeln und Nadelhalter und bewerkstelligte dadurch die Sutur, welche in Verbindung des Bestreichens mit *acidum muriaticum* und *tinctura cantharidum* (welchem letztern er zur Erregung des plastischen Processes den Vorzug gibt) eine so vollkommene Heilung bewirkte, dass die Person nachher vollkommen gut schlucken und deutlich sprechen konnte. »

(2) *Histoire des progrès récents de la chirurgie*, par M. le chevalier Richerand, Paris, 1825, p. 41 et 333.

---

C'est là, si je ne me trompe, que se trouve le nœud de l'importante question qui divise aujourd'hui les médecins aliénistes. Je veux m'y arrêter un moment, afin de prouver que le problème est plus près de sa solution qu'on ne se l'imagine, et que les dissidences ne sont pas aussi profondes qu'on le croirait de prime abord.

L'hallucination, quel que soit le sujet qu'elle affecte, sage ou fou, est une exagération ou plutôt une aberration fonctionnelle du *sensorium commune*, du centre des perceptions ; c'est là une vérité universellement reconnue et sur laquelle il n'est plus permis de discuter. Mais cette aberration suffit-elle à elle seule pour justifier l'imputation de folie ? Je ne le crois pas. Sans doute, l'hallucination accompagne presque toujours la folie, et souvent elle y conduit ; mais elle n'en est pas nécessairement et forcément un symptôme pathognomonique, un phénomène constitutif. « Pour que la folie soit réelle, confirmée, a dit avec infiniment de sens M. Dechambre, pour qu'il y ait *aliénation*, il faut, afin de rester fidèle à l'étymologie du mot, qu'une atteinte plus ou moins profonde ait été portée à la partie affective ou intellectuelle de la conscience ; que l'individu ne soit plus maître ni de sa volonté ni de son jugement (1). » Oui, ajouterai-je, pour qu'un halluciné mérite d'être classé parmi les aliénés, il faut que l'hallucination ébranle sa raison, pervertisse ses instincts, bouleverse ses sentiments, trouble ses idées, fasse trébucher son discernement, obscurcisse ou anéantisse chez lui le sens moral ; il faut qu'elle exerce une influence funeste sur son caractère, sur ses penchants, sur ses habitudes, sur ses mœurs, sur ses déterminations, et qu'elle le pousse à tenir des propos déraisonnables ou à commettre des actions insensées.

Est-ce là ce que nous trouvons chez tous les hallucinés, et particulièrement chez ceux qui ont joué un rôle considérable dans l'histoire de l'humanité ? M. Lélut, malgré son grand talent,

(1) Nous remercions notre distingué collaborateur de l'appel qu'il veut bien faire à notre opinion. La phrase qu'il cite, pour exprimer rigoureusement la vérité, devrait se terminer ainsi : « Il faut... que l'individu ne soit plus maître *ou* de sa volonté *ou* de son jugement. » A. D.

complet; les autres ne parlent que de Roux, ou, s'ils citent Græfe, n'indiquent aucune date précise; d'autres enfin, abordant la question de priorité, l'accordent sans difficulté au chirurgien de Berlin, mais y joignent comme une sorte de correctif et avec de nombreuses variantes une phrase dont le sens général est celui-ci : A M. Græfe appartient le mérite d'avoir LE PREMIER *tenté l'entreprise, mais à Roux revient l'honneur de l'avoir* LE PREMIER *mené à bonne fin, car Græfe échoua en 1816, et Roux au contraire réussit du premier coup*. A l'Allemand l'idée, au Français le succès : telle serait la répartition, d'après nos auteurs.

Or, c'est ce qui me fait dire qu'ils n'ont pas lu le journal d'Hufeland, car ils n'auraient point conclu de la sorte en présence de ces lignes si explicites et si claires :

« *M. Græfe obtint une guérison si complète que la personne pouvait, après cela, parler distinctement et avaler tout à fait bien.* »

On trouve des renseignements plus piquants encore dans une autre publication allemande. C'est un article du CONSTITUTIONNEL du 22 octobre 1819, n° 296, p. 3, qui apprit à Græfe que Roux venait d'exécuter récemment et avec succès la suture du voile du palais. Le chirurgien de Berlin fit paraître bientôt après son mémoire sur la staphylorrhaphie dans le journal qu'il rédigeait avec Von Walther (*Journal der Chirurgie und Augen-Heilkunde*, erster Band, erster Heft, Berlin, 1820, p. 1). A cette date, Græfe avait pratiqué quatre fois la suture du voile du palais; il avait échoué trois fois, réussi une. Or, son unique succès était précisément le fameux cas de 1816; il avait été constaté par M. le conseiller d'État Hufeland, par les conseillers intimes Richter et Rudolphi, par le professeur Bernstein, par les docteurs Boehm, Juncken, Michaëlis et de nombreux élèves.

C'est précisément le même cas qui est représenté dans les planches jointes au mémoire (voy. pl. II, fig. 1); c'est sur cette malade robuste et vigoureuse que l'épiderme des lèvres de la plaie fut détruit par les moyens chimiques, et chez laquelle, après la première opération, il resta dans l'angle supérieur de la division un petit trou qu'on parvint à fermer, le tout avec le meilleur résultat qu'on puisse souhaiter. La guérison est représentée encore dans la figure 3 de la planche II pour l'édification complète du lecteur.

Enfin c'est cette même observation que Græfe cite dans la note qui termine son mémoire (p. 53) pour réclamer la priorité en termes assez âpres, et pour chercher à démontrer que Roux a dû connaître l'article du journal d'Hufeland.

Je ne pousserai pas plus loin l'historique de la staphylorrhaphie, quoique dans ses périodes les plus modernes il soit encore entaché de nombreuses inexactitudes; mais il m'a semblé indispensable de rétablir la vérité au moins en ce qui concerne la première opération du praticien de Berlin, surtout lorsque je rends aux chirurgiens français du XVIII<sup></sup>e siècle la priorité non douteuse de la suture du voile du palais. J'espère que cette rectification trouvera place désormais dans nos livres classiques, et pour rendre la chose plus certaine je résumerai en quelques courtes propositions les faits principaux de cette discussion :

1° L'histoire de la staphylorrhaphie peut être divisée en deux périodes distinctes : la première qui comprend les tentatives faites au XVIIIe siècle et au commencement du XIXe jusqu'en 1816 ; la seconde qui s'étend depuis la première opération de Græfe jusqu'à nos jours.

2° La période ancienne appartient exclusivement à la chirurgie française. Le premier nom inscrit est celui d'un dentiste, Lemonnier, qui pratiqua avec succès la suture à une époque indéterminée, mais antérieure à 1766. Le même praticien parvint à oblitérer par la cautérisation les perforations de la voûte palatine.

Nous ignorons les détails de la première opération, et quels motifs conduisirent Lemonnier à cette belle conception.

3° Au mois de septembre 1779, Eustache (de Béziers) proposa la suture du voile du palais à un malade auquel il avait la veille divisé cet organe pour extirper un polype du pharynx. L'opération fut refusée. Cependant, ayant étudié avec soin la physiologie du voile du palais et sa division congénitale, Eustache persista à croire qu'on pourrait avec succès réunir les deux moitiés du voile séparées, soit de naissance, soit par accident. Il décrivit un procédé opératoire, prévit les accidents possibles, et traça les indications principales avec la plus grande sagacité. Après de longues méditations, il communiqua ses idées à l'Académie de chirurgie en 1783. Dubois fit promptement son rapport, et déclara l'opération impraticable. Eustache, qui attendait la décision favorable pour agir, s'abstint, sans doute, après cet arrêt. Dans tous les cas, nous ignorons tout à fait s'il mit son projet à exécution.

4° Il est possible qu'avant 1816 Colombe et Itard aient songé à pratiquer la staphylorrhaphie, et l'aient même proposée formellement à des malades; mais rien ne le prouve *suffisamment* à l'historien sévère.

5° La seconde période commence à Græfe, qui en 1816 opéra et réussit. Son procédé était défectueux : aussi les trois essais subséquents tentés avant 1820 furent-ils suivis d'insuccès.

6° En 1819, Roux imagina spontanément la staphylorrhaphie; il mit en usage un bon procédé, qui du premier coup amena la guérison. Cette opération eut un immense retentissement, et contribua essentiellement à vulgariser la découverte.

7° Il paraît certain que la suture du voile du palais a été découverte au moins quatre fois; car aucun des inventeurs ne semble avoir eu connaissance des publications antérieures. Le silence gardé par les livres classiques de toutes les époques sur ces essais en doit être accusé. L'Académie de chirurgie est responsable pour sa part d'un retard de plus de trente ans dans l'avènement d'une des opérations modernes les plus brillantes.

8° La production des textes précédents devra désormais faire cesser tout débat de priorité ; elle servira de même à rendre *cuique suum*. Enfin, le nom d'Eustache (de Béziers), jusqu'ici resté obscur, devra prendre place à l'avenir sur la liste des chirurgiens qui ont

---

n'est point parvenu, que je sache, à casser le jugement porté sur Socrate par l'oracle de Delphes, et, nonobstant son *démon familier*, le fils de Sophronisque sera proclamé dans les siècles futurs, comme il l'a été dans les siècles passés, le plus sage des Grecs. Dans un livre qui est un chef-d'œuvre de bon sens et d'érudition, M. Calmeil, en parlant des hallucinations de Jeanne d'Arc, déclare qu'elles agissaient « en enflammant son ardeur guerrière, en communiquant à son commandement un air de puissance presque inouï, en entretenant une sorte d'illumination de tout l'entendement, plutôt qu'en faussant les combinaisons de son esprit et la rectitude de son jugement. » L'auteur ajoute plus loin « qu'il arriva qu'en prenant des erreurs de l'imagination pour des faveurs célestes, on sauva un royaume en fondant un beau nom ». Je le demande respectueusement à mon savant et vénéré maître, un pareil résultat n'aurait-il pas dû le rendre un peu moins sévère envers « la petite Romée », et ne fait-il pas regretter de voir inscrit en tête d'un ouvrage *sur la folie* le nom d'une « héroïne dont le coup d'œil est perçant comme l'éclair, le jugement si droit, la volonté si ferme, l'exécution si prompte, le courage si redoutable, la répartie si éloquente et si noble, dont les vues sont si profondes et si sages, les conseils si utiles à sa patrie et à son roi » ? M. Calmeil, de qui sont ces paroles, s'exprimerait-il autrement s'il avait à faire le panégyrique du plus sage et du plus vaillant des héros ?

Ainsi donc, il est bien avéré pour nous qu'on peut être halluciné sans être fou. L'histoire tout entière proteste en faveur de cette opinion; et les exemples choisis par nos honorables contradicteurs sont précisément les meilleurs arguments qu'on puisse opposer à leur doctrine. Il est clair, en effet, qu'en citant Socrate et Jeanne d'Arc, on est fatalement amené à conclure que l'hallucination est compatible avec l'intégrité du jugement et l'exercice régulier de la raison, ou, en d'autres termes, que l'hallucination n'est point la folie. Chose étrange ! ce sont les plus fervents et les plus distingués disciples d'Esquirol qui ont soutenu l'identité des deux névroses; et en cela ils ont cru suivre fidèlement les errements du maître. Eh bien ! comme il arrive presque toujours, ils sont allés plus loin, ils ont dépassé le but ; car Esquirol déclare

bien mérité de la science. C'est encore un *petit prophète* réhabilité.

Errata. — Fautes à corriger dans l'article précédent :

P. 602, 1re colonne, 8e paragraphe, ligne 2, au lieu de : *après l'observation*, lisez : *après l'opération*.

P. 603, 2e colonne, 7e paragraphe, ligne 8, au lieu de : *rôle du palais*, lisez : *voile du palais*.

---

## III

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie interne.

### Exposition et réfutation de la théorie du docteur Rœser sur la cachexie goîtreuse (1). — Nouvelle confirmation de la réalité de l'iodisme constitutionnel; mémoire posthume du docteur F. Rilliet.

Lorsque j'ai soumis au jugement de l'Académie mon mémoire sur l'iodisme constitutionnel, je n'avais aucune connaissance des recherches faites sur le même sujet par le docteur Rœser. Je le regrette, et je ne le regrette pas. Je regrette mon ignorance; parce que, mieux instruit, j'aurais ajouté une page de plus à la question historique, et rendu un hommage mérité aux intéressants travaux de mon confrère wurtembergeois; mais, d'un autre côté, mon ignorance même m'a servi en imprimant à mon travail un cachet d'indépendance encore mieux caractérisé. Je m'explique : il existe entre les descriptions du docteur Rœser et les miennes une si grande ressemblance qu'on les dirait copiées les unes sur les autres; nous sommes d'accord sur tous les points, hors un seul; il est vrai qu'il est capital; j'y reviendrai plus tard. On comprend combien la concordance nosographique donne de valeur à un fait pathologique contesté, et combien l'importance de ce genre de preuve augmente quand deux auteurs placés à un point de vue différent, et sans avoir connaissance de leurs travaux réciproques, arrivent en définitive à la même conclusion pratique.

Voici en quels termes le docteur Rœser a décrit, dans son troisième mémoire, la maladie qu'il appelait en 1844 *la soi-disant maladie iodée* (*die sogenannte Jodkrankheit*), et qu'il a nommée plus tard *cachexie goîtreuse ou strumeuse* (*Kropfkachexie*) (1) :

Obs. — Une pommade contenant 6 grammes d'iodure de potassium pour 32 grammes d'axonge, n'a pas été à moitié employée que le goître a déjà disparu, ou bien à propos d'une tumeur de l'abdomen, on administre trois fois par jour dans une chop d'eau (un quart de litre) trente à quarante gouttes d'une solution d'iodure de potassium dans 32 grammes de véhicule; et un goître invétéré, auquel on n'avait pas pris garde, disparaît subitement; on voit alors le pouls s'accélérer et battre à 100 à 130 pulsations; les malades maigrissent plus rapidement même que dans un typhus; la graisse et les chairs s'évanouissent pour ainsi dire, ils se sentent profondément atteints physiquement et moralement, tristes et inquiets de ces symptômes inopinés. La plupart sont persuadés qu'ils sont en voie de consomption; le sommeil, le plus souvent bon, est quelquefois aussi suspendu par les inquiétudes des malades ou par des pulsations dans le corps entier. Ils ont une sensation de tremblement dans les bras, les mains, les pieds; ils tremblent dans les travaux délicats d'écriture et de couture, etc. Quelquefois leur démarche est chancelante, sans qu'ils sentent le besoin de garder le lit; ils le fuient plutôt, et, le plus souvent, ils restent debout pendant la journée entière. Quelques-uns cèdent à la faiblesse et se couchent temporairement. Lorsque le système nerveux est profondément ébranlé, on ne réussit à reconnaître aucune affection locale des centres nerveux, aucune irritation spinale, mais on constate seulement un trouble général comparable à un empoisonnement, ce qui n'arrive pas dans les cas d'irritation causée par l'iode.

Dès le commencement de la maladie, on remarque une grande disposition aux sueurs abondantes, sans augmentation sensible des autres sécrétions. La circulation rapide semble consumer la graisse et les chairs. En outre, les malades chez lesquels l'emploi de l'iode a été purement extérieur, se plaignent de sécheresse à la gorge, conséquence des fortes transpirations et de la rapidité de la circulation. On n'observe rien d'anormal dans le tube intestinal; la langue et la gorge sont seulement parfois un peu rouges; de là un peu de toux et d'enrouement, résultant soit de ce fait, soit du trouble nerveux général; la soif est un peu augmentée,

(1) C'est dans la *Gazette hebdomadaire*, n° 13, 1860, que j'ai trouvé l'indication bibliographique des trois mémoires publiés par le docteur Rœser, et un extrait assez détaillé du troisième. Dernièrement, j'ai reçu de mon honorable confrère de Bartenstein un quatrième mémoire daté du 3 septembre 1860. Dans la lettre qui accompagne cet envoi, M. Rœser me signale un nouveau fait de cachexie goîtreuse (iodisme constitutionnel) concernant une dame âgée, en ce moment sous ses soins, cas fort intéressant au point de vue du diagnostic.

Voici les titres exacts de ces documents, avec l'indication de l'année, du numéro et de la page du journal où ils ont été insérés. Je dois à l'obligeance de mes confrères, les docteurs Claparède et Gaulier, la traduction littérale de ces différents mémoires. Dans les citations que j'ai faites, je me suis toujours tenu scrupuleusement au texte original, sauf quelques modifications de rédaction tout à fait insignifiantes.

Pour éviter des longueurs dans les notes subséquentes, je désignerai ces mémoires par les chiffres 1, 2, 3, 4, correspondant à leur date de publication :

Premier mémoire : *Ueber die sogennante Iodkrankheit in dem medicinischen Correspondenz-Blatt des Wurtembergischen Ærtzlichen Vereins*, Band. XIV, 26 novembre 1844, n° 31, p. 241.

Deuxième mémoire : *Ueber die sogennante Iodkrankheit richtiger Krankheit der vertriebenen Kröpfe*, von Hofrath Dr Rœser in Bartenstein, in *Archiv für Physiologische Heilkunde, Siebenter Jahrgang*, 1848, p. 74 à 88.

Troisième mémoire : *Ueber die Jodkrankheit und über die Kropfcachexie falschlich auch Iodkrankheit genannt*, *Archiv für physiologische Heilkunde*, Heft. VI, 1859, s. 494 à 518.

Quatrième mémoire : *Ein Beitrag zur Kropfcachexie tisher falschlich Iodkrankheit genannt*, *Medicinisches Correspondenz-Blatt*, etc., 3 septembre 1860, p. 258, 262.

Le premier mémoire contient la nosographie de la cachexie goîtreuse, précédée de détails intéressants sur les effets primaires et secondaires de l'iode.

Le second est consacré à la réfutation des objections élevées contre la nouvelle théorie par les docteurs Wunderlich et Hampold; il renferme, en outre, des observations détaillées fort curieuses.

Le troisième est en partie la reproduction des deux précédents; mais on y trouve des descriptions encore plus complètes de la cachexie goîtreuse et des véritables iodismes aigus et chroniques, avec des observations à l'appui. Les conditions étiologiques, le diagnostic et le pronostic, sont étudiés avec soin.

Le quatrième est le résumé des trois précédents. Sa reproduction pourrait suffire pour donner une notion complète des opinions théoriques et pratiques de l'auteur.

(1) 3e mémoire, *loc. cit.*, p. 505 à 510.

---

très formellement « qu'on peut être halluciné et ne point délirer », et que « les hommes les plus remarquables par la capacité de leur intelligence, par la profondeur de leur raison et la force de leur esprit, ne sont pas toujours à l'abri de ce symptôme ».

S'il était encore besoin d'invoquer d'autres arguments pour démontrer la non-identité de l'hallucination et de la folie, nous pourrions en puiser, et de très péremptoires, dans les phénomènes produits par l'ingestion du hachisch et des substances narcotiques, et dans ce singulier état nerveux que M. d'Escayrac de Lauterac a décrit sous le nom de *ragle* ou hallucination du désert. Je me contente de signaler cet ordre de faits, sur lesquels le lecteur trouvera des détails très complets dans l'ouvrage de M. Brierre de Boismont, au chapitre consacré à l'étude des hallucinations par intoxication.

Si je soutiens avec l'auteur de ce livre que l'hallucination est souvent isolée, indépendante de la folie, et qu'elle doit par conséquent en être soigneusement distinguée dans certains cas, je ne saurais admettre avec lui qu'il existe des hallucinations *physiologiques*. L'hallucination, même quand elle se manifeste chez un sujet sain d'esprit, n'en est pas moins un phénomène irrégulier; elle implique toujours un état anormal, une modification fonctionnelle du système nerveux central; c'est, si l'on veut, une névrose; et l'épithète de physiologique ne lui convient jamais, pas plus qu'elle ne conviendrait au somnambulisme, à la catalepsie, à l'extase, à l'hystérie, à la migraine, à la névralgie et à tous les autres états extraordinaires de l'innervation.

Dans son désir de rattacher l'hallucination à la physiologie, M. Brierre de Boismont a développé longuement et en excellents termes une théorie organo-psychologique, dans laquelle il cherche à expliquer la genèse, le mode de formation et de développement de l'hallucination. Je ne m'arrêterai pas à discuter cette interprétation, basée sur la représentation mentale et sur les idées-images. L'auteur a reproduit avec une parfaite loyauté les graves objections qui lui ont été adressées par MM. Maury, Baillarger et Castelnau. Qu'il me suffise de faire observer à M. Brierre de Boismont qu'en forçant un peu trop l'analogie entre la perception sensorielle et la

l'appétit est tantôt diminué, tantôt non modifié. Quelquefois encore, on peut palper partout l'abdomen sans provoquer de douleurs ou de sensibilité exagérée. Lorsque la disparition du goître a eu lieu à la suite de l'emploi interne de l'iode, et que par hasard on en a prescrit de fortes doses, il est clair qu'il peut exister dans la cachexie strumeuse une gastro-entérite accessoire, par suite de l'action locale du métalloïde. Mais ce fait ne se produit jamais lorsque les doses sont faibles et convenablement étendues d'eau. Dans les cas où le goître a disparu sous l'influence d'un traitement interne, et où il existe une irritation gastro-intestinale, il peut donc arriver que le véritable *iodisme coexiste avec la cachexie strumeuse; mais dans ces cas, dès qu'on suspend l'iode, l'iodisme disparaît rapidement, et la cachexie persiste seule.*

Il existe souvent de la toux résultant de la sécheresse de la gorge, quelquefois aussi un état catarrhal produit par les sueurs abondantes et par la perturbation des fonctions cutanées, conséquences de la faiblesse générale. Les sécrétions alvines et les sécrétions urinaires sont normales. Malgré la violence de l'invasion de la maladie, les patients sont encore actifs, spirituellement et corporellement.

Si l'on examine tous les agents essentiels à la vie, on ne peut reconnaître dans aucun d'eux une cause suffisante pour expliquer l'état général. Les organes de la nutrition paraissent sains, la digestion chemine bien, et cependant la maigreur fait des progrès rapides. L'examen physique montre le cœur sain, et cependant le pouls est accéléré. Malgré une observation attentive, je n'ai jamais remarqué aucun accroissement de sécrétion autre que la sueur pour expliquer l'amaigrissement.

Au premier abord, l'expression du malade ressemble à celle d'un typhique dans les derniers stades de la maladie; mais tous les autres symptômes du typhus font défaut. La toux pourrait faire penser à une tuberculisation pulmonaire aiguë, mais l'auscultation ne révèle pas les bruits caractéristiques; aussi je crois qu'on a souvent considéré des malades comme atteints d'une tuberculisation aiguë qui guérit plus tard, tandis qu'ils n'avaient qu'une cachexie strumeuse. L'affection pulmonaire que quelques auteurs attribuent à l'iodisme chronique, n'appartient point à la cachexie strumeuse, mais résulte de l'irritation gastro-intestinale produite par l'action locale de l'iode. Dans la cachexie strumeuse pure, on peut bien, comme je l'ai dit, observer un état catarrhal sous l'influence de la saison, des sueurs, ou des perturbations des fonctions cutanées; mais l'auscultation ne montre rien d'anormal. Cependant j'ai constaté que, chez les tuberculeux, la surexcitation de la circulation et l'altération de la nutrition, qui accompagnent la cachexie strumeuse, peuvent conduire à la mort.

Par l'examen du cœur, on constate des pulsations rapides et très étendues, mais pas de bruits anormaux. Souvent il y a de l'hypertrophie par suite de la compression exercée par le goître, lorsque celui-ci comprime la trachée et les vaisseaux du cou. Le dérangement de la circulation dure ordinairement des mois entiers, aussi longtemps que la cachexie. Comment attribuer ce fait à l'action de l'iode, lorsque l'affection se déclare après l'emploi extérieur d'une demie ou d'une drachme d'iodure de potassium *qui a suffi à faire disparaître un goître?* Comment parler ici d'iodisme, lorsqu'on a donné intérieurement à d'autres malades, des *livres* d'iodure de potassium sans produire d'intoxication?

Quel singulier poison que celui qu'on pourrait administrer pendant des mois entiers à une drachme par jour sans inconvénients, mais qui produirait un trouble de la circulation dès qu'on viendrait à l'appliquer sur un goître qu'il fait disparaître? N'est-on pas obligé de reconnaître qu'ici la disparition du goître est la cause toxique? On n'observe jamais cette profonde altération de l'activité du cœur, alors que la plus grave intoxication iodique succède à l'abus de ce remède. Naturellement un abus de l'iode qui produit une gastro-entérite accélère la circulation et produit des palpitations, mais dans ces cas, ces phénomènes disparaissent rapidement après la suspension du métalloïde et n'ont point une longue durée comme dans la cachexie.

A l'exception de la fièvre hectique, il n'y a pas d'autre maladie dans laquelle on trouve le pouls aussi rapide d'une manière continue. Il bat 100 à 130 pulsations à la minute, il est petit et peu résistant, ce qui m'a déjà suffi pour établir mon diagnostic dans quelques cas où il n'y avait pas de cause apparente de cette accélération, mais après qu'un goître avait disparu depuis peu. J'apprenais ensuite qu'on avait fait usage d'onguent ioduré ou qu'on avait prescrit de l'iode intérieurement.

Ce qu'il y a de caractéristique dans cette maladie, c'est que les symptômes de la cachexie apparaissent immédiatement après la disparition du goître avec toute leur violence, et qu'ils persistent tels pendant des semaines et des mois, malgré la suspension de l'iode. Les troubles nerveux, surtout moraux, diminuent quelquefois déjà au bout de quinze jours, surtout lorsque le malade a confiance dans l'assurance du médecin qu'il ne s'agit pas d'une maladie grave. J'ai déjà dit que je n'avais jamais observé d'issue fatale, sauf chez les tuberculeux. Le pronostic est ainsi toujours favorable.

Ce tableau correspond tout à fait à celui que j'ai tracé de l'iodisme constitutionnel grave ou très grave; mais pour M. Rœser l'iode n'est nullement la cause de ces accidents, tandis qu'il existe, selon lui, un autre ordre de symptômes exclusivement produits par ce médicament, et que le médecin allemand a séparés nettement des premiers.

Ces états morbides, qu'il désigne sous le nom de *symptômes primaires*, *iodisme aigu*, *iodisme chronique*, correspondent aux deux premières formes d'intoxication iodique, que j'ai décrites sous le nom de *primitive*, ou de dehors en dedans, et de *secondaire*, ou de dedans en dehors, et aussi au mélange de mes trois espèces d'intoxication (1).

Je passe sur la description de l'iodisme aigu pour insister sur celle que M. Rœser donne du véritable iodisme chronique, le seul qui, suivant lui, puisse être attribué à l'action toxique de l'iode, et confondu avec la cachexie goîtreuse (2).

Obs. — Si l'on analyse, dit-il, le groupe des symptômes qui accompagne l'iodisme chronique, toujours précédé par l'iodisme aigu, et qui sont causés par l'altération des organes, conséquence de l'usage prolongé de l'iode, on trouve indiqués par les auteurs : l'irritation de la muqueuse stomacale et intestinale, le coryza, la conjonctivite, l'irritation de la muqueuse respiratoire (ordinairement sympathique de celle de la muqueuse intestinale); des douleurs d'estomac et de poitrine, de la constipation ou de la diarrhée, de la sécheresse et une chaleur ardente dans la gorge et sous le sternum, une légère amygdalite, de la toux, et enfin *un trouble profond de la nutrition (amaigrissement) et du système nerveux.* Nous voyons donc un iodisme aigu prolongé, qui amène natu-

(1) 3e mémoire, *loc. cit.*, p. 501-504.
(2) 3e mémoire, *loc. cit.*, p. 503-504.

---

représentation mentale, il risque fort de ressusciter l'étrange système de Berkeley, de renouveler la fameuse querelle des Réalistes et des Nominaux, et de nier, avec ces derniers, l'existence objective du monde extérieur.

Il est encore une autre doctrine contre laquelle l'auteur s'élève avec force, c'est celle qui assimile le rêve à la folie. Qu'il y ait entre ces deux états des analogies apparentes et lointaines, capables de séduire les esprits qui se complaisent aux rapprochements poétiques et aux théories ingénieuses, je ne le nierai point. Mais qu'il existe une véritable identité, voilà ce qui me paraît difficilement admissible! La différence entre le rêve et la folie est précisément qu'il y a dans celle-ci quelque chose qui veille, qui entretient avec le monde externe et le monde interne des rapports suivis, sentis, réfléchis, et qui a le pouvoir de faire converger vers une ou plusieurs idées délirantes une série d'actes coordonnés, que la volonté dirige et que la conscience apprécie.

M. Brierre de Boismont croit fermement, trop fermement peut-être, au magnétisme animal, à la souveraine vertu des passes, à la toute-puissance de la parole, du geste, du regard, du toucher; à l'influence dominatrice de la volonté, de la simple action mentale; à l'existence « d'un agent d'une force inconnue, » qui soumet l'homme à l'homme et subjugue le magnétisé au magnétiseur. Par malheur, M. Brierre laisse échapper un aveu qui frappe au cœur sa croyance et en démontre toute l'inanité; il déclare que les faits dont il a été témoin se sont offerts « le plus ordinairement chez les personnes délicates, nerveuses, très impressionnables, souvent *maladives*. » Cette assertion n'est que trop confirmée par les deux observations qu'il rapporte et qui sont relatives l'une et l'autre à des convulsionnaires forcenées, à des crisiaques de la pire espèce. Rien ne vient donc prouver jusqu'à présent que les phénomènes prétendus *magnétiques* soient le résultat d'un agent particulier et qu'ils ne puissent tous se rattacher à la catalepsie, à l'hystérie, à l'extase et au somnambulisme naturel.

J'ai essayé de mettre en relief le caractère principal, l'esprit philosophique, le but et la portée morale du livre de M. Brierre de Boismont. Je suis forcé de m'en tenir là. Il me faudrait

rellement à sa suite des troubles de la nutrition et de l'innervation, de la céphalalgie, des palpitations, une urticaire, des éruptions érythémateuses, etc.

Dans l'iodisme, soit aigu, soit chronique, l'irritation du système vasculaire est peu prononcée comparativement aux irritations locales. — A ce groupe de symptômes qui dépend de l'irritation chronique des muqueuses, les auteurs ont ajouté des phénomènes plus importants, plus dangereux, qui n'ont, dans le fait, rien de commun avec l'emploi de l'iode proprement dit, et qui sont, comme je l'ai répété maintes fois, la conséquence de la guérison du goître. Cette affection-là se distingue immédiatement de celle qui est engendrée par l'iode, parce que l'amaigrissement, les troubles du système nerveux, l'accélération du pouls sont des phénomènes primaires dans la cachexie strumeuse, tandis que les irritations locales des muqueuses qui peuvent s'y associer ne sont généralement que secondaires, ou bien, si elles existent dès le principe, elles ne jouent qu'un rôle accessoire.

Les différentes citations que je viens de faire démontrent une concordance nosologique complète entre M. Rœser et moi; cette concordance n'est pas moindre au point de vue étiologique. En effet, M. Rœser a noté que l'iodisme grave, maladie toujours rare et presque toujours curable, est inconnu dans l'enfance, tandis qu'il est surtout fréquent sur les sujets qui ont dépassé quarante ans; il ne l'a pas constaté chez des malades proprement dits, traités à hautes doses, tandis qu'il l'a vu presque exclusivement, ses observations en font foi (1), sur des sujets goîtreux traités par de petites doses d'iodure de potassium administré *intus et extra*.

Jusqu'ici nous avons marché d'accord, mon honorable confrère et moi, et, je le répète, cette confirmation de mon opinion a d'autant plus de valeur que c'est une confirmation indirecte. En effet, M. Rœser n'a nullement eu l'intention de démontrer l'existence de l'iodisme en prouvant que cet état morbide ne se manifeste pas chez les malades traités par de hautes doses d'iodure de potassium, tandis qu'il se produit chez des goîtreux soumis à l'action des petites doses; bien au contraire, il s'est servi de ces arguments pour soutenir sa propre thèse. Je rappelle ses paroles; on croirait entendre un de mes honorables contradicteurs de l'Académie : « Comment, dit-il, attribuer ce résultat (l'iodisme) à l'action de » l'iode, lorsque l'affection se déclare à la suite de l'emploi exté» rieur d'une drachme, ou même d'une demi-drachme d'iodure de » potassium, qui a suffi à faire disparaître un goître? Comment » parler ici d'iodisme, lorsqu'on a donné antérieurement à d'autres » malades des *livres* d'iodure de potassium sans produire d'intoxi» cation, etc.? » (Voy. p. 7.)

On le voit, rien ne manque à sa concordance, pas même l'étonnement, que j'ai, du reste, éprouvé moi-même, car ce n'est que la répétition des faits qui a fini par me convaincre de leur réalité.

La question de fait est donc prouvée une fois de plus. L'état morbide que j'ai décrit sous le nom d'*iodisme constitutionnel* est bien réel, et tous les caractères que je lui ai assignés sont bien exacts; de faibles doses d'iodure de potassium suffisent à le produire. Sur ces points, nul désaccord entre M. Rœser et moi; mais voici venir la dissidence; elle ne porte pas sur le fait même, mais sur sa cause. Comme je l'ai dit, elle est capitale. Tous les phénomènes morbides que je regarde comme étant la conséquence de l'iode, M. Rœser les attribue « à la résorption d'une matière délé» tère contenue dans certains goîtres ».

Quand j'ai composé mon mémoire sur l'iodisme, je connaissais depuis longtemps (1843) une théorie analogue; elle appartenait à mon confrère le docteur Prévost; mais mon savant compatriote n'ayant rien publié sur ce sujet, et en matière de priorité scientifique les titres écrits ayant toujours le pas sur la tradition orale, je ne conteste nullement au docteur Rœser la propriété de sa théorie; je suis d'autant moins disposé à le faire que je ne l'admets pas, et que je continue à la combattre, comme j'ai déjà combattu celle de Prévost.

Lorsque M. Rœser exposa pour la première fois son opinion sur la véritable cause de l'iodisme, il rencontra en Allemagne une vive opposition. Le docteur Wunderlich et le docteur Rampold, en particulier, rejetèrent la théorie de la cachexie goîtreuse, et affirmèrent que l'iodisme était bien le résultat de l'iode. Cette polémique a été reproduite par le docteur Rœser lui-même, qui, tout en exposant de nouveau ses arguments en faveur de sa théorie, a cherché à réfuter ceux de ses adversaires (1). La question est assez importante pour mériter quelques développements. Je ne veux rien dissimuler, et je vais exposer aussi succinctement, mais aussi impartialement que possible, les arguments du docteur Rœser et tous ceux que lui opposent ses adversaires, au nombre desquels je dois me ranger.

« 1° Le soi-disant iodisme, dit M. Rœser, n'a jamais été observé que sur des sujets goîtreux.

» 2° Ses symptômes ne peuvent pas être produits par l'iode, puisqu'on ne les constate pas chez des malades qui ont absorbé des doses considérables de ce métalloïde, tandis qu'on les voit paraître chez des goîtreux traités par les petites doses.

» 3° Le prétendu iodisme peut se manifester lorsqu'un goître vient à disparaître sous l'influence d'une médication *aniodée*, et en particulier après une opération chirurgicale (séton). »

Aux médecins (Wunderlich, Rampold, etc.) qui ont réfuté le premier de ces arguments en disant qu'ils avaient observé l'iodisme sur des sujets non goîtreux, M. Rœser a répondu que le goître n'était pas toujours apparent, et que pour être sûr qu'il n'existait pas, il fallait avoir examiné avec soin le malade en lui faisant faire de fortes expirations, qui révélaient quelquefois la présence d'une tumeur intra-thoracique, reconnaissable à une saillie très apparente au-dessus de la fourchette sternale. Je n'ai pas, il est vrai, usé de ce procédé révélateur, mais je suis certain d'avoir observé l'iodisme sur des personnes non goîtreuses, chez lesquelles j'ai pu,

(1) 2e, 3e, 4e mémoire, *passim*, et communication écrite.

(1) 2e mémoire, *loc. cit.*, p. 78 et suiv.

plus d'espace qu'il ne m'en est accordé pour analyser convenablement un ouvrage plein de faits et de doctrines; un ouvrage qui, par la nature et l'étendue du sujet, touche à tout, à la religion, aux mœurs, à l'histoire, à la poésie, aux lettres, aux arts, aux sciences, au sacré et au profane, au merveilleux et au réel, à la raison et à la folie; un ouvrage, enfin, qui, par sa forme et par son importance, s'adresse à tout ce qu'il y a de savants dans le monde, aux médecins, aux philosophes, aux théologiens, aux économistes, aux législateurs et aux magistrats. C'est, sans contredit, la monographie la plus complète et la plus approfondie qui ait été écrite en France sur les hallucinations.

Je viens de parler de ce livre comme d'un livre nouveau, bien que ce soit une *troisième édition*; c'est que celle-ci ne ressemble guère aux précédentes. Elle est conçue dans le même esprit, il est vrai; mais des remaniements considérables, des additions nombreuses en ont sensiblement changé le plan, la distribution et la physionomie. Pour faire comprendre l'importance de ces modifications, il me suffira de dire que les chapitres V, X, XI, XIII et XIV sont des chapitres ajoutés, les uns consacrés à l'étude des hallucinations dans les rêves, dans les pressentiments, dans le somnambulisme et dans le magnétisme animal; les autres traitant des hallucinations et des illusions au point de vue de la psychologie, de l'histoire, de la morale et de la médecine légale. On peut donc affirmer que l'auteur, en apportant à cette édition les retouches dont l'expérience et la réflexion lui avaient démontré la nécessité, en a fait une œuvre nouvelle, plus complète et plus achevée que ses aînées.

A. LINAS.

par la percussion, m'assurer de l'absence de toute tumeur post-sternale.

Tout récemment j'ai observé un cas de cette espèce, et mon confrère le docteur Strœhlin m'en a signalé aussi deux autres. Mais admettons pour un instant que le goître soit la cause prédisposante (ou plutôt le signe de la prédisposition), non pas la plus fréquente et la plus importante, comme je l'ai dit dans mon mémoire, mais la cause nécessaire, la condition anatomique, *sine qua non*, de la production de l'iodisme, l'iode n'en resterait pas moins la cause déterminante de l'ἐνορμον; car je ne crois pas nécessaire de réfuter encore l'opinion par laquelle ce médicament est exonéré de toute influence fâcheuse, parce qu'il est, dit-on, impossible d'admettre qu'il produit à petites doses une grave intoxication.

Le troisième argument de M. Rœser est, j'en conviens, beaucoup plus sérieux. Si tous les symptômes de l'iodisme peuvent se manifester à la suite d'un traitement aniodé, ou même d'une simple opération chirurgicale, il faut bien admettre que l'iode n'est pas la cause exclusive de cet état maladif, mais le fait est-il bien prouvé? *That is the question*. Je l'ai dit, je ne veux rien dissimuler : aussi je vais reproduire *in extenso* la seule observation de cachexie strumeuse succédant à l'application d'un séton passé au travers d'un goître kystique qu'ait publiée le docteur Rœser (1).

OBS. — M. de M.., âgé de vingt et un ans, avait depuis six ans un goître kystique gros comme deux poings sur le milieu du cou. L'examen indique un liquide dans un kyste à parois épaisses et tendues. En juin 1837 un séton est passé obliquement de haut en bas. L'opération faite, il s'écoule par l'ouverture supérieure 16 à 18 onces d'une liquide brun verdâtre huileux. Le séton était renouvelé tous les huit jours. Au bout de huit jours, le jeune homme, d'abord d'aspect très florissant, avait beaucoup maigri. Il est accablé, tremblant, surtout des mains; visage affaissé, pouls à 120-130, sueurs abondantes. Il se sent si malade qu'il garde le lit; rien dans le ventre ni dans la poitrine. Un peu d'appétit, quoique la langue soit chargée. Apparence triste, semblable à celle du typhique; pas de frisson comme dans une pyohémie, d'ailleurs il n'y avait pas encore de suppuration. Je diagnostiquai avec le docteur Arnold une cachexie strumeuse et n'ordonnai pas de médicaments. Malgré sa maigreur, le pouls rapide, les palpitations tumultueuses, la fatigue et les sueurs, le malade sortit au bout de quinze jours. Ce jeune homme resta vaquant à ses affaires pendant six mois avec l'apparence d'un phthisique avancé, le pouls à 100 : puis il commença de nouveau à prendre de l'embonpoint (il n'avait jamais perdu l'appétit) et il reprit son air florissant de jadis. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, on faisait couler, en tirant le séton, environ 2 onces de la même liqueur que le premier jour. Au bout de quatorze jours le liquide était plus purulent, une cuillerée environ, quantité qui alla toujours en diminuant pendant six à dix semaines. Malgré cela le grand amaigrissement persista ainsi que la rapidité du pouls, le tremblement et les sueurs. Les profanes croyaient tous à un marasme phthisique, bien qu'il ne toussât pas. Au bout d'une année, l'ouverture inférieure du séton persistait sous forme de fistule, d'où découlait un liquide peu épais qui tarit de lui-même. Du gros kyste d'autrefois il ne resta qu'un noyau dur, gros comme un œuf de poule.

Je ferai sur cette observation quelques courtes remarques :

Je ne nie pas que le malade n'ait présenté plusieurs des symptômes de l'iodisme constitutionnel, et en particulier l'amaigrissement et le tremblement des membres; mais comment admettre que ces phénomènes ont été le résultat d'une résorption de la matière goîtreuse, puisqu'ils se sont montrés après le moment où cette soi-disant matière délétère a été évacuée par la ponction, et qu'en outre le liquide était contenu dans un kyste datant de six ans et à parois très épaisses, conditions les plus défavorables pour l'absorption, comme M. Rœser l'a fait observer lui-même? Il est évident qu'à la suite de son opération le malade a été atteint d'un état aigu, puisqu'il a été obligé de s'aliter. Cette circonstance n'est pas sans importance, car M. Rœser a remarqué, et mon expérience confirme complétement la sienne, que l'iodisme, quelque rapide et quelque grave qu'il soit à son début, ne contraint presque jamais le malade à garder le lit. C'est là même un des traits caractéristiques de ce curieux état morbide. Enfin l'âge du malade est encore une circonstance qui permet de douter, dans ce cas, de l'existence d'une cachexie goîtreuse.

(1) 3e mémoire, *loc. cit.*, p. 516 et 517.

Une partie des observations critiques que je viens de présenter est également applicable au cas suivant (trop peu détaillé, d'ailleurs, pour pouvoir être pris en sérieuse considération) de cachexie succédant à la ligature des artères thyroïdiennes (1).

OBS. — Le docteur Wers à Uffenheim m'a parlé dernièrement d'un cas de goître anévrymactique, mais aussi en grande partie lymphatique, pour lequel, il a une douzaine d'années, le professeur Textor avait pratiqué la ligature des artères thyroïdiennes. A la suite de cette opération le goître disparut, mais sa guérison fut suivie pendant longtemps d'un grand amaigrissement et d'un tremblement du corps, sensible surtout dans les bras.

A côté de ces faits, j'en placerai un qui m'a été communiqué par mon ami le docteur Strœblin : « Il donnait des soins à une dame atteinte d'un goître très ancien, composé d'une agglomération de kystes plus ou moins volumineux, les uns superficiels, les autres profonds. » A plusieurs reprises, il prescrivit les préparations iodées, mais jamais elles ne purent être tolérées. Quelque petite que fût la dose, quelque court que fût le traitement, les accidents de l'iodisme ne tardèrent pas à se manifester chaque fois que le remède était administré. En face de cette intolérance, qui rendait inapplicable le traitement médical, M. Strœhlin eut recours au séton. Il parvint ainsi à détruire plusieurs de ces kystes superficiels, sans aucun dommage pour la santé générale de la malade, qui supporta aussi bien l'emploi de ce moyen, qu'elle avait mal toléré les préparations iodées. Sans attribuer une trop grande importance à un seul fait, on ne peut méconnaître qu'il dépose à la fois en faveur de l'iodisme et contre la théorie de la résorption de la matière délétère du goître à la suite de l'application du séton.

Je crois avoir répondu directement à l'argumentation du docteur Rœser, mais il est encore d'autres considérations que l'on peut faire valoir en faveur de l'intoxication iodique et contre la théorie de la cachexie goîtreuse.

Non-seulement l'iodisme a été observé sur des sujets non goîtreux; mais, comme je l'ai dit dans mon mémoire, on l'a vu chez des personnes dont le goître n'avait pas été modifié par le traitement, tandis qu'au contraire chez le plus grand nombre l'engorgement thyroïdien a disparu sans que l'iodisme se manifeste.

M. Rœser ne s'est pas dissimulé la valeur de ce dernier argument, aussi a-t-il eu soin de dire que c'était seulement la disparition trop prompte *d'une certaine espèce de goître* qui occasionnait les accidents faussement attribués à l'iode. Mais il n'a pas pu donner la caractéristique de ces goîtres prétendus délétères; et, en effet, il en aurait été fort empêché, car l'iodisme se montre ou ne se montre pas sur des sujets qui, sous les rapports de leur âge, de l'ancienneté et de la nature de leur goître, ne présentent pas de différences essentielles apparentes. Il me semble donc plus logique d'admettre que le goître est le signe de la prédisposition; mais que, pour réaliser l'iodisme, d'autres conditions sont nécessaires. Je les ai énumérées ailleurs (2), je ne crois pas nécessaire de les répéter ici; je rappellerai seulement que l'âge joue un rôle majeur. M. Rœser le reconnaît comme moi, seulement il attribue l'immunité des enfants à ce qu'ils ne sont pas porteurs de goîtres anciens, tandis que je l'explique par la facilité de l'élimination de l'iode et par la nature de leur tempérament qui est lymphatique plutôt que nervoso-sanguin.

M. Rœser n'a décrit dans ses différents mémoires que l'iodisme appelé par Wunderlich, iodisme de la *pire espèce*, et par moi iodisme grave ou très grave, mais il n'a rien dit des cas légers ou de moyenne gravité. Or ce sont précisément les cas de cette espèce qui témoignent pour ma théorie contre la sienne. Ce sont en effet ces maladies que j'ai nommées des sensitives iodiques qui déposent en faveur de l'iode comme cause spécifique de l'iodisme, et contre l'absorption de la matière délétère du goître comme point de départ de la cachexie, car on peut suivre, dans les cas de cette espèce,

(1) 4e mémoire, *loc. cit.*, p. 261.
(2) Voy. *Mémoire sur l'iodisme constitutionnel*, p. 29 à 39.

toute la série et les degrés d'intensité des symptômes, depuis les plus légers jusqu'aux plus sérieux. Je reconnais avec M. Rœser que, dans la forme très grave, les accidents se manifestent très promptement, et qu'en particulier le goître disparaît avec rapidité, mais il n'y a pas un intervalle appréciable entre la fonte de l'engorgement thyroïdien et l'apparition des premiers symptômes. Ces phénomènes sont simultanés et non consécutifs.

Il n'y a qu'un et non pas deux actes morbides : le goître maigrit en même temps que la personne, et le médecin, en revoyant son malade, est aussi frappé de son marasme que de l'émaciation de la région cervicale antérieure.

Le temps que je viens de consacrer à réfuter la théorie du docteur Rœser ne sera pas du temps perdu, s'il engage les médecins à approfondir une question pathologique du plus haut intérêt.

Mais à supposer que mon opinion soit reconnue inexacte, et que l'on parvienne un jour à démontrer que certains goîtres contiennent une matière délétère et susceptible de le devenir, et que c'est la résorption de ce nouveau poison qui engendre les accidents décrits sous le nom d'*iodisme constitutionnel*, il ne restera pas moins acquis à la science que cet état morbide est bien réel, qu'il mérite une très sérieuse attention, et que, dans l'immense majorité des cas (*moi je dis toujours*), il ne se manifeste qu'à la suite de l'emploi des préparations iodées.

Toutes les conclusions pratiques de mon mémoire se trouvent donc de nouveau confirmées, et j'ai droit de dire, comme madame Dacier : « Ma remarque subsiste. »

Je ne le cacherai pas cependant, j'aurais préféré que ma remarque ou du moins une partie de ma remarque ne subsistât pas.

Par intérêt pour la pratique, j'aurais voulu que l'iode fût exonéré de tout reproche et reconnu exempt de tout inconvénient, et par amour désintéressé pour la science pure et dans l'espoir de voir s'ouvrir devant elle de nouveaux horizons , j'aurais souhaité que la théorie de la cachexie goîtreuse fût vraie. Supposons, en effet, que sa réalité fût un jour démontrée, le champ pathologique se trouverait bien élargi. Au lieu d'une simple étude de toxicologie, la nouvelle théorie élèverait le sujet à toute la hauteur d'une grande question anatomique, physiologique et médicale, en soulevant des problèmes et en provoquant des recherches d'un intérêt majeur. Je signalerai en première ligne la nécessité de nouvelles études histologiques et chimiques sur la structure et les altérations du corps thyroïde aux différents âges, afin de préciser la nature et de démontrer la spécificité de la matière goîtreuse délétère et sa localisation exclusive dans le corps thyroïde ; je signalerai aussi la nécessité d'une contre-épreuve destinée à constater la présence ou l'absence de ce produit morbide dans d'autres organes. L'existence du nouveau poison une fois prouvée par la cachexie, qui ne se réaliserait que dans des conditions anatomiques et chimiques parfaitement déterminées, des expériences sur les animaux deviendraient nécessaires. On comprend, en effet, quel complément de preuves et quel appui pour la nouvelle théorie pourraient être fournis par la production de la cachexie sous l'influence de l'injection de la matière goîtreuse dans les veines, ou même de son introduction dans les voies digestives.

Le rôle de l'iode ne serait pas diminué ; il resterait toujours l'ἔνορμον, soit que l'on continuât à expliquer ses effets par son action dynamique sur le système nerveux uréthro-spinal et trisplanchnique, ou sur les organes de l'absorption, soit que, se plaçant au point de vue iatro-physique ou chimique, on vînt à le considérer comme un des agents qui favorisent l'endosmose, ou comme un de ces corps qui, en contact avec les matières protéiques, provoquent par leur seule présence leur décomposition ou plutôt leur dédoublement, pour parler le langage de la chimie.

De ces recherches et de ces expériences pourraient peut-être ressortir la découverte d'un nouvel ordre de maladies produites par la résorption trop rapide de certaines tumeurs, l'explication de quelques cachexies jusqu'ici incomprises, et un nouveau chapitre ajouté à l'ouvrage de Raymond sur les maladies qu'il est dangereux de guérir.

Les causes et les résultats de la résorption et de la généralisaon des produits morbides seraient peut-être aussi, par ces investigations, éclairés d'un nouveau jour. Mais je m'arrête, une plus longue excursion sur le terrain de l'hypothèse serait superflue. Je n'ai pas d'ailleurs l'appui nécessaire pour m'avancer d'un pas ferme sur ce sol mouvant. Les problèmes que je soulève, mais que je ne puis résoudre, je les soumets à l'examen des hommes compétents et des esprits investigateurs. Je ne suis pas physiologiste, je suis médecin. Je pose des questions scientifiques, mais je ne puis pas les trancher. J'indique la voie sans m'y engager, jouant ainsi le rôle modeste, mais non sans utilité, de la critique.

Acutum quæ præstat ferrum exsers ipsa secandi.

---

## IV

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PATHOLOGIE. — *Des battements ou contractions de l'artère cœliaque dans un cas de fièvre jaune, avec suspension du pouls et des contractions du cœur, refroidissement cadavérique, etc., coïncidant avec le maintien de la vie et l'intégrité des facultés intellectuelles*, par M. *Guyon*. — On rencontre quelquefois dans la fièvre jaune un état particulier consistant dans la suspension du pouls et des contractions du cœur, accompagnée d'un refroidissement cadavérique et d'autres phénomènes simulant la mort, le tout coïncidant avec le maintien de la vie et l'intégrité des facultés intellectuelles. Des cas en ont été observés et signalés par bon nombre de médecins étrangers, et par nos compatriotes les docteurs Audouard et Pariset.

M. Guyon rapporte, à son tour, une observation de ce genre qu'il a recueillie à Lisbonne en 1857. Il s'agit d'un marin qui depuis plus de vingt-quatre heures présentait tous les signes apparents de la mort. « Mon étonnement fut grand, dit M. Guyon, lorsque, passant la main de la région du cœur sur celle de l'épigastre, je la sentis vigoureusement soulevée par des battements ou contractions, à la fois fortes, fréquentes et tumultueuses, de l'artère cœliaque, qui semblait s'être ainsi substituée au cœur, en devenant, en quelque sorte, un nouveau centre de circulation. »

On regrette que l'auteur, dans le cas dont il s'agit, ne se soit pas assuré, par l'auscultation, du silence absolu du cœur. C'est là un contrôle, un *criterium* qui manque à son observation, et qui lui enlève, il faut bien en convenir, une partie de sa valeur et de son intérêt.

M. Guyon se demande si les mêmes contractions de l'artère cœliaque n'existaient pas dans les cas de fièvre intermittente épidémique et d'inflammation hémorrhagique, dans lesquels les auteurs ont noté également la suspension du pouls et des battements du cœur avec refroidissement cadavérique.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — *Application du principe des polarités secondaires des nerfs à l'explication des phénomènes de l'électrotone*, par M. *Ch. Matteucci*. — L'auteur, après avoir établi que l'électrotone se produit, et à peu près avec la même intensité, sur un nerf vivant comme sur un nerf mort depuis plusieurs heures, entre dans le détail des expériences qu'il a instituées dans le but de démontrer comment les courants secondaires des nerfs s'appliquent à l'électrotone.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — *L'électricité de la décharge de la torpille peut être recueillie et conservée dans un appareil de physique*, par M. *A. Moreau*. — M. Moreau est parvenu à recueillir l'électricité de la torpille dans l'électroscope à feuilles d'or et dans un condensateur analogue à la bouteille de Leyde. La difficulté que présente cet isolement tient à ce que, les tissus de la torpille étant humides, on conduit vainement la décharge dans un appareil collecteur : l'électricité retourne aussitôt par le chemin qu'elle vient de parcourir, et l'équilibre se rétablit sur les tissus mêmes de la torpille.

Il faut donc rompre toute communication entre la torpille et l'appareil aussitôt après la décharge effectuée. Si l'on veut mettre à profit la décharge volontaire de l'animal, décharge bien plus forte que celles que nous déterminons, on ne peut être prévenu et rompre à temps la communication. Il convient donc d'avoir recours à la décharge provoquée en excitant directement les nerfs, et avoir soin que la communication entre l'animal et l'appareil existe alors, et soit rompue un instant très court après l'excitation. Pour réaliser ces deux conditions, l'expérimentateur a placé un interrupteur sur le trajet d'un courant électrique qui va exciter le nerf et sur le trajet du fil conduisant la décharge.

L'expérience, qui a très bien réussi, a été faite sous les yeux de M. Debray, professeur de physique au lycée Charlemagne, M. Drion, professeur de physique à la Faculté de Besançon; M. Wolf, professeur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier. (*Comm. :* MM. Becquerel, Cl. Bernard.).

PHYSIOLOGIE. — MM. *N. Joly* et *Ch. Musset* adressent une note en réponse à la réclamation de M. *Pasteur*, insérée aux *Comptes rendus*, séance du 2 septembre 1861, à propos de la formation de la levûre de bière.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Fournié* lit des extraits d'un travail ayant pour titre: *Mémoire sur la pénétration des corps pulvérulents volatils, gazeux, solides et liquides, dans les voies respiratoires, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.*

Voici, en ce qui concerne les expériences relatives à la pénétration des liquides pulvérisés, comment a procédé M. Fournié (d'après l'*Union médicale;* car le *Compte rendu* de l'Académie est muet).

Un larynx ayant été détaché d'un cadavre, un tube de verre a été adapté à la trachée, et ce tube placé dans la bouche de l'expérimentateur, qui a exécuté des inspirations profondes pendant que le pulvérisateur envoyait la poussière aqueuse au larynx. Celle-ci s'est arrêtée à l'épiglotte.

Dans une autre expérience, l'eau du pulvérisateur (500 gr.) renferme de l'iodure de potassium (5 gr.); l'atmosphère aqueuse est dirigée sur un tube qui plonge dans un flacon à moitié rempli d'une solution d'amidon cuit; par l'autre tubulure on exerce une aspiration à l'aide d'une pompe. Après épuisement de l'eau du pulvérisateur, on s'assure que la solution renfermée dans le flacon, traitée par l'acide sulfurique étendu, ne donne pas lieu à la formation d'iodure d'amidon.

Une solution de 5 centigrammes d'acide arsénieux pour 500 grammes d'eau est introduite dans le pulvérisateur. On respire largement dans l'atmosphère aqueuse jusqu'à l'entière pulvérisation du liquide. Puis les mucosités bronchiques, rendues abondantes par une bronchite intense, comburées avec le nitrate de potasse, reprises par l'acide sulfurique, ont été introduites dans l'appareil de Marsh. Aucune tache arsenicale ne s'est manifestée, tandis qu'une seule goutte du liquide arsenical traitée de la même manière a donné une tache manifeste.

Sur un jeune homme porteur d'une fistule trachéale, un bourdonnet de coton retenu par un fil a été introduit dans la trachée; puis l'ouverture de la trachée étant fermée pendant l'inspiration, le sujet a respiré par la bouche une poussière aqueuse chargée d'iodure de potassium. Le coton retiré et soumis aux réactifs chimiques n'a donné aucune trace d'iode.

De ces expériences et de quelques autres, l'auteur déduit les propositions suivantes (qu'il a bien voulu nous transmettre) :

1° Les poussières assez ténues pour rester quelques instants suspendues dans l'atmosphère peuvent pénétrer avec l'air dans les voies respiratoires. 2° Cette pénétration exige la réunion de plusieurs circonstances favorables, parmi lesquelles nous mentionnerons : la respiration par la bouche, une dilatation suffisante de cette cavité, et, comme conséquence, le chant, le rire, etc., etc. 3° Les poussières insolubles qui pénètrent dans les tuyaux bronchiques sont le plus souvent rejetées au dehors par les mouvements des cils vibratiles et par l'expectoration. 4° La pénétration journalière des poussières insolubles dans les poumons peut à la longue troubler les fonctions de ces organes, au point qu'ils perdent l'aptitude à rejeter ces mêmes poussières, qui s'accumulent alors dans les poumons. 5° Une maladie antérieure, une prédisposition aux affections pulmonaires favorisent l'accumulation des poussières dans les voies respiratoires, et la présence de ces corps étrangers favorise à son tour le développement d'un germe qui, sans eux, serait resté peut-être à l'état latent. 6° Les poussières solubles (le plomb, l'arsenic, le mercure, etc.) sont, en grande partie, absorbées par les fosses nasales, la cavité buccale et l'estomac; l'absorption par les poumons est relativement moindre. 7° Les ateliers dans lesquels les ouvriers sont exposés à respirer une poussière quelconque doivent être suffisamment aérés; l'air y doit être renouvelé par tous les moyens possibles. 8° Dans les ateliers on doit parler à voix basse, éviter les grands mouvements respiratoires ou les actions qui les provoquent. 9° Une fontaine donnant de l'eau en grande abondance doit être à la portée des ouvriers, afin que plusieurs fois par jour ils puissent faire d'abondantes ablutions. L'ablution avant le repas est la plus importante. 10° Les hommes qui vivent au milieu d'une poussière toxique soluble ou pouvant le devenir par son injection dans l'estomac, doivent se laver très souvent la bouche, les fosses nasales, et se gargariser. Il est à désirer que la chimie puisse mettre à leur disposition un liquide variable, selon la nature des poudres, et qui neutraliserait ces dernières dans tout le parcours du tube digestif. 11° L'emploi des tubes recourbés à l'une de leurs extrémités est le seul moyen rationnel d'insuffler les poudres médicamenteuses dans le larynx. 12° Pour faire pénétrer avec succès des poudres médicamenteuses solubles dans les bronches, il faut obtenir une atmosphère pulvérulente, et faire en sorte qu'elle ne provoque ni la toux, ni aucune sensation désagréable; nous avons réalisé ces conditions avec un petit appareil très commode. 13° Les liquides pulvérisés qui, par leur pénétration dans les poumons, auraient pu rendre de si grands services à la thérapeutique des affections pulmonaires, ne pénètrent pas, d'après nos expériences, dans les voies respiratoires. 14° Les corps volatils, les gaz, les vapeurs sont d'excellents moyens pour modifier le besoin de l'appareil pulmonaire, à cause de leur pénétration facile. Le gaz acide sulfhydrique qui se dégage des eaux thermo-sulfureuses est un des principaux agents de la curation des maladies de la poitrine par son contact direct avec les lésions. 15° La fumée du tabac pénètre, quand elle est *avalée*, non pas dans l'œsophage, mais dans les bronches.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de l'Oise, de l'Hérault et de la Haute-Saône. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur le spina bifida, par M. le docteur Kuhn (de Gaillon), que nous reproduisons presque en entier. (*Comm.:* M. Gosselin.)

Le spina bifida est constitué par la hernie, soit de la moelle épinière avec ses enveloppes, soit simplement par la hernie d'une portion des méninges rachidiennes, à travers une ouverture accidentelle du canal vertébral. Il reconnaît pour cause une accumulation de liquide, soit dans la qualité des méninges (*hydrorachis extra-médullaire* ou *périphérique*), soit dans l'épaisseur même de la moelle (*hydrorachis intra-médullaire* ou *centrale*). De là immédiatement cette différence capitale dans la composition des poches hydrorachiques, à savoir : que tantôt leurs parois sont exclusivement formées par les téguments et les méninges, et que d'autres fois la couche intérieure de ces poches est constituée par la substance même de la moelle, dilatée par une accumulation de liquide dans son centre, et réduite en une simple coque ou pellicule.

Cette différence de composition anatomique de la poche hydrorachique sans préjudice des lésions, généralement plus graves, qui accompagnent l'hydrorachis centrale), influe nécessairement sur les résultats de la ponction, attendu que, dans un cas, l'instrument ne peut éviter de léser la moelle, tandis que, dans l'autre, il ne peut atteindre cet organe.

L'ouverture accidentelle du canal vertébral (celle qui livre passage à la poche hydrorachique) existe toujours (?) sur la ligne médiane. Elle résulte d'un écartement lent et successif, soit des arcs postérieurs (apophyses épineuses), soit des arcs antérieurs (corps) des vertèbres; de là une nouvelle distinction en *spina bifida postérieur* et en *spina bifida antérieur* (ce dernier beaucoup plus rare).

Le *spina bifida postérieur* peut occuper toutes les régions de la colonne vertébrale; mais on le rencontre le plus souvent dans la partie inférieure, sacrée ou lombo-sacrée. Il est un peu moins fréquent dans la région lombaire; on le rencontre encore assez souvent dans la région occipito-cervicale et cervicale supérieure, combiné alors avec l'hydrocéphalie ou l'anencéphalie; mais il est rare dans les régions intermédiaires de la colonne vertébrale. Le *spina bifida postérieur* peut ne comprendre qu'une seule apophyse épineuse; mais d'habitude il s'étend à plusieurs arcs vertébraux; il n'est pas rare de le voir envahir la moitié, les deux tiers, et même la totalité de la colonne et du sacrum, en comprenant même assez souvent une partie des vertèbres céphaliques. Dans ces cas extrêmes les centres nerveux sont détruits, et l'on ne retrouve que des traces de leurs enveloppes et quelques débris des racines nerveuses, flottant dans le liquide de la poche ou dans les eaux de l'amnios.

Quant au *spina bifida antérieur*, je n'en ai observé que deux cas: l'un dans la région cervicale, l'autre dans la région sacrée. Les deux sujets étaient des fœtus monstrueux, intéressants sous plusieurs rapports, mais dont je me bornerai à citer ce qui a trait à l'hydrorachis.

Le premier (*spina bifida antérieur cervical*) appartient à M. Serres; il figure dans l'*Atlas* de M. J. Guérin et présente, entre autres anomalies, une division médiane des cinq ou six dernières vertèbres cervicales, dont les moitiés latérales, refoulées de chaque côté, laissent une large ouverture, tandis qu'il y a intégrité des arcs postérieurs.

Chez l'autre sujet, anatomisé en 1837, et qui existe dans la collection de M. J. Guérin, il y avait, entre autres anomalies et difformités, un écartement des arcs antérieurs des deux ou trois dernières vertèbres sacrées. De ce point partait une poche pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, qui traversait le petit bassin et venait former sous le périnée une tumeur du volume d'une petite noix, simulant un scrotum. Ayant ouvert cette poche, je fus bien étonné de trouver sa paroi interne formée par le tissu propre de la moelle, envoyant par les deux côtés des filets nerveux de *bas en haut*... C'était l'extrémité inférieure de la moelle épinière, garnie latéralement des racines des dernières paires spinales (queue de cheval), qui de leur point d'émergence ont dû *remonter* pour gagner leurs trous de conjugaison respectifs.

On rencontre chez beaucoup de sujets une *dépression infundibuliforme*, et se continuant avec la membrane qui tapisse l'orifice inférieur du canal sacré et située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

La conformation singulière de cette cicatrice permet de supposer qu'elle est la trace d'une *hydrorachis périphérique* des premiers temps de la vie embryonnaire, ouverte et puis cicatrisée.

Les poches hydrorachiques ne sont pas recouvertes par la peau dans toute leur étendue. Les enveloppes de la moelle se présentent à nu dans la partie saillante des tumeurs, et c'est principalement à cette circonstance qu'elles doivent leur grande tendance à s'ouvrir spontanément. Or, je me demande si, dans les cas assez nombreux où il est possible de faire rentrer sans accident, au moyen d'une compression méthodique, le contenu de la poche dans le canal rachidien, il n'y aurait pas avantage, à l'aide d'une dissection soigneuse de la peau qui entoure la base de la tumeur, et par la réunion des lèvres de cette *dissection* par-dessus la poche méningée, de recouvrir, protéger et en même temps comprimer celle-ci, et amener ainsi une occlusion qui n'offrirait pas les dangers des ponctions et injections dans ce redoutable voisinage?

*b.* Une note de M. le docteur *Demarquay* sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires.

Les expériences de M. Demarquay ont été faites sur des lapins, sur des chiens et sur l'homme.

Sur les lapins, de l'eau pulvérisée, tenant en dissolution 1 gramme de perchlorure de fer pour 100 grammes d'eau distillée, fut projetée dans le pharynx, la gueule des animaux étant maintenue ouverte par une pince dilatatrice. L'expérience durait cinq minutes, sauf un moment de repos après chaque minute. Chez les animaux sacrifiés immédiatement, le cyanure de potassium donnait dans le larynx, la trachée, les bronches, le *parenchyme pulmonaire*, une coloration bleue des plus évidentes, qui augmentait par l'attouchement avec quelques gouttes d'acide acétique. La quantité de perchlorure de fer qui pénétrait jusque dans le poumon était, du reste, très variable. Quant aux animaux abandonnés à eux-mêmes après l'expérience, ils ont presque tous succombé, au bout de douze à vingt-quatre heures, aux suites d'une bronchopneumonie. Chez tous, on retrouvait le sel ferrique dans l'œsophage et l'estomac.

Sur les chiens, les résultats ont été semblables, à cette grave exception près, qu'on n'a pas retrouvé le perchlorure de fer dans le parenchyme pulmonaire. Chez un de ces animaux, la trachéotomie fut pratiquée et la plaie fermée. Après respiration d'eau pulvérisée contenant du tannin, un papier trempé dans la solution de perchlorure de fer et séché au four fut introduit dans la trachée : il fut ramené tout imprégné de taches noires.

Enfin une expérience semblable fut faite chez une femme qui ne respire qu'à l'aide d'une canule, et donna les mêmes résultats.

M. *Larrey* dépose sur le bureau un travail de M. le docteur *Braud* sur le traitement du scorbut par le chlorate de potasse.

M. *Guérin*, à l'occasion du procès-verbal, lit une courte note ayant pour but de rectifier une assertion que lui a prêtée M. Bouley dans son dernier discours.

*Lectures.*

Hygiène. — M. *Blache*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Guérard et Beau, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *P. Garnier*, intitulé : *De l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes.*

M. le rapporteur commence par rappeler les conclusions du mémoire de M. Jules Rochard, couronné par l'Académie en 1855, conclusions diamétralement opposées aux notions hygiéniques que nous avions acceptées jusqu'ici comme articles de foi, parce qu'elles nous venaient de pathologistes d'une grande autorité et les plus versés dans l'étude des maladies chroniques du poumon. « A bord des navires, disait M. J. Rochard, la phthisie pulmonaire marche avec plus de rapidité qu'à terre. Les hôpitaux des ports, des stations navales, les infirmeries des escadres, sont encombrés de phthisiques qui viennent expirer là, victimes de la mer, des climats et d'une funeste erreur médicale. Ainsi, tout ce qu'ont écrit les auteurs sur l'admirable vertu tonique de l'atmosphère maritime, sur la vivifiante salubrité des vents du large, tout cela n'est qu'illusoire. Il faut de fortes poitrines pour aspirer impunément un air chargé d'humidité, pour résister aux brusques changements de température, aux orages et aux tempêtes. Toutes les constitutions entamées par la phthisie s'épuisent rapidement, se fondent, en quelque sorte, sous l'incessante action de ce grand souffle imprégné de vapeurs salines irritantes. »

Les chiffres de M. Rochard montrent encore que la nature n'est guère plus favorable aux phthisiques dans les régions intertropicales que dans les pays chauds de la zone extra-tropicale, dans ceux mêmes qui jouissent de la plus antique réputation et qui attirent de toutes parts les malades par les charmes de leur climat, par le luxe et les raffinements d'une civilisation avancée. Sous toutes les latitudes, la phthisie fait de nombreuses victimes. A peine quelques points privilégiés, mais inégalement, tels que Madère, Hyères, Venise et Pise, Rome et Nice, etc., placés sur les confins des zones tempérées et concentrés sur un petit espace, font-ils exception! Le principal avantage de leur séjour est de mieux garantir les phthisiques des affections aiguës des voies respiratoires, qui précipitent la marche de la phthisie pulmonaire.

La question sur laquelle on vient d'entendre le jugement de M. Rochard a été étudiée aussi par M. Garnier, qui a pensé que des tableaux statistiques indiquant la fréquence relative de la mortalité de la phthisie dans nos cinq ports de guerre pourront permettre d'apprécier d'une manière rigoureuse l'influence de l'atmosphère maritime sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. M. Garnier a donc fait un relevé annuel de la mortalité dans les hôpitaux de ces cinq ports pendant une série d'années qui varie pour chacun d'eux, et qui est de quinze ans pour Toulon, de douze ans pour Brest, Cherbourg et Lorient, et de cinq ans pour Rochefort. Comme résultat général des cinq tableaux statistiqués de M. Garnier, nous trouvons 847 morts de phthisie sur 8997 décès, c'est-à-dire un peu moins d'un dixième.

« C'est donc à tort, dit M. Garnier, qu'on a nié systématiquement l'influence favorable de l'air marin sur la tuberculisation pulmonaire. Quoique très notable, la proportion d'un dixième diffère beaucoup de ce qui a lieu dans le reste de la population, où elle est en général d'un cinquième, c'est-à-dire plus du double. »

Comparées entre elles, les statistiques des cinq ports offrent une différence immense. Ainsi, tandis que, pour Brest, Cherbourg et Rochefort, la proportion des morts par phthisie est à peu près la même, on voit qu'elle est trois fois plus considérable qu'à Toulon et deux fois plus qu'à Lorient. M. Garnier en conclut que l'influence de l'atmosphère maritime est évidente pour Toulon ; qu'elle ne s'exerce pas d'une manière uniforme et qu'elle est essentiellement variable, suivant les localités et en vertu de certaines conditions particulières encore inconnues dans leur essence. M. Garnier ajoute que cette influence heureuse est très manifeste non-seulement dans les hôpitaux maritimes de Toulon, mais encore dans ceux de Madère et dans plusieurs lieux situés sur la Méditerranée. Elle est nulle dans les autres hôpitaux maritimes de France.

Chemin faisant, M. Garnier effleure la question de la navigation, et, s'appuyant sur les statistiques anglaises, il proclame l'efficacité des voyages maritimes sur la phthisie.

M. Blache est d'avis que M. Garnier s'en est tenu trop exclusivement à la statistique, et qu'il n'a point jugé à un point de vue suffisamment médical les faits qu'il a réunis dans son mémoire. Pas un seul élément pathologique et pathogénique propre à nous éclairer! Rien qu'un fait brut : la *mort*, avec l'étiquette *phthisie!* C'est trop peu pour nous satisfaire. Et puis l'auteur, sans entrer dans aucune discussion préalable, pose en principe que tous les individus morts de phthisie dans nos ports vivaient au milieu de l'atmosphère maritime. Rien n'est moins évident, surtout pour les ouvriers qui vivent dans les ateliers, dans les forges et dans la cale infecte d'un navire au radoub.

« On pourrait signaler aussi des lacunes nombreuses dans le travail de M. Garnier. Il aurait dû, par exemple, tâcher de nous expliquer la différence immense qui existe, sous le rapport de la mortalité, entre Toulon et Lorient, entre ces deux ports et les trois autres.

» Hâtons-nous d'ajouter que, si l'auteur ne nous semble pas avoir atteint complétement le but qu'il s'était proposé, il faut l'attribuer plutôt à sa méthode qu'à son talent et à son intelligence, que nous sommes loin de contester.

» Il résulte, continue M. Blache, de tout ce que je viens de dire, que la question mise au concours par l'Académie en 1855 reste toujours avec la réponse de M. Rochard, aucun travail sérieux n'étant encore venu ébranler ses conclusions. »

M. le rapporteur termine par quelques considérations générales sur la statistique médicale, sur les conditions auxquelles elle doit satisfaire pour fournir des résultats décisifs, et par l'application de ces principes à l'hygiène thérapeutique.

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments à M. le docteur P. Garnier pour son intéressante communication ; 2° de l'encourager à poursuivre ses recherches.

M. *Piorry* demande la parole pour la prochaine séance.

HELMINTHOLOGIE. — M. le docteur *Burguières*, médecin sanitaire au Caire, lit un mémoire sur le *dragonneau* ou *ver de Médine*.

« Le ver dragonneau, dit-il, a son siége de prédilection aux membres inférieurs. Sur 249 vers, 223 affectaient ce siége ; 26 ont été extraits de différentes parties du tronc et des membres supérieurs.

» Un seul sujet peut présenter plusieurs dragonneaux : 178 malades ont présenté 249 vers ; un malade en avait 8, un autre 5, un 4, sept 3, quarante-trois 2, et cent vingt-cinq un seul.

» La longueur moyenne du dragonneau est de 40 à 50 centimètres, le diamètre de 1 millimètre 1/2. L'extrémité céphalique se termine d'une manière abrupte par une bouche cruciforme ; la queue, plus allongée, par un appendice conique effilé et recourbé en crochet.

» Le dragonneau adulte est rempli d'un liquide laiteux qui renferme une myriade d'embryons microscopiques. La vitalité de ces germes est très persistante, et, lorsqu'ils sont desséchés, on peut les rappeler à la vie en les humectant avec un peu d'eau.

» Dans le cas où le ver est situé superficiellement, on le sent sous la peau sous la forme d'une corde tendue, semblable à une veine ou à un vaisseau lymphatique engorgé. Quand il est situé profondément, il donne lieu à un empâtement général du membre.

» Suivant la profondeur du siége, l'expulsion spontanée du dragonneau se fait d'après deux modes : le mode phlycténoïde et le mode phlegmoneux.

» On a beaucoup exagéré les accidents causés par le dragonneau, et particulièrement par sa rupture quand il est encore engagé dans les chairs.

» Le traitement est simple et consiste tout entier dans les moyens propres à favoriser l'expulsion spontanée du ver.

» Le dragonneau paraît se propager au moyen des eaux stagnantes, dans lesquelles les germes peuvent vivre très longtemps. C'est également par l'intermédiaire de ces germes que l'on peut expliquer les faits de transmission de dragonneau par voie de contagion.

» La période d'incubation après l'absorption des germes est quelquefois de plus d'une année. » (M. Moquin-Tandon, *rapporteur*.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCES DES 18 ET 25 SEPTEMBRE 1861.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE. — DE L'INCONTINENCE DES MATIÈRES FÉCALES APRÈS L'ABLATION DES CANCERS DU RECTUM. — POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS. — CALCUL URÉTHRAL.

M. *Huguier* a présenté quelques remarques sur des faits adressés par M. Ch. Rouillé, et relatifs à des corps étrangers de l'œsophage que ce médecin a repoussés dans l'estomac avec le cathéter à éponge. Le procédé qui consiste à faire tomber les corps étrangers dans l'estomac au lieu de les extraire, est assurément le plus facile, il peut souvent réussir ; mais il n'est pas exempt de périls quand les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage sont, ainsi que cela arrive le plus fréquemment, des fragments d'os irréguliers. Les aspérités de ces corps peuvent déchirer l'œsophage, et le fragment osseux une fois dans l'estomac, il reste encore à redouter les dangers de son passage dans les intestins. L'extraction n'est pas non plus inoffensive avec tous les instruments. Si l'on veut éviter d'érailler l'œsophage de bas en haut, il faut donner la préférence à des instruments construits sur le modèle de ceux que les lithotriteurs ont imaginés pour extraire les corps étrangers de l'urèthre.

M. Larrey croit que la pince œsophagienne de M. J. Cloquet peut être fort avantageuse, parce qu'elle est munie de griffes mousses qui saisissent le corps étranger tout en dilatant l'œsophage.

— M. *Chassaignac* a présenté à ses collègues le malade qu'il avait cité dans la séance précédente, comme exempt de l'incontinence qu'on croit être la règle après les ablations de l'extrémité inférieure du rectum. Ce malade a été opéré une première fois par Philippe Boyer ; la récidive s'étant produite, M. Chassaignac fit une seconde opération avec l'instrument tranchant ; enfin, après une seconde récidive, une troisième opération fut faite avec l'écraseur linéaire. La tumeur fut examinée par M. Ch. Robin, et trouvée positivement cancéreuse. Toutefois la santé s'est maintenue excellente depuis six ans. Malgré la perte de substance énorme qu'a subie le rectum, le malade peut retenir ses matières fécales pendant environ un quart d'heure ; il n'a donc pas d'incontinence.

Ainsi le danger des hémorrhagies étant évité par l'écraseur, et la crainte de l'incontinence étant reconnue exagérée, on reculera beaucoup moins devant ces opérations, et on les fera avec d'autant plus de succès que, encouragé par les deux conditions précédentes, on dépassera plus résolûment les limites du cancer. L'exiguïté des

pertes de substances occasionne, en effet, presque autant de récidives que la malignité même des tumeurs cancéreuses.

M. *Richet*, qui a examiné le malade de M. Chassaignac, ne trouve pas là de sphinctérisation. C'est à peine si le doigt introduit dans le rectum se trouve un peu serré au moment où l'on recommande au malade de faire des efforts comme s'il voulait retenir des matières fécales. L'application énergique des fesses l'une contre l'autre au-dessous de l'orifice qui remplace l'orifice anal est peut-être une des causes de la rétention des garderobes. Ce qui est certain, c'est que le besoin d'aller à la selle ne se fait guère sentir chez ce malade que toutes les cinq ou six heures, et que ce besoin une fois ressenti, le malade peut encore en retarder la satisfaction pendant dix ou quinze minutes.

Relativement à la récidive, M. Richet ne partage pas la sécurité de M. Chassaignac. Il lui semble qu'une ulcération se fait actuellement aux limites supérieures de la cicatrice.

M. *Chassaignac* ne tient pas au mot *sphinctérisation* et convient, au contraire, qu'il n'y a point de sphincters, des muscles ne pouvant se reformer de toutes pièces quand ils ont été enlevés. Toutefois il fait observer que M. Richet lui-même a senti sur son doigt une légère constriction, ce qui prouverait que l'arrêt des matières ne tient pas à des causes entièrement mécaniques.

— M. *Depaul* met sous les yeux de ses collègues un polype utérin qui lui a été donné par M. le docteur Marie, et qui offre ceci de particulier que le pédicule en est d'une très grande longueur. Ce pédicule s'enfonçait comme une racine dans le tissu même de l'utérus. C'est en vue de cette disposition, qu'il considère comme très ordinaire, que M. Marie a imaginé un procédé d'ablation des polypes qu'il appelle *procédé par éradication*. Il incise circulairement la muqueuse utérine autour du point d'implantation du polype, puis avec l'ongle de l'indicateur si le polype est situé assez bas, avec un instrument spécial dans le cas contraire; il dégage peu à peu le pédicule du milieu des fibres utérines; il déracine le polype. Les autres procédés, suivant M. Marie, exposeraient à la récidive en laissant une partie du polype dans les parois utérines. Le même médecin cite, dans le mémoire qu'il a présenté autrefois à l'Académie sur ce sujet, un cas dans lequel la récidive qu'il a observée lui a paru manifestement résulter du développement acquis par le pédicule qu'on avait laissé dans la paroi utérine.

M. Depaul ne croit pas cette disposition très fréquente. Il a vu, au contraire, des polypes qui se détachaient de la face de l'utérus sous l'influence des tractions les plus légères, ce qui n'aurait pas eu lieu si les polypes avaient tenu à l'utérus par des racines profondes. Il désirerait toutefois avoir de ses collègues quelques éclaircissements sur la constitution des pédicules des polypes utérins.

A propos de l'une des pièces anatomiques présentées par M. Huguier dans la précédente séance, M. Depaul avoue qu'il ne reconnaît pas comme très utile la dénomination de *polype utéro-fibreux*, proposée par M. Huguier, aux polypes qui, comme celui qu'il a montré, seraient recouverts d'une couche épaisse de tissu utérin. Il s'agissait, dans le cas de M. Huguier, d'un épaississement accidentel de la couche utérine qui revêt généralement les polypes, et qui va s'amoindrissant du pédicule au sommet. Cet épaississement avec altération était dû peut-être à un travail d'inflammation locale, comme peut en développer le frottement d'un polype sur une partie du col, ou le frottement de deux polypes l'un contre l'autre. Ces inflammations locales de la surface des polypes ne sont pas rares; il n'est pas rare même de les voir provoquer des ulcérations ou déterminer des hémorrhagies, bien que la source la plus ordinaire du sang soit la surface utérine elle-même. En un mot, M. Depaul ne croit pas qu'un état tout accidentel d'un polype puisse motiver une addition à la nomenclature de ces tumeurs, déjà si encombrée.

M. *Huguier* a créé un mot nouveau, parce qu'il correspond à une distinction anatomique très réelle. S'il ne s'était agi que d'un épaississement local et accidentel de la couche utérine, il n'aurait pas songé à faire de cette observation la base d'une nouvelle classe de tumeurs; mais l'enveloppe de tissu utérin était non pas épaissie, mais épaisse partout; elle ne l'était pas accidentellement, mais par le fait d'une disposition primitive, que l'anatomie pathologique montre quelquefois. Or, cette couche épaisse de tissu utérin enveloppant le polype n'est pas indifférente à noter au point de vue des suites de l'opération et du choix du procédé opératoire; il n'est donc pas indifférent de la signaler, et de lui donner un nom qui appelle l'attention.

Quant aux prolongements des pédicules des polypes dans l'épaisseur des parois utérines, M. Depaul a raison de les croire rares. M. Huguier a disséqué des polypes par centaines, et n'a pas rencontré un seul de ces pédicules formant des racines aussi longues que celles dont parle M. Marie. D'ailleurs, même dans les cas où le polype naît du milieu de la substance propre de l'utérus, et où, par conséquent, le pédicule offre un certain prolongement, la récidive n'est guère à craindre quand on opère par les procédés ordinaires.

Il arrive, en effet, que la portion restante du pédicule se flétrit et est détachée par le retrait des fibres utérines, ainsi que l'a dit dans sa *Nosographie chirurgicale* Richerand, qui compare la chute des polypes, dans ce cas, à celle du cordon ombilical après la ligature.

Lorsqu'une récidive a lieu, ce n'est pas ce qu'on a laissé du polype qui la détermine, c'est un nouveau polype qui se développe, car on sait combien il est fréquent de rencontrer en même temps un grand nombre de corps fibreux dans l'épaisseur des parois utérines.

— M. *Béraud* a présenté à la Société un calcul volumineux qu'il a extrait de la portion spongieuse de l'urèthre. Il a fait cette extraction directement, et est arrivé sur le calcul en prolongeant un peu en avant une incision périnéale qu'il avait été forcé de faire avec d'autres incisions pour remédier à une vaste infiltration urineuse.

M. Béraud croyait que ce calcul était le plus gros de ceux qu'on avait extraits de l'urèthre. C'était une illusion que M. Depaul ne lui a pas laissée.

— La séance du 25 septembre a été consacrée à un comité secret dans lequel a été lu le rapport de M. Depaul sur les candidatures à la place de membre titulaire.

D^r P. Chatillon.

---

## V

## REVUE DES JOURNAUX.

Obstétrique et gynécologie. — **Opérations césariennes. — Cas de médecine légale. — Môle hydatique. — Hydatides de l'utérus. — Absence de l'utérus. — Imperforation du vagin; opération; mort. — Polype utérin expulsé spontanément. — Enfant ayant séjourné vingt-deux mois dans l'utérus.**

Nous trouvons dans les journaux étrangers deux observations intéressantes d'opérations césariennes pratiquées dans des circonstances exceptionnelles. Dans la première, l'hystérotomie a été nécessitée par un cancer annulaire du vagin qui formait un obstacle invincible au passage du fœtus. Voici ce premier fait, qui est rapporté par M. James Edmunds, dans *The Lancet* du 5 janvier 1861.

Obs. — Emma P..., grande, bien conformée, âgée de trente-huit ans, est mariée depuis dix ans, et a eu deux enfants mort-nés; le dernier, il y a six ans. Sa santé a été bonne jusqu'au début de sa maladie actuelle, qui remonte à deux années. Le premier symptôme a été une douleur vive pendant le coït. Depuis elle a éprouvé des douleurs lancinantes dans les reins et dans les cuisses; elle a un écoulement sanguinolent d'une odeur fétide.

Le 19 mars 1860, les menstrues ne paraissent pas, mais l'écoulement continue; le 19 juin, elle s'aperçut d'une façon certaine qu'elle était enceinte; le 4 décembre, le travail commence tout à coup à neuf heures du matin; dans l'après-midi, elle envoie chercher son accoucheur. Le 6, M. Edmunds est appelé; il trouve dans le vagin une tumeur d'environ 2 pouces de diamètre, dure, mamelonnée, ulcérée. Le doigt traverse difficilement ce tissu induré, et parvient à sentir la tête du fœtus. Les

douleurs continuaient; le pouls devenait de plus en plus fréquent; la malade s'affaiblissait beaucoup.

Le chirurgien exposa à la malade les dangers de cet état, et lui proposa l'opération césarienne qui fut acceptée; un autre médecin, M. Giles (de Lime-House), fut appelé auprès de cette femme. Il y avait presque six jours que le travail était commencé. Le col de l'utérus, atteint par la dégénérescence cancéreuse, était toujours tendu, non dilaté.

L'opération fut faite par M. James Edmunds, en présence de son frère, de MM. Giles, Nightingall, Nelham, Meeres et Dukes; on s'entoura de toutes les précautions nécessaires; aucun des opérateurs n'avait disséqué depuis longtemps; on n'employa que des instruments qui n'avaient pas encore servi, etc. La vessie fut vidée par le cathétérisme. On fit respirer du chloroforme à la malade, et, au bout de quelques instants, l'anesthésie fut obtenue. Une incision fut faite sur le bord interne du muscle droit, et continuée à travers les fibres musculaires jusqu'au voisinage du pubis, où on redoubla de précautions à cause de la présence de la vessie. La cavité abdominale fut ouverte, et on arriva sur l'utérus, dont la surface était rouge, unie, excepté au sommet de l'incision, où existait une masse ronde ressemblant à un noyau cancéreux; l'utérus fut incisé de haut en bas sur la ligne médiane, et bientôt le sang jaillit avec force; le placenta se trouvait sous le bistouri; il fut incisé et extrait rapidement. L'enfant était en première position; il fut saisi par les pieds et extrait; l'utérus se contracta et revint sur lui-même. La plaie utérine paraissait avoir 2 pouces de longueur; elle était légèrement entr'ouverte, on n'y voyait pas de sang. L'incision abdominale fut réunie par une suture entrecoupée qui ne pénétrait pas dans le tissu musculaire, et qui intéressait seulement la peau et le tissu cellulaire. Dix points de suture furent appliqués ainsi. Pansement simple. L'abdomen fut ensuite entouré d'un bandage.

On prescrivit un régime convenable; on calma les douleurs au moyen de préparations opiacées. Le quatrième jour, il survint une péritonite générale avec vomissements continuels. (Glace, thé de bœuf, opium.) Le sixième jour, on retira six sutures, et on renouvela les bandelettes agglutinatives. Le reste fut enlevé le huitième jour. Le quatorzième jour, la réunion était parfaite, et la guérison complète ne tarda pas à se faire; l'état général était très bon.

Dans les cas d'induration squirrheuse de l'orifice utérin, on peut souvent se contenter de débridements multiples pour ouvrir une voie assez large au fœtus; mais ici cela eût été insuffisant, parce que le vagin était également altéré dans une assez grande étendue, et il eût été à craindre de voir les incisions de débridement se déchirer et se prolonger de manière à ouvrir la cavité péritonéale, ainsi qu'on en a observé plusieurs cas; nous pensons donc, avec nos confrères, que le meilleur parti à prendre était de recourir à l'opération césarienne.

Dans le second cas, cette opération fut nécessitée par un rétrécissement du bassin survenu à la suite de l'ostéomalacie, autant qu'on peut en juger d'après la relation trop succincte de la maladie; celle-ci était survenue après une première grossesse terminée heureusement. Les cas de ce genre sont assez rares pour que nous ayons cru devoir emprunter le suivant à la *Gazetta medica italiana, Lombardia*, du 24 décembre 1860, où elle a été publiée par MM. Vambianchi et Alimonta :

OBS. — Maria Bartolotti, âgée de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, n'ayant jamais été malade, régulièrement menstruée, se maria à dix-sept ans; elle eut trois enfants, dont elle accoucha heureusement. Arrivée à l'âge de vingt-cinq ans, elle fut prise, sans cause connue, de douleurs vagues par tout le corps, qui se localisèrent ensuite dans les os du sacrum et du pubis, au point qu'elle ne pouvait rester debout, et qu'elle dut garder le lit pendant trois années consécutives. Plusieurs traitements furent essayés en vain, puis on lui conseilla de prendre de l'huile de foie de morue; sous l'influence de ce médicament, les douleurs disparurent, etc.; la malade arriva à pouvoir quitter le lit et commencer à marcher.

Elle redevint de nouveau enceinte et arriva heureusement au terme de la grossesse; le travail se déclara après huit jours de légères douleurs; mais on ne pouvait, à cause de la déformation considérable du bassin, sentir la partie fœtale qui se présentait, même après la rupture de la poche des eaux.

La déformation de la colonne lombaire et du bassin était très évidente; la mensuration avec le doigt nous donna 3 pouces pour le diamètre bi-ischiatique et 2 pouces 1/2 pour le diamètre pubio-coccygien. L'accouchement par les voies naturelles était impossible; la malade, qui s'épuisait en douleurs inutiles, demandait qu'on la délivrât, même en sacrifiant son enfant; mais les mouvements de celui-ci, sensibles à la main, les battements du cœur, le souffle placentaire, attestaient de la vitalité, et protestaient contre toute opération capable de le priver de la vie. Ne voulant pas attenter à la vie de l'enfant, l'opérateur n'avait d'autre parti à prendre que l'opération césarienne. La mère refusa d'abord, puis consentit le lendemain.

L'opération fut faite suivant le procédé ordinaire, en observant les préceptes posés, et on amena un enfant vivant et bien portant, qui a continué à vivre.

La malade alla bien pendant trois jours; mais à ce moment elle fut prise d'une entérite à laquelle elle succomba le sixième jour.

L'*autopsie* n'a pu être faite.

On trouve dans le même journal italien (1860, n° 33) l'observation d'une femme qui subit l'opération césarienne pour la troisième fois avec succès; les deux derniers enfants ont survécu. Dans cette dernière grossesse, l'utérus ne s'était développé que dans une de ses moitiés; le diagnostic avait pour cette raison présenté quelques difficultés. Plusieurs médecins et accoucheurs avaient nié la grossesse; l'auteur, M. Raymond Paravicini avait pensé que c'était une grossesse extra-utérine.

— Nous pouvons signaler trois cas qui présentent un certain intérêt au point de vue de la médecine légale.

OBS. — Une femme accouchait à la clinique obstétricale de Pavie; au moment où elle montait sur le lit de travail l'enfant tomba sur le sol, d'une hauteur triple de celle qui peut exister lorsqu'une femme accouche dans la station verticale. Il n'en résulta qu'une déchirure du cordon ombilical près de l'anneau, et une ecchymose à peine visible des téguments du crâne sur la région frontale. Ce fait est rapporté par M. L. Pastorello, de Padoue, dans le *Giornale veneto delle Science medicale*, décembre 1859.

Le deuxième cas est cité dans le *Droit* du 9 décembre 1860.

OBS. — Une femme de mœurs dissolues était devenue enceinte depuis son veuvage, et elle avait résolu de se débarrasser de son enfant pour éviter les reproches des personnes qui venaient à son aide. « Dans la nuit du 17 au 18 juillet, elle accoucha toute seule, à son domicile, et, pour réaliser le projet qu'elle avait formé, elle eut soin de ne pas lier le cordon ombilical, afin que l'hémorrhagie qui en résulterait pût déterminer la mort de son enfant nouveau-né. *Trompée dans son attente*, elle lui serra la gorge de la main droite et l'étouffa presque immédiatement. » Cette femme a été condamnée à mort par la Cour d'assises du Cantal.

— La question suivante a été discutée souvent, mais plutôt au point de vue légal qu'au point de vue médical; toutefois nous croyons devoir signaler le fait qui est rapporté par M. Scott Orr, dans *The North-American Medico-Chirurgical Review*, septembre 1860, p. 894 :

OBS. — *Une femme peut-elle ignorer sa grossesse jusqu'au moment de l'accouchement?* — Je fus appelé, en 1852, auprès d'une jeune femme mariée, âgée de dix-neuf ans, et je l'accouchai de son premier enfant, dans les circonstances suivantes : on croyait à une inflammation intestinale; je ne trouvai pas de fièvre, etc.; mais, aussitôt mon arrivée, elle eut une violente douleur qui reparut peu de temps après; j'exprimai la crainte d'un avortement; mais la mère m'assura que sa fille n'était pas enceinte, qu'elle n'avait jamais éprouvé aucun symptôme de grossesse. Je prescrivis une potion opiacée pour prévenir l'avortement, mais le travail continua, et je la délivrai d'un enfant très petit, paraissant à peine vivant; mais je le ranimai, et maintenant il est âgé de huit ans. La mère m'assura qu'elle n'avait jamais cru être enceinte, que son ventre avait fort peu grossi, et qu'elle n'y avait pas fait attention; ses règles étaient irrégulières, en sorte que je ne pus avoir une notion exacte de la durée de la gestation. Je n'avais aucune raison de soupçonner la véracité de la malade; elle fut au contraire très heureuse de son accouchement.

Ce cas peut prouver, je pense, qu'une femme peut ignorer sa grossesse jusqu'au moment de la délivrance.

— On trouve dans les recueils d'observations, publiés surtout par les anciens accoucheurs, un grand nombre de cas désignés sous le nom de *môles hydatiques*, *grossesses hydatiques*, *hydatides de l'utérus*. On sait aujourd'hui que ces produits n'ont rien de commun avec les véritables *kystes hydatiques*, avec les *acéphalocystes*, que l'on observe dans presque tous les tissus et dans certains organes plus spécialement; ils sont au contraire très rares dans l'utérus.

Les premiers peuvent déterminer les symptômes sympathiques

de la grossesse, car ils ne sont autre chose qu'un produit de conception altéré ; poussant la précision plus loin, on attribue cette altération à l'hydropisie des villosités choriales. Nous citons ici un cas de *môle hydatique* et un cas de *kyste hydatique de l'utérus*. Le premier de ces faits a été communiqué par M. Perrin à la Société médico-pratique et publié dans l'*Union médicale*, du 3 mars 1861, p. 444.

Obs. — Une dame âgée de quarante-quatre ans, ayant eu douze grossesses heureuses, dont la dernière cinq ans auparavant, fut prise d'une suppression des règles qui bientôt fut remplacée par une métrorrhagie qui reparut à des intervalles irréguliers de huit, dix ou quinze jours; puis des vomissements survinrent. Leur persistance lui fit croire, ainsi qu'à son médecin, qu'elle était enceinte. Ces vomissements se répétaient jusqu'à vingt fois par jour.

Bientôt la santé générale s'altéra; amaigrissement, faiblesse, yeux caves, etc. La mort semblait inévitable et prochaine. Un peu de sang apparut à la vulve; les vomissements cessèrent. Les douleurs expulsives continuèrent, et, trois jours après, la malade accoucha d'une môle volumineuse que la veille on avait prise pour le placenta en pratiquant le toucher.

La malade continua à s'affaiblir, et mourut deux joux après.

« La môle consistait en une masse spongieuse et charnue, aplatie, en forme de raquette, sans traces de débris d'embryon, sans vestiges de membranes, parsemée çà et là de quelques noyaux de mastic gélatiniforme, mais non hydatiforme. Cette masse pesait 250 grammes environ. »

Le cas de kyste hydatique observé par M. Henri Jacquart a été communiqué à la Société de biologie en décembre 1860 et publié dans la *Gazette médicale* du 9 février 1861, p. 106 :

Obs. — Madame L..., âgée de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, a eu quatre enfants, dont le plus âgé a douze ans. Elle a toujours été bien réglée. Tous ses accouchements ont été réguliers et faciles, à l'exception du dernier que nous avons terminé par le forceps. L'enfant, qui se présentait par la tête, est venu mort, ce qu'on peut attribuer au retard apporté par la sage-femme à recourir à notre intervention. Les règles sont revenues au bout de six semaines. Ceci se passait environ quatre ans avant que cette dame n'expulsât le produit dont nous avons à nous occuper aujourd'hui.

Les règles ont eu lieu huit jours avant, mais d'une manière insuffisante. Le 23 août 1860, la veille du jour où nous l'avons vue, elle ressent, dans l'après-dînée, des tranchées utérines; elle rend quelques portions de membranes épaisses, lisses, transparentes, en un mot semblables à celles qui enveloppent les hydatides, et des eaux rousses.

Appelé vers dix heures du soir, nous ne pouvons nous rendre auprès d'elle, et pour calmer ses douleurs, nous prescrivons neuf gouttes de laudanum de Rousseau dans un quart de lavement. Les tranchées deviennent moins pénibles sans cesser complétement, et le soir, vers onze heures, est expulsée la poche de l'hydatide mère n'ayant pas moins dé 5 à 6 centimètres de diamètre, vidée qu'elle était d'une grande partie de son contenu, et ses parois étaient affaissées. C'est cette poche que le lendemain notre savant collègue, M. le docteur Vulpian, a bien voulu soumettre de notre part à votre examen, n'ayant pu nous-même assister à la séance. Notre estimable collègue, M. le docteur Davaine, si compétent en pareille matière, s'est chargé de l'examiner, et a constaté que c'était bien une poche qui avait renfermé des hydatides.

La malade nous a appris qu'il y a deux ans, elle a rendu, en revenant d'une course, des produits semblables.

Le lendemain, 25 août 1860, jour où seulement nous la voyons, les tranchées ou douleurs utérines ont cessé. Le col de l'utérus, entr'ouvert, permet l'introduction du doigt indicateur jusqu'à la moitié de la longueur de la première phalange. Le corps de la matrice est un peu plus gros que dans l'état normal. Il s'écoulait du vagin un liquide presque transparent et en petite quantité. Quelques jours de repos suffirent pour ramener la santé. Les règles revinrent à l'époque voulue, et, depuis, cette dame a continué à se bien porter.

— Nous trouvons encore plusieurs observations relatives à des vices de conformation des organes génitaux de la femme. Les premières sont des exemples d'absence de l'utérus; plusieurs auteurs nient formellement qu'on puisse rencontrer l'absence absolue, complète de cet organe ; pour le premier fait, on peut maintenir cette proposition. L'auteur du second cas, M. Gintrac, pense au contraire qu'il a rencontré la variété niée par les auteurs. Cette distinction, du reste, intéressante au point de vue anatomique, n'a aucune importance sous le rapport de la pratique, puisque les fonctions de l'utérus n'existent pas, même lorsque cet organe existe à l'état rudimentaire.

*Atrésie congénitale du vagin avec absence probable de l'utérus et des ovaires*, par César Barbieri. — Une paysanne âgée de vingt-sept ans, vint consulter M. Barbieri en 1858; elle n'avait jamais été réglée, n'avait jamais présenté d'hémorrhagies supplémentaires. Elle était mariée depuis quatre années, et n'avait jamais pu consommer l'acte du coït, bien qu'elle éprouvât un sentiment de plaisir qui se produisait lorsqu'on touchait ses organes sexuels.

Les seins étaient bien développés; le mont de Vénus était plutôt aplati que proéminent, recouvert de poils nombreux et longs ; les grandes lèvres étaient fort développées; les petites, peu apparentes, ne partaient pas des côtés du clitoris, mais formaient une sorte de crête membraneuse sur les côtés du point qui répondaient à l'orifice vaginal; le clitoris était petit.

Au lieu de trouver un orifice vaginal, on trouvait à sa place une membrane analogue à celles de cette région, mais un peu dure et épaisse, au centre de laquelle existaient deux petits corps de la grosseur d'un pois. La vessie était accolée au rectum. Il y avait en outre un rétrécissement très considérable du bassin.

Pensant qu'il n'y avait pas chez cette femme d'organes internes de la génération, et voyant d'ailleurs que la conformation du bassin s'opposerait en tout cas à l'heureuse issue d'une grossesse, M. Barbieri, d'accord avec son confrère M. Lucangeli, dissuada cette femme de toute tentative d'opération. (*Bulletino delle Science medical* et *Écho médical*, décembre 1860.)

Obs. — Une jeune fille âgée de dix-huit ans, entra dans le service de M. Gintrac, où elle ne tarda pas à succomber.

*A l'autopsie*, on reconnut que l'utérus et le vagin manquaient.

« Une sonde introduite dans le canal de l'urèthre entre librement dans la vessie qui est large, à parois épaisses, et d'une forme régulière. Une sonde pénétrant dans l'anus parcourt librement l'intérieur du rectum. Le contact de la vessie et du rectum, facile à constater par cette exploration, est immédiat. Il n'existe entre ces organes ni vagin, ni utérus. Une couche assez serrée de tissu cellulo fibreux les unit étroitement. Le péritoine, en passant de la face postérieure de la vessie sur le rectum, forme de chaque côté des replis qui représentent les ligaments larges. Les ovaires sont contenus dans cette duplicature, qui ne se prolonge nullement du côté de la ligne médiane. Ces organes correspondent aux parties latérales et postérieures de la vessie.

» Les deux ovaires sont partagés en deux lobes dont un externe, plus considérable, et un interne, moins volumineux; ils sont attachés à deux cordons, l'un plein et fibreux, l'autre canaliculé, qui vont se perdre dans le tissu cellulo-fibreux qui unit la vessie au rectum. Ce sont les vestiges du ligament de l'ovaire et des trompes utérines. » (*Gazette médicale*, n° 4, 26 janvier 1861.)

L'observation suivante nous présente un cas d'imperforation du col utérin; le plus souvent ces oblitérations siégent à l'entrée du vagin; mais dans ces deux cas l'indication est la même : ouvrir une voie au liquide menstruel retenu au delà de l'obstacle. Quoique le cas fût simple, ici la terminaison a été défavorable; nous avons signalé quelques préceptes pratiques relativement à cette question en présentant une analyse du mémoire important publié par M. Bernutz (voy. le n° 12, 1861).

*Rétention des règles causée par une imperforation du col utérin; opération; mort*, par Baker-Brown. — Une fille de seize ans, qui n'avait pas encore été réglée, souffrait chaque mois de vives douleurs dans l'abdomen et les reins, pendant un temps qui variait de quelques heures à trois jours; ces douleurs étaient accompagnées des signes ordinaires de la menstruation, sans que rien apparût au dehors. Le vagin se terminait en cul-de-sac, et on trouvait le col utérin dans sa position normale, mais sans ouverture; on sentait d'une manière obscure les lèvres du col comme réunies par une mince membrane; par le toucher rectal, on pouvait reconnaître que l'utérus était augmenté de volume, et on percevait de la fluctuation.

Comme on trouvait les signes d'une rétention menstruelle, on se décida à l'opérer; on fit respirer du chloroforme à la malade, et on la plaça comme pour l'opération de la taille; puis on conduisit des ciseaux pointus jusqu'à l'ouverture obstruée; on pressa doucement et on arriva ainsi à percer la membrane ; lorsqu'on les retira, il s'échappa un liquide épais, consistant, d'une couleur rougeâtre ; on en fit sortir plusieurs onces par les pressions sur l'abdomen et par le rectum ; on injecta de l'eau tiède, et on prescrivit un grain d'opium à prendre toutes les six heures.

Le lendemain soir, l'épigastre devint tendu ; on appliqua des cataplasmes sur l'abdomen; on lui fit prendre de la poudre de Dower. Pen-

dant la nuit, il survint des vomissements bilieux, des douleurs plus vives; les symptômes continuèrent, et la malade mourut le troisième jour.

On ne trouva pas de péritonite générale, mais une inflammation locale des intestins avoisinant l'utérus, avec épanchement de lymphe plastique. (*The North-American Medico-Chirurgical Review*, septembre 1860, p. 897.)

—Il existe dans les recueils scientifiques un certain nombre d'observations de polypes utérins expulsés spontanément; en voici un nouveau cas rapporté par M. J. GRIFFITH SWAYNE, dans le *North-American Medico-Chirurgical Review* (septembre 1860, p. 901).

OBS. — Une dame âgée de trente-sept ans, eut une fausse couche à huit mois; six semaines après, elle se plaignit de douleurs et de gonflement dans la région iliaque gauche; dix jours après hémorrhagie utérine abondante. Pendant quelque temps, ces symptômes varièrent, augmentant à chaque époque menstruelle; elle devint de nouveau enceinte deux ans après, et accoucha d'un enfant mâle bien portant, après une application de forceps. Pendant quelques jours, tout alla bien; puis elle fut prise de fièvre, frissons, douleurs vives, avec tension de la région iliaque gauche. Le fond de l'utérus atteignait presque l'ombilic; cet organe était volumineux, dur; on crut à une inflammation subaiguë de l'utérus. Au bout de quelques jours, il sortit par le vagin des lambeaux de matière charnue, formes de couches concentriques de fibres non striées; en même temps avait lieu un écoulement sanguin. Pour favoriser l'expulsion de ces matières, on donna de l'ergot de seigle, de l'opium et des toniques. L'utérus diminua graduellement, et, au bout de dix jours, on ne pouvait plus le sentir au-dessus du pubis.

Tous les lambeaux réunis formaient une masse de la grosseur du poing, et pesaient plus d'une demi-livre. L'écoulement cessa peu à peu, et, au bout d'un mois, la malade était bien rétablie.

Cette expulsion spontanée des polypes est presque toujours la conséquence de la gangrène du pédicule qui se produit lorsque la tumeur arrive à franchir brusquement l'orifice de l'utérus; le pourtour de cet orifice n'étant pas suffisamment préparé par une dilatation graduelle à lui donner passage, il en résulte une constriction suffisante pour intercepter la circulation, généralement peu considérable, dans le pédicule. Cet étranglement se produit surtout lorsqu'on provoque la sortie du polype, en administrant l'ergot de seigle à l'intérieur, moyen qui est très souvent employé en Angleterre et en Amérique. Le même journal américain publie plusieurs cas rapportés par M. Middleton Goldsmith, dans lesquels on provoqua ainsi l'expulsion du polype, avant d'appliquer une ligature ou de sectionner le pédicule.

— Nous mentionnerons, en terminant, un cas assez curieux rapporté dans le même journal, par M. Buzzell :

OBS. — Une femme âgée de quarante-deux ans, ayant eu plusieurs enfants et fausses couches, redevint de nouveau enceinte; et le travail se déclara au mois d'avril 1858; mais les douleurs étaient peu intenses, et elles cessèrent rapidement. Cette femme avait cru être enceinte, à cause des mouvements de l'enfant et de quelques autres signes qu'elle connaissait; ses règles avaient paru jusqu'au moment du travail, ce qui avait eu lieu dans les grossesses précédentes. Au mois d'octobre 1859, elle fit une chute, et il se déclara des douleurs vives, avec tension de l'abdomen, vomissements, toux, etc. Elle mourut le 19 février 1860.

*A l'autopsie*, on trouva des adhérences de l'utérus aux intestins, et, à l'S iliaque du côlon, l'utérus contenait un fœtus en position naturelle; mais on ne put trouver aucune trace de placenta; la cavité utérine contenait environ une pinte de liquide jaune et épais. Une ouverture placée sur le côté gauche de l'utérus, communiquait avec l'intérieur du côlon, et le bras gauche du fœtus était engagé jusqu'à l'épaule dans cette ouverture.

Ce fait peut être rapproché d'un autre cas publié il y a deux ou trois ans dans un journal espagnol; il s'agissait d'une femme enceinte également depuis vingt-deux mois; la grossesse était utérine. A la fin du neuvième mois, le travail se déclara, mais ne fut pas suivi de l'accouchement, parce qu'il existait une adhérence du sommet de l'utérus avec l'ombilic, et que la matrice ne pouvait pas pousser son contenu de haut en bas, à cause de la fixité des muscles utérins qui sont chargés de cette fonction. On eut recours à l'opération césarienne; on put ainsi extraire le contenu de l'utérus. L'opération fut, je crois, suivie de succès.

Dr J. R.

VI

## VARIÉTÉS.

Par décret du 22 juillet 1861, M. Thibault, chirurgien de 1re classe de la marine, a été promu au grade de chirurgien principal.

— M. Saboureau, premier pharmacien en chef de la marine, a succombé le 4 août dernier à Vichy, où il était allé faire usage des eaux thermales.

Les concours qui vont s'ouvrir le 1er octobre dans les écoles de médecine navale, auront pour objet :

A Brest : sept places de chirurgien de 1re classe; onze places de chirurgien de 2e classe; quatorze places de chirurgien de 3e classe; une place de pharmacien de 1re place; deux places de pharmacien de 2e classe; deux places de pharmacien de 3e classe. — A Toulon : cinq places de chirurgien de 1re classe; neuf places de chirurgien de 2e classe; sept places de chirurgien de 3e classe. — A Rochefort : une place de chirurgien professeur; deux places de chirurgien de 1re classe; quatre places de chirurgien de 2e classe; quatre places de chirurgien de 3e classe. (*Gaz. des hôp.*)

— L'Empereur vient d'accorder sur sa cassette une pension de 1,200 francs à la veuve de M. le docteur Chaillon (de Montoir), mort victime des soins qu'il a donnés aux malades atteints de l'épidémie qui s'était récemment manifestée à Saint-Nazaire.

VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 11. Maladies paludéennes de l'Algérie (suite). — Analyse du sang chez les indigènes, par *Fégueux*. — Maladies paludéennes (suite). — Sang chez les indigènes (suite). — 12. *Idem*. — Rage en Algérie, par *Alcantara*.

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — N° 8. Scorbut aigu à forme rhumatismale, par *Fauvel*. — Traitement de l'orchite, par *Mühlig*. — Traitement de la diphthérite par le perchlorure de fer, par *H. Rey*. — 9. Kyste séreux de l'orbite avec exophthalmie; opération, guérison, par *Carathéodory*. — Aliénation mentale en Orient, par *Mongeri*.

BULLETIN DE L'INSTITUT ÉGYPTIEN. — 1859. — N° 2. Comptes rendus des séances du 9 novembre au 16 décembre.

L'ÉCHO MÉDICAL SUISSE. — N° 11. Fièvre rémittente sudatoire, par *Lombard*. — Contagion de l'*herpès decalvans* du taureau à l'homme, par *Bieler*. — Ablation d'une tumeur épithéliale de la face, par *Piachaud*. — Grande chélidoine comme topique vulnéraire, par *Sacc*. — 12. Mal perforant du pied, par *Appia*. — Observation de rage, par *Hintermüller*. — Rapport médico-légal sur un individu trouvé mort dans le lit d'une rivière, par *Cornaz* et *Reynier*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Octobre. Empoisonnement par la belladone, par *Toquinet*. — *Opération de la queue à l'anglaise*, par *Vanhelst*. — Cliniques. — Novembre et décembre. Divers rapports semestriels des hôpitaux, et cliniques.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 8. Rapport sur la transformation du sucre en matière albuminoïde, par *Martens*. — Rapport sur les plaies d'armes à feu, par *Didot*. — Régime salé pour le soldat en campagne, par *Burggraeve*. — 9. Rapport sur une hémiplégie syphilitique, par *Hairion*. — Coupe-cors; rapport de *Didot*. — Rapport sur les contre-poisons, par *François*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES. — Novembre. Éclampsie puerpérale; forceps; guérison, par *Pigeolet*. — Paralysies liées au choléra, par *Bourgogne père*. — Hématocèle péri-utérine, par *Puech*. — Fièvre typhoïde et son traitement, par *Millet*. — Décembre. Fièvre typhoïde et son traitement, par *A. Millet*. — Fièvres typhoïdes avec lésion de la moelle épinière, par *Bourgogne père*.

ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE. — Tome X. — 1re livraison. Contributions à la symptomatologie et au diagnostic des calculs biliaires, par *Wolff*. — Sur un cas de catalepsie (suite), par *Mosler*. — Recherches sur la diffusion des matériaux organiques, par *Botkin*. — Sur la présence d'un kyste dermoïde dans le poumon, par *Cloetta*. — Effet de l'éclair sur le corps humain, par *Strüker*. — Contributions à l'anatomie de l'oreille moyenne, par *A. Magnus*. — Sur les végétations polypeuses, par *Luschka*. — Rétrécissement de l'œsophage causé par une tumeur cancéreuse avec pneumonie consécutive, par *Neumann*. — Contributions à l'étude des néoplasmes, par *le même*. — Sur la formation endogène des cellules de fer, etc., par *Remak*.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 4 OCTOBRE 1861. — N° 40.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Iodure de fer au beurre de cacao. — Sanguinaire du Canada. — Du veratrum viride. — Racine du cotonnier. — Perchlorure de fer. — Du colchique comme diurétique. — Du kamala comme anthelminthique. — Décoction blanche de Sydenham. — II. **Travaux originaux.** Hygiène publique : Rapports sur les eaux potables de Paris. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Gangrène du bras suite de tatouages; amputation du bras dans l'article. — Transfixion complète de l'abdomen par un coup de baïonnette. — Calcul des fosses nasales. — V. **Bibliographie.** Course of Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system. — Lectures on the diagnosis and treatment of the principal forms of paralysis of the lower extremities. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle.

## I

Paris, le 3 octobre 1861.

*Revue de pharmacie et d'histoire naturelle.* — IODURE DE FER AU BEURRE DE CACAO. — SANGUINAIRE DU CANADA. — DU VERATRUM VIRIDE. — RACINE DU COTONNIER. — PERCHLORURE DE FER. — DU COLCHIQUE COMME DIURÉTIQUE. — DU KAMALA COMME ANTHELMINTHIQUE. — DÉCOCTION BLANCHE DE SYDENHAM.

— Parmi les préparations de fer les plus usitées on doit mettre au premier rang l'iodure de fer, qui a l'avantage de participer des propriétés de l'iode et du fer. Mais il s'altère promptement à l'air en absorbant de l'oxygène ; ses dissolutions ne tardent pas à se troubler et à se colorer, par suite de la précipitation d'un oxydo-iodure de fer correspondant au peroxyde, tandis qu'il reste en dissolution de l'iodure de fer ioduré. C'est pour prévenir cette décomposition que le docteur Dupasquier a composé diverses formules dans lesquelles l'iodure de fer est enveloppé dans des matières gommeuses ou sucrées, qui le préservent du contact de l'air. D'autres praticiens ont cherché de leur côté des moyens qui permissent la conservation de ce sel précieux, et ont préconisé diverses formules qui sont trop connues pour que nous ayons à les rappeler ici. Dans ces derniers temps, un pharmacien de Lyon a proposé d'associer l'iodure de fer aux corps gras pour faire des pilules d'iodure de fer d'une altérabilité aussi faible que possible. Le corps gras qui lui a paru le plus avantageux, est le beurre de cacao, qui, liquéfié à l'aide d'une douce chaleur et au bain-marie, dissout l'iode très facilement ; si à cette dissolution, qui est couleur rouge de sang, on ajoute un excès de fer réduit par l'hydrogène dans la proportion de six parties de fer pour quatre d'iode, on obtient, après trois ou quatre heures d'agitation, un iodure parfaitement neutre, avec un excès de fer qui favorise singulièrement la conservation des pilules. Ce mélange maintenu demi-liquide devient d'abord jaune, puis noir, et enfin vert bouteille (si on opère dans des conditions différentes de celles susénoncées, on obtient des produits très différents). Les pilules, ainsi préparées, peuvent se conserver longtemps sans altération sensible, ce qui s'explique facilement par la

---

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — La discussion sur la morve; remarques rétrospectives. Les principes. — L'homœopathie et l'Hôtel-Dieu. Ce qu'il faudrait faire. — Un *Traité de chirurgie* en partie détruit par un incendie.

Si l'on permettait au docteur Aliquis de se comparer, pour un instant, à une planète, il ferait observer que, ne se montrant dans la sphère médicale que par retours périodiques, ce n'est pas sa faute s'il entre dans le signe de la morve au moment même où vient de s'en éloigner cet orage qui attirait depuis deux mois l'attention des savants. On dit que la chose était intéressante. C'est une question. Les spectacles de la nature ont chacun un genre spécial de beauté qui demande un cadre approprié. Parlez-moi du tonnerre grondant sur les hauts lieux, ou de l'Océan perdu dans une nuit fulgurante. Le géant granitique, aussi élevé que la foudre, se joue d'elle ; la mer lui répond par ses propres colères : les acteurs se valent dans ce terrible drame. Mais la tourmente sur un pâturage de Normandie, c'est pitié ! Or, sans prendre MM. les académiciens pour des Normands, ne semble-t-il pas que le milieu où ils respirent ne se prête bien qu'aux scènes du genre tempéré? On comprend encore une bataille littéraire, Hernani contre Agamemnon, Marion Delorme contre Phèdre ; les formes du beau sont si diverses et les besoins de l'esprit si multipliées! Mais quel prétexte à la violence dans une question de fait? Il faut d'ailleurs reconnaître que la savante Compagnie se plaît dans la sérénité. C'est seulement quand apparaissent dans son ciel certaines comètes bien connues, peu chevelues pour la plupart, qu'elle éprouve de ces fâcheuses commotions ; ce qui dérange, pour le dire en passant, le calcul de ceux qui placent le danger des comètes dans leur crinière.

Assurément la chaleur dans la conviction est en soi une qualité fort louable ; elle est un signe de force, et elle sert bien, dans les luttes de la vie, ceux qui la possèdent. Néanmoins, en pratique, il est juste de ne l'estimer qu'en raison de son origine ; et, sous ce rapport, il y a deux sortes de conviction chaleureuse, puisées,

solidification prompte de la masse pilulaire soumise à l'action de l'eau froide. La surface subit à la longue une légère oxydation, mais elle est peu importante, car l'iodure de fer décomposé est reconstitué, en le malaxant, par le fer réduit qui s'y trouve en excès. La manipulation que l'on fait subir à cette préparation pour la convertir en pilules, la reconstitue donc. Du reste un enrobement de sucre et de gomme préserve la surface des pilules. Ces pilules, qui contiennent environ 0,05 d'iodure de fer et 0,05 de fer réduit, n'ont pas la saveur amère, astringente de l'iodure de fer, grâce au beurre de cacao qui enveloppe le sel et qui leur donne le goût de chocolat. M. Rollet, qui en a fait usage à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, ne leur a vu occasionner aucun des malaises que détermine quelquefois l'iodure de fer, pris à l'état de sirop ou de pilules ordinaires, et de ses observations, ainsi que de celles de MM. Diday et Delore, il résulte que le médecin se trouve ainsi en possession d'un moyen commode d'administrer un médicament aussi précieux. (*Vezu. — Nouvelle préparation de proto-iodure de fer inaltérée et inaltérable*, broch. 1851.)

— Comme nous avons eu déjà, à plusieurs reprises, occasion de l'indiquer, les médecins américains emploient fréquemment dans leur pratique plusieurs plantes de leur pays dont l'usage ne s'est pas encore répandu chez nous, bien que cependant leurs observations semblent indiquer qu'elles possèdent une grande efficacité. Parmi ces plantes, presque ignorées parmi nous, nous citerons encore la sanguinaire du Canada (*Sanguinaria canadensis*), sur laquelle déjà le docteur Fell a appelé chez nous l'attention en 1858 dans son *Annuaire de littérature médicale étrangère*. La forme médicamenteuse la plus habituellement employée, aux États-Unis et au Canada, d'après la formule de la Pharmacopée des États-Unis, est une teinture que l'on obtient en faisant macérer 130 gram. de racine dans 1000 gram. d'alcool dilué. Mais, d'après les observations du docteur H. Green, le liquide ainsi obtenu est presque complétement inerte en raison même de la trop petite quantité de plante active employée. Il a évité les déceptions qu'ont éprouvées un certain nombre de médecins en faisant faire une teinture plus chargée de principes actifs, et qu'il obtient en faisant macérer dans 1000 grammes d'alcool 260 grammes de racine. Le plus souvent on associe à la teinture de sanguinaire quelques autres substances dont l'action vient s'ajouter à la sienne. C'est ainsi que chez les malades atteints de torpeur des intestins, à la suite de trouble dans les fonctions hépatiques, quelques médecins de l'Ohio associent, par parties, égales la teinture de sanguinaire et celle d'aloès composé : ils en administrent deux fois par jour de 30 à 60 gouttes. D'autres fois, surtout dans les cas de toux, suite d'irritation bronchique ou pulmonaire, les médecins associent la teinture de sanguinaire au vin d'ipécacuanha et à une petite quantité de teinture d'opium (18 grammes pour 24 grammes). Enfin, d'après le docteur Green, un de ses confrères aurait obtenu les meilleurs effets, contre la constipation habituelle, de pilules faites avec sanguinaire pulvérisée 3 gram., poudre de rhubarbe 3 gram., savon médicinal 2 grammes; pour 32 pilules, à prendre une soir et matin.

—Parmi les autres substances dont les médecins américains font usage avec grand succès, se trouve le *Veratrum viride*, ou hellébore d'Amérique, qui abonde dans les localités marécageuses et les prairies humides des États-Unis, et principalement de la Caroline du Sud, de Tennessée et du Lancastre. Cette plante, dont les propriétés ont été étudiées d'abord en 1835 par les docteurs Tully et Charles Osgood, a été l'objet d'expériences nombreuses de la part d'autres médecins, parmi lesquels nous citerons les docteurs John L. Atlee, Otterson, Green et principalement le docteur Norwood. Tous ces habiles observateurs lui ont reconnu une action très puissante comme sédatif du mouvement circulatoire, caractérisée par le ralentissement de l'action du cœur. D'après le docteur Norwood, cette diminution des battements du cœur pourrait être poussée très loin, sans aucun inconvénient pour le sujet, et sans que le système circulatoire ou nerveux en souffre aucunement (elle aurait pu être de 130 à 40 par minute). C'est surtout dans la première période de la pneumonie, de la pleurésie, du rhumatisme et de la fièvre typhoïde, et en général dans les diverses phlegmasies, que l'administration du *Veratrum viride* se fait avec beaucoup d'avantages. M. le docteur J. Atlee a annoncé qu'il lui avait aussi très bien réussi dans quelques cas de manie puerpérale, et explique cette heureuse action, non-seulement par la sédation qu'il exerce sur le système circulatoire, mais par une action analogue sur le système nerveux. Selon plusieurs observateurs, le *Veratrum viride* serait le véritable spécifique de la pneumonie, et aurait une efficacité qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes. La forme médicamenteuse la plus usitée est celle d'une teinture obtenue par la macération, pendant quinze à vingt jours, de 250 grammes de racine sèche dans 500 grammes d'alcool. La dose

---

pour ainsi dire, à deux sources contraires. L'une commence par le dégagement personnel, l'indépendance vis-à-vis de soi-même autant que vis-à-vis d'autrui, quelque chose comme une indifférence supérieure à l'égard des jugements de l'expérience ; elle se sert de l'induction pour chercher sa voie et non pour la fourvoyer dans une voie choisie d'avance ; elle regarde à l'autorité des témoignages ; elle se reconnaît faillible, capable d'erreurs ou d'illusions, et la contradiction des hommes compétents l'excite au doute plutôt qu'à la révolte. C'est cette humilité qui la relève plus tard, c'est cette faiblesse qui la fait forte, et c'est seulement après cette poursuite désintéressée de la vérité qu'il lui est permis, quand elle l'a reconnue, de l'embrasser avec ardeur et de la défendre. L'autre sorte de conviction est plus expéditive ; c'est un boulet qui renverse ou maltraite tout ce qui lui fait obstacle. Comme le boulet est chassé par l'explosion de la poudre, elle éclate sous la pression d'un principe vrai ou faux, applicable ou non à la circonstance, et une fois lancée poursuit aveuglément sa route. En deux mots, la première conviction a sa source dans le terrain commun de l'expérience ; la seconde, dans l'impression personnelle ; celle-ci est fille de l'instinct, celle-là de la réflexion. Toutes deux ont rendu des services à la science ; mais ce que l'instinct même peut trouver de bon ne saurait se passer de la révision expérimentale, et quiconque en fait la règle de ses croyances et non simplement un instrument de recherches manque aux premières conditions d'une saine philosophie. Sans défiance contre les illusions, il en sera par cela même le jouet toute sa vie.

Nous parlions tout à l'heure de principes. Il en est deux qui ont joué un grand rôle dans la récente discussion, et dont il serait à souhaiter qu'on approfondît le sens avant d'en déterminer l'application. Il s'agit, d'une part, de la célèbre *ébauche* des affections contagieuses et épidémiques ; d'autre part, de l'identité d'une maladie prise par inoculation avec la maladie qui a fourni la matière virulente. Quoique le lieu puisse paraître singulièrement choisi, qu'on nous permette quelques mots sur ce double sujet.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE a exprimé ses sympathies pour le premier principe : elle le croit même parfaitement avéré, et néanmoins

pour un adulte est de 4, 5 à 6 gouttes par jour, et est augmentée graduellement d'une à deux gouttes jusqu'à ce que l'on ait obtenu le ralentissement du pouls, ou jusqu'à ce que le sujet soit pris de nausées. On diminue alors la dose de moitié, et l'on continue jusqu'à ce que les symptômes soient enrayés. On se sert avec avantage, contre ces accidents, des stimulants alcooliques, et surtout des opiacés dissous dans l'eau-de-vie. Le docteur Norwood, qui associe généralement la teinture de *Veratrum viride* avec le sirop de scille, par parties égales, modifie un peu sa formule pour les enfants en mélangeant exactement 15 grammes de teinture de *Veratrum* avec 45 grammes de sirop de scille, et il donne, en débutant, pour un enfant de trois ans deux à trois gouttes seulement. (*Proceedings of Lancaster Co. Medic. Society.— American Medical Monthly*, 1861.)

— On a appelé dans ces derniers temps l'attention des médecins sur un produit emprunté à une des plantes les plus cultivées des pays chauds, et si l'action qu'on lui attribue est confirmée par des expériences ultérieures, tentées dans notre pays, on pourra reconnaître que les médecins américains, qui s'en sont spécialement occupés jusqu'à ce jour, auront rendu un véritable service à la thérapeutique. Il ne s'agit, en effet, de rien moins que de remplacer l'ergot, dont l'administration n'est pas toujours exempte de dangers, par une substance tout aussi efficace, mais qui aurait l'immense avantage de ne déterminer jamais de phénomènes fâcheux sur l'économie. En effet, les docteurs Bouchelle (du Mississipi) et Shaw (du Tennessée) ont reconnu à la racine du cotonnier (*Gossypium herbaceum*) une action qui lui permet de rivaliser avec avantage avec l'ergot, comme emménagogue, par suite de la rapidité avec laquelle il provoque les contractions utérines et le flux menstruel. Cette propriété est déjà connue depuis longtemps des négresses qui emploient fréquemment la racine du cotonnier pour se faire avorter. Il résulte des observations prises par ces médecins que l'ingestion de ce nouveau médicament, tout en produisant les effets utiles qui font employer l'ergot, n'est pas suivie d'accidents du côté de l'estomac, non plus que du système circulatoire. Aussi le considèrent-ils dans les accouchements comme le meilleur excitateur des contractions utérines dont le médecin puisse disposer, en raison même de son innocuité et de la rapidité de son action. Le docteur Shaw l'administre ordinairement sous forme d'une décoction de 2 onces de racine de cotonnier dans 2 litres d'eau. On réduit à une pinte et l'on fait prendre un verre à chaque heure. Employée chez les femmes atteintes de dysménorrhée ou d'aménorrhée, cette décoction produit rapidement une grande amélioration, et est même considérée par les médecins américains comme le meilleur emménagogue. Ils ont même mis à profit l'action de la racine de cotonnier pour rétablir la sécrétion menstruelle en l'administrant associée avec l'alcool (8 onces de racine sèche, pour 2 livres d'alcool étendu), chez les femmes atteintes de leucophlegmasie. (*Journal of Materia Medica. — Atlanta Medical and Surgical Journal*, août 1861.)

— Depuis plusieurs années surtout, l'emploi du perchlorure de fer dans la thérapeutique a pris un développement considérable ; aussi les chimistes et pharmaciens ont-ils fait de nombreuses recherches pour arriver à une meilleure préparation et donner ainsi aux médecins et aux chirurgiens un médicament d'une action plus assurée. Parmi les auteurs de ces recherches chimiques, nous citerons M. Burin du Buisson Adrian et Lebaigue. Ce dernier observateur a pensé que le mieux était de revenir à l'emploi du perchlorure de fer obtenu par sublimation, comme celui dont on faisait usage au moment des expériences de Pravaz : les avantages que M. Lebaigue trouve à l'usage du sel sublimé consistant dans sa composition invariable, son état de neutralité chimique, sa solubilité très grande dans l'eau, sans autre précaution que de décanter pour réparer quelques parcelles de fer inattaquées par le chlore, et la conservation facile de sa solution. Les proportions proposées par M. Lebaigue pour obtenir une solution à 30 degrés sont : 160 grammes d'eau distillée pour 60 grammes de perchlorure de fer sublimé. En faisant passer du chlore sur des pointes de Paris, légèrement chauffées dans un ballon de verre, on obtient d'abord du protochlorure qui se transforme rapidement en perchlorure. Quant celui-ci est formé, on donne un léger coup de feu pour le sublimer et on obtient ainsi un produit très pur, d'un prix moyen, et que le pharmacien peut employer pour faire instantanément les solutions qui lui sont demandées, à quelque degré que ce soit, et quelque minime que soit la quantité prescrite. Mais, si ce procédé offre des avantages, il a aussi quelques inconvénients ; d'abord le perchlorure de fer sublimé, a l'inconvénient de ne plus donner des solutions neutres quand il est préparé depuis déjà un certain temps ; d'autre part, le procédé laisse dans la liqueur une petite quantité de fer inattaquée, et en même temps une certaine proportion de protochlorure de fer ; il nous semble donc que la préparation d'une solution, à un

---

elle refuse d'en déduire l'existence d'une morve ébauchée. Là est la limite qui la sépare d'esprits plus hardis, qui se fient exclusivement à la supériorité des principes sur les faits. Oui, sans doute, un principe peut être plus sûr qu'un fait, et nous l'avons écrit plus d'une fois ; mais à quelle condition ? A la condition que ce principe sera général et absolu. Or, doctrinalement, le principe des ébauches en pathologie n'a rien de nécessaire, et expérimentalement il y a des maladies qui n'admettent pas de degrés : témoin la rage et le sang de rate, ainsi que l'a rappelé M. Bouley. Dans cette situation, quelque séduisant que soit un principe, un esprit sage attend la décision des faits ; et, comme il est impossible d'attribuer un poids égal à quelques observations sommaires dans une seule écurie et à la masse d'observations concordantes que produisent les vétérinaires les plus compétents, c'est presque manquer à ces derniers que d'ajourner la question, loin que ce soit faire preuve d'injustice à l'égard de leur adversaire.

Quant au second principe, le peu que nous voulons en dire ici ne s'applique pas particulièrement au débat sur la morve. C'est une simple réserve scientifique. Tout le monde a reconnu que deux maladies, dont une a produit l'autre par contagion, sont identiques. Cela est rigoureusement vrai, si l'on entend une identité de nature, d'essence ; identité quelquefois révélée par l'épreuve thérapeutique, souvent aussi soustraite à toute autre vérification expérimentale que celle-là même d'où on l'en déduit *logiquement*, à savoir : la transmission contagieuse. Mais on oublie trop que les maladies les plus manifestement transmissibles peuvent subir, en passant d'un organisme à un autre, des changements de forme considérables, derrière lesquels leur parenté serait difficilement soupçonnée sans la notion préalable de la communauté d'origine. Les diverses formes des affections charbonneuses, celles de l'ophthalmie contagieuse, celles même de l'angine diphthéritique, se substituent les unes aux autres dans la transmission directe ou indirecte. La syphilis est une assurément ; mais, dans l'expression phénoménale, quelle ressemblance y a-t-il entre un iritis et une carie du tibia ? Et quand l'infection a traversé par hérédité plusieurs générations, ne se résout-elle pas en des vices organiques, comme les scro-

certain titre déterminé, ne doit pas être aussi facile que le croit l'auteur du procédé, puisque les diverses préparations successives ne doivent pas renfermer toutes les mêmes proportions de chlorure et de fer métallique. Dans l'état actuel nous donnerons encore la préférence aux produits obtenus par le procédé de M. Adrian, plus long, plus compliqué peut-être, mais qui a le grand avantage de donner une solution d'une composition irréprochable sans protochlorure ni acide chlorhydrique libre, et n'abandonnant jamais d'oxyde de fer. (*Journal de pharmacie et de chimie*, juillet et août 1861.)

— Parmi les divers médicaments qui agissent comme diurétiques, le colchique semble avoir une action des plus marquées, et les recherches publiées en novembre 1858 par le professeur William A. Hammond dans les *Proceedings of the Academy of Natural Sciences of Philadelphia*, l'ont amené à conclure que ce médicament agit principalement en augmentant la quantité de matière organique entraînée par les urines, et que c'est un véritable dépurateur du sang. Depuis cette époque, le docteur Garrod (de Londres), qui a publié des recherches sur l'action physiologique du colchique, a contesté en partie les résultats annoncés par le docteur Hammond. Considérant seulement la quantité formée d'acide urique qui ne constitue qu'une faible partie de la matière organique éliminée, M. Garrod conclut de ces expériences que la proportion d'acide urique n'est pas augmentée par le colchique, que ce n'est pas par son action spécifique sur la sécrétion urinaire que le médicament agit comme curatif de la goutte, et que ce n'est pas, en un mot, un vrai diurétique. D'autre part, le professeur Austrée Flant (de Philadelphie) a confirmé dans ses recherches sur l'action des diurétiques, les observations du professeur Hammond, qui a repris, du reste, ses expériences, et est arrivé de nouveau aux résultats qu'il avait primitivement publiés. De ses observations prises sur des adultes bien constitués et soumis à l'action de la teinture du *Colchicum autumnale* et en notant la quantité d'urine rendue chaque jour, le poids spécifique de cette urine, le poids total de la matière solide éliminée, puis séparément celui des matières organiques et inorganiques, et en dosant l'acide urique existant dans les produits, il est arrivé à prouver : que sous l'influence du médicament la quantité de l'urine rendue augmente ; que le poids de la matière solide augmente également, par production d'une plus grande quantité de matière organique ; et enfin que rien de sensible ne se manifeste quant à la quantité d'acide urique produite. De ces observations, il se croit donc en droit d'affirmer que le colchique, comme il l'avait annoncé précédemment, agit spécialement sur la sécrétion urinaire, est un excellent diurétique et dépurateur du sang, et que c'est en vertu de cette action spéciale qu'il exerce d'heureux effets dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. (*American Medical Monthly and New-York Review*, février 1861.)

— Il y a quelques années on a introduit en France un nouveau ténifuge, le *Kamala*, fourni par une euphorbiacée de l'Inde, le *Bottlera tinctoria*, qui jouit parmi les indigènes et parmi les médecins européens établis dans le pays, d'une grande faveur comme anthelminthique. Mais les expériences qui furent tentées en France à cette époque n'ayant pas donné des résultats aussi satisfaisants qu'on l'assure, une sorte de défaveur tomba sur le nouveau médicament, et il fut abandonné presque aussitôt après son introduction. Cependant les faits publiés en Angleterre et dans l'Inde démontraient que le kamala n'était pas dénué d'action, comme semblaient le prouver quelques faits observés en France, et il était très probable que de nouvelles expérimentations donneraient de meilleurs résultats. En effet, dernièrement le docteur Aronsshon a publié une expérience qui tend à prouver l'efficacité du *Bottlera* comme ténifuge. Une femme âgée de soixante ans, qui rendait de temps à autre des fragments de ténia par les selles, prit sans répugnance ni dégoût, 10 grammes de poudre de kamala délayée dans de l'eau sucrée, après avoir été d'abord soumise à un jeûne absolu de vingt-quatre heures. Deux heures après, de vives coliques se firent sentir suivies de selles diarrhéiques, qui ne donnèrent aucun fragment de ténia. 30 grammes d'huile de ricin pris vingt-quatre heures après déterminèrent la sortie d'un ténia considérable, pelotonné, mais auquel la tête manquait. *Depuis cette* expulsion, la malade s'est trouvée débarrassée d'une foule de sensations pénibles qu'elle accusait dans la région lombaire et abdominale. Cette observation du docteur Aronsshon tend donc à rappeler l'attention des médecins sur la propriété ténifuge du kamala, mais nous ferons observer que ce médicament a l'inconvénient grave de déterminer des coliques, tandis qu'au contraire le *kousso* et le *musenna* ne produisent point ces accidents, qui sont dus très probablement à l'action irritante de la matière âcre et drastique que le kamala renferme comme toutes les euphorbiacées. (*Gazette médicale de Strasbourg*, juin 1861. — *Bull. de thérapeut.*, 30 juillet 1861.)

— Parmi les médicaments qui figurent depuis un long laps

---

fules, où la spécificité primitive s'est évanouie? La maladie transmise change encore plus de forme en changeant d'espèce animale; et c'est un sérieux enseignement pour le pathologiste que les découvertes modernes sur les transformations subies par le ténia dans ses migrations à travers des organismes d'espèces différentes. Si des êtres du règne animal se modifient à ce point dans leur forme, qu'en doit-il être des principes morbides, dont personne n'a encore vu l'*œuf* ou seulement la *graine?* Conséquemment il y a lieu de se tenir en garde contre les dénégations de ceux qui refuseraient de reconnaître une maladie transmise dans un ensemble de lésions consécutives à l'inoculation, parce que cet ensemble différerait beaucoup de celui où la contagion avait été puisée. Si, par exemple, il était avéré (ce qui aurait grand besoin d'une nouvelle confirmation) que le virus de la morve inoculé a communiqué à des chevaux un jetage et un glandage dont la guérison a été rapide et presque constante, il nous importerait peu que MM. les vétérinaires n'y vissent que des cas de *gourme;* et nous aimerions mieux admettre que la morve, modifiée par un organisme nouveau, peut produire la gourme, que de mettre en suspicion le principe de l'identité essentielle de deux maladies dont l'une a engendré l'autre.

Conclusion : la science manque peut-être d'expériences assez suivies sur les transformations successives des maladies produites par des inoculations répétées.

— Pour revenir à la *Revue professionnelle* (il en est temps!) vous saurez que l'entrée de l'homœopathie à l'Hôtel-Dieu a été une des éventualités de ce temps-ci. Fortune, ce sont là de tes coups! Deux places étaient vacantes dans cet établissement par la mort de Piedagnel et de Legroux. En semblable circonstance, l'administration a coutume d'adresser à tous les chefs de service des hôpitaux une lettre pour les inviter à faire connaître les titres qu'ils pourraient avoir à la place vacante et à déclarer, le cas échéant, s'ils entendent en profiter. Les lettres ont été expédiées sans perdre de temps, avec prière de répondre *immédiatement:* l'homœopathe intéressé à la chose était en vacances! Elles ont été

de temps, et avec avantage, dans l'arsenal thérapeutique on peut citer la décoction blanche de Sydenham. Mais elle offre l'inconvénient de ne pas se conserver, par suite de la fermentation rapide qui s'y établit. Pour obvier à cet inconvénient, on a proposé de substituer, dans sa préparation, la gomme à la mie de pain; mais on ne fait que retarder ainsi les phénomènes de fermentation, et d'autre part, comme le fait remarquer M. Tisy (de Lyon), cette modification à la formule, sans nuire à son efficacité, n'en a pas moins le défaut de ne plus conserver fidèlement la composition primitive. En effet, la mie de pain n'agit pas seulement comme émollient amylacé, mais l'acide qu'elle renferme donne avec le carbonate de chaux, de la corne de cerf calcinée, un sel de chaux soluble, qui manque entièrement dans la préparation à la gomme. Pour conserver à la préparation sa composition primitive, tout en lui enlevant ses inconvénients, M. Tisy propose de prendre les substances indiquées par le Codex (corne de cerf calcinée et porphyrisée, 8 gram.; gomme, 8 gram.; mie de pain, 24 gram.; sucre, 30 gram.); délayez dans 300 grammes d'eau, tenez un bain-marie pendant une demi-heure dans une capsule de porcelaine, ajoutez 30 grammes de sucre pulvérisé, et portez à l'étuve sur des plaques étamées jusqu'à dessiccation. Le produit solide est pulvérisé, passé au tamis fin, et divisé en 10 prises. Chaque prise, délayée dans un demi-verre d'eau, donne instantanément un demi-verre de décoction blanche de Sydenham. Parmi les avantages de ce mode opératoire, nous indiquerons seulement que la conservation indéfinie du produit lui permet d'attendre le moment de son emploi chez les personnes qui vivent dans des localités éloignées de tout pharmacien. (*Gazette médicale de Lyon*, 1er août 1861.)

Léon Soubeiran.

---

A l'occasion du rapport de M. Blache, M. Piorry a présenté de bonnes considérations sur les déceptions de la statistique appliquée à des maladies complexes et d'un diagnostic souvent malaisé, comme est la phthisie; et M. Bouchardat s'est élevé sur les hauteurs de la physiologie pour montrer dans le refroidissement de l'organisme la cause générale de la maladie. L'honorable professeur d'hygiène est, en médecine, un paladin, dans le sens primitif et glorieux du mot; il ne sait qu'aller en avant! Sans doute, il va parfois trop vite, et l'on a vu, à plusieurs de ses assertions, des signes d'incrédulité courir le long des banquettes. Nous n'en croyons pas moins que M. Bouchardat est dans la bonne voie, et que c'est seulement au bout de cette voie, quand on l'aura plus profondément explorée et mieux déblayée, qu'on verra clair enfin dans l'étiologie et le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Fournié (de l'Aude) a écrit à l'Académie qu'il avait répété les expériences de M. Demarquay sur la même femme trachéotomisée qui avait servi de sujet à cet observateur. Deux essais ont donné des résultats négatifs. L'inhalation ayant été faite avec de l'eau contenant du tannin d'abord, puis de l'iodure de potassium, le papier au perchlorure de fer, introduit par la fistule dans la trachée, n'a décelé aucun signe de réaction. N'y aurait-il pas là une simple question d'appareil? M. Demarquay s'était servi de l'appareil de M. Mathieu, et M. Fournié de celui de M. Sales-Girons.

A. Dechambre.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Hygiène publique.

Rapports sur les eaux potables de Paris, émanés : 1° du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine; 2° du Comité consultatif d'hygiène.

[Ces deux rapports ont chacun une étendue telle qu'il nous serait impossible de les insérer intégralement. Il ne serait peut-être pas d'ailleurs à propos de reproduire ici une foule de détails relatifs à un intérêt tout local. En ne relevant dans ces documents que ce qui suffit à la parfaite intelligence de la question, et en s'arrêtant surtout aux résultats de recherches expérimentales qui peuvent profiter à tout pays, on a l'avantage de transformer en une grande leçon d'hygiène publique des études faites spécialement au profit de la capitale.

Le premier rapport, adressé à M. le préfet de police au nom du *Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine*, traite de la salubrité de l'eau de la Seine dans tout le parcours de Paris, c'est-à-dire entre le pont d'Ivry (en amont de Paris) et Saint-Ouen (aval de Paris). Il est l'œuvre de M. Félix Boudet. Le second, dû à la plume de M. Bussy, et fait au *Comité consultatif d'hygiène*, sur une communication de M. le préfet de la Seine, est relatif à l'analyse des eaux des réservoirs de Montmartre et de Passy. M. Boudet a eu l'heureuse pensée de terminer son travail par un résumé des expériences qui y sont relatées et des conséquences à en déduire; nous nous bornerons donc à reproduire ce résumé, qui a encore un autre avantage : celui de suivre topographiquement les sources d'adultération des eaux de la Seine, de manière à initier aux éléments du débat ceux mêmes qui n'auraient aucune idée du cours de la Seine. Par là aussi il rend le second rapport plus intelligible aux étrangers. C'est pour ce double motif que nous lui donnerons la première place.

Mais auparavant il importe de rappeler, avec les deux rappor-

---

adressées dans les hôpitaux et non à domicile; la gouvernante de l'homœopathe n'a donc pu *faire suivre!* Il y a un dieu pour les administrations intelligentes. D'ordinaire encore, les avis de ce genre n'ont d'autre effet que de provoquer une réunion des membres de la *Société des médecins des hôpitaux*, qui s'entendent pour n'adresser au directeur de l'assistance publique qu'une seule demande par place vacante, en faveur du plus ancien des chefs de service qui désirent l'occuper. Cette fois, chacun a répondu pour son compte, et, voyez encore le hasard, deux demandes seulement sont arrivées pour les deux vacances : ce sont celles de MM. Monneret et Guéneau de Mussy, qui ont été nommés.

Nous ne nous ferons pas l'écho de tous les bruits qui ont circulé à ce sujet; mais nous ne pouvons nous défendre d'une remarque, d'autant plus opportune que la question va être ramenée au mois de janvier prochain par la retraite de M. Guérard. A notre sens, une difficulté comme celle qui vient de surgir ne doit pas être tournée, mais abordée de front. S'il était vrai que l'administration se fût montrée adroite dans la circonstance, ce n'eût été qu'au prix d'une inconséquence et d'un grave précédent.

M. Tessier, comme chef de service, a le droit incontestable de viser à l'Hôtel-Dieu. Ce droit ne peut être perdu que si la pratique de l'homœopathie au sein des hôpitaux, dans les conditions où elle s'y exerce, constitue une infraction aux lois et règlements sur la matière. Or, voilà tantôt vingt ans que l'administration tolère l'homœopathie dans ses établissements hospitaliers; qu'a-t-elle à dire dès lors contre ceux qui la représentent? En plaçant sur la même ligne l'homœopathe et ses collègues des hôpitaux, elle proclame *ipso facto* l'égalité de leurs droits.

Nous voudrions donc que la question fût jugée au mois de janvier. Il ne s'agit pas de proscrire administrativement l'homœopathie; nous n'avons pas de ces ridicules pensées. L'homœopathie mourra de sa belle mort; ruinée déjà en grande partie, elle demande à changer de nom pour se donner un air de rajeunissement, et ne conserve quelque apparence de vie qu'en se cachant sous la robe traditionnelle. Pas un homme de valeur ne vient à elle, chose significative dans ce temps de malaise! Elle ne se recrute, au contraire,

teurs, l'origine des questions soumises au conseil et au comité d'hygiène.

En avril 1859, M. le maire de Batignolles adressait à M. le préfet de police une plainte au sujet de l'insalubrité de l'eau livrée aux habitants de cette commune. Un rapport fait à cette époque par M. Félix Boudet constata que l'eau pour les Batignolles était puisée en Seine (prise de la machine de Clichy) sur la rive droite, à 300 mètres en aval du grand égout collecteur d'Asnières, à 16 mètres seulement de la berge. Les analyses ont constaté que cette eau, puisée à la prise le 7 juin 1859, contenait par litre 0gr,217 de résidus solides, et 0gr,005134 d'ammoniaque (d'après les procédés de M. Boussingault), tandis que l'eau puisée au même moment, en plein courant, ne renfermait par litre que 0gr,164 de résidus solides, et seulement 0gr,000284 (soit 28 centièmes de milligramme) d'ammoniaque, c'est-à-dire vingt fois moins que dans l'eau de la prise. Sur les conclusions du conseil, M. le préfet de police exigea de la compagnie générale qu'elle transportât la prise d'eau de la machine de Clichy au milieu du fleuve. La compagnie jugea plus favorable à ses intérêts de supprimer la prise d'eau, et d'alimenter les Batignolles par le réservoir de Montmartre au moyen de la machine de Saint-Ouen. Mais dès le mois d'août de la même année, nouvelles plaintes de M. le maire de Batignolles, plaintes auxquelles s'associa, en juillet 1860, M. le commissaire de police du quartier Clignancourt (18e arrondissement), accusant l'insalubrité des eaux de Batignolles, Montmartre, la Chapelle, desservies par le même réservoir. Un nouvel examen constata que la prise d'eau de Saint-Ouen, située sur le côté *droit* du fleuve (côté des égouts d'Asnières et de Clichy), à 12 mètres environ de l'étiage, et en aval des égouts, ne valait pas beaucoup mieux que l'ancienne prise de Clichy. Les analyses faites par M. F. Boudet ont donné, en effet, les résultats suivants, quant au dosage de l'ammoniaque (1) :

Eau recueillie en plein courant au pont d'Asnières (en amont de l'égout) : 0gr,00003 centièmes de milligramme.

Eau recueillie à 3 kilomètres en aval du pont d'Asnières, sur la ligne de la prise d'eau de Saint-Ouen, à 12 mètres de l'étiage (rive gauche) : 0gr,00004 centièmes de milligramme.

Eau recueillie en plein courant sur la ligne de la prise d'eau de Saint-Ouen : 0gr,00067 centièmes de milligramme.

Eau recueillie au-dessus de la prise de Saint-Ouen, à 12 mètres de l'étiage (rive droite) : 0gr,00270 centièmes de milligramme.

On voit par ce tableau que c'est seulement au delà du milieu du fleuve, sur la rive *gauche*, que l'eau prise en aval de l'égout a son maximum de pureté, représenté par 0gr,00004. En conséquence, une nouvelle injonction fut faite, le 25 septembre 1860, à la compagnie générale de reporter la prise d'eau sur la rive gauche. Sur ces entrefaites, la Ville succéda à la compagnie, le 1er janvier 1861. Les travaux furent entrepris le 23 février, et dès le 25 mai une nouvelle conduite était installée à 104 mètres de la berge droite, et à 94 de la berge gauche.

Toute difficulté paraissait aplanie quand une note émanée de la Ville, et insérée au MONITEUR, crut pouvoir soutenir, en s'appuyant sur une analyse faite à l'École des ponts et chaussées, que l'égout d'Asnières n'avait pas eu, en réalité, grande influence sur l'ancienne prise de Saint-Ouen, et que les eaux du réservoir de Montmartre, alimentées par cette prise, n'étaient pas inférieures en qualité à celles des réservoirs de Passy, alimentées par la machine de Chaillot. Cette assertion ayant été contestée, M. le préfet de la Seine s'est adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce pour l'inviter à soumettre la question au comité d'hygiène publique, et tel est l'objet spécial du rapport de M. Bussy.]

A. D.

(1) Nous empruntons ce tableau, non au rapport de M. Bussy, mais à celui de M. Boudet lui-même. Ce dernier tableau nous a paru plus simple et mieux disposé pour l'intelligence des faits.

RAPPORT SUR LA SALUBRITÉ DE L'EAU DE LA SEINE ENTRE LE PONT D'IVRY ET SAINT-OUEN, CONSIDÉRÉE COMME EAU POTABLE.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

La Seine arrive aux portes de Paris après un cours de cent lieues à travers des contrées où les établissements industriels et les populations ne sont pas assez agglomérés pour altérer notablement la pureté et la salubrité naturelles de ses eaux ; elle les présente alors dans d'excellentes conditions. En effet, elles sont habituellement limpides et peu chargées de matières limoneuses; elles tiennent en dissolution, en moyenne, 23 centimètres cubes d'acide carbonique, 9 centimètres cubes d'oxygène, 20 centimètres cubes d'azote. Elles sont donc bien aérées et riches en oxygène. Leur proportion moyenne d'ammoniaque est inférieure à 17 centièmes de milligramme. Leur degré hydrotimétrique est compris entre 15 et 17.

Le poids de leurs matières fixes est de 0gr,24 : il se compose de 16 centigrammes de carbonate de chaux, de 2 centigrammes de carbonate de magnésie, de 1 centigramme 1/2 à 2 centigrammes de sulfate de chaux, de quelques milligrammes de chlorures alcalins et de nitrates, et de 3 à 5 centigrammes de matières organiques.

Ces eaux sont loin d'offrir sans doute le degré de pureté de celles de l'Allier, de la Dordogne, de la Garonne, de la Loire, dont les titres hydrotimétriques sont compris entre 4 et *6 degrés*; *mais elles* sont bien moins chargées de sels terreux que celles d'un grand nombre de sources et de rivières, qui sont employées à l'alimentation des habitants des villes et des campagnes, que celles d'Arcueil, par exemple, dont le titre hydrotimétrique est 28, que celles de la Marne, de l'Oise et de l'Escaut.

Il est à remarquer aussi que le sulfate de chaux ne s'y trouve qu'en proportion extrêmement faible, tout à fait insuffisante pour lui donner les propriétés laxatives qui lui ont été inconsidérément attribuées, et que le bicarbonate de chaux, qui forme les trois quarts de leur résidu minéral, peut être considéré, dans ces proportions, comme un élément utile plutôt que nuisible à la santé des consommateurs. Il ne lui manque aucune des conditions essentielles d'une eau potable, salubre, agréable à boire et propre aux usages domestiques et industriels.

La pureté absolue de l'eau n'est pas, il faut bien le reconnaître d'ailleurs, une garantie de ses qualités sanitaires ; l'eau distillée, qui est parfaitement pure, est lourde à l'estomac et indigeste, les eaux des glaciers et des fontes de neige sont également pesantes, elles manquent de cette légèreté, de cette sapidité que donnent aux eaux courantes l'air et l'acide

---

que des *fruits secs* de la profession. N'importe, nous ne trahirons pas, pour lui faire pièce, le principe titulaire de la liberté du diplôme ! Dogmes, médicaments, doses, nous laissons tout à sa responsabilité. Mais s'il est contraire aux lois et aux règlements de fournir soi-même des médicaments aux malades, des médicaments secrets, sortis d'officines affiliées à la soi-disant école et contrevenant elles-mêmes perpétuellement aux lois sur la pharmacie (1), nous demandons hautement que l'administration en finisse avec cet abus ; qu'elle mette l'homœopathe en demeure de se retirer ou de cesser ses distributions de globules ; qu'elle ordonne enfin que toute prescription pharmaceutique soit inscrite au cahier et exécutée dans la pharmacie de l'hôpital. Ce que nous réclamons, on le voit, n'est que l'abolition d'un privilége. Franchement, on ne peut être moins exigeant.

(1) Ces jours derniers encore, une pharmacie homœopathique, dans laquelle une de nos ordonnances avait été portée par mégarde, a déclaré ne pouvoir livrer une solution de nitrate d'argent. Le motif donné par le plaisant chef de l'officine mérite d'être rappelé : « Cela ne se trouve que dans les *petites pharmacies.* » Peste ! que vend-on dans les grandes? Ma solution contenait 2 grammes d'azotate pour 100 grammes d'eau !

— En voyant à Londres, il y a peu de temps, les restes de l'incendie des docks, nous avons déploré comme il convient la perte de tant d'huile et de tant de coton. Mais on nous pardonnera si notre cœur médical se montre plus sensible encore à un autre désastre qui vient de détruire en partie l'œuvre d'un ami et d'un savant chirurgien, M. le docteur Costello. Notre confrère qui habite Paris, où il est presque considéré comme un compatriote, venait de terminer l'impression de son grand ouvrage : THE CYCLOPÆDIA OF SURGERY (4 volumes), dans la maison Taylor et Greening, de Londres, quand le feu prit à l'imprimerie. Tout ce qui était resté de cet ouvrage dans l'établissement, feuilles et planches, est devenu la proie des flammes. Heureusement, l'auteur avait retiré tout récemment 500 exemplaires complets ; mais le produit de la vente de ces exemplaires couvrira à peine la moitié des frais de réimpression. C'est une grave raison de souhaiter plus fortement encore le succès d'une œuvre qui était déjà par elle-même si digne d'encouragement.

Dr ALIQUIS.

carbonique qu'elles tiennent en dissolution, elles ne renferment que des traces de substances salines que l'on rencontre dans les eaux des fleuves et des rivières, et qui ne sont sans doute pas sans influence sur leur salubrité.

Quoi qu'il en soit de cette observation incidente, l'eau de la Seine au-dessus de Paris, au pont d'Ivry, avant son mélange avec la Marne, est une eau de très bonne qualité; mais bientôt elle reçoit l'affluent limoneux de la Marne, qui souvent trouble sa limpidité et augmente la proportion de ses matières salines, particulièrement des bicarbonates de chaux et de magnésie, puis elle est soumise à des causes d'altération qui se produisent sans cela pendant son passage à travers Paris, et parmi lesquelles il faut mettre en première ligne les déjections des égouts, et notamment de la Bièvre, dont l'influence se fait très fortement sentir à la hauteur du pont d'Austerlitz, particulièrement sur la rive gauche. Ces liquides impurs introduisent dans la Seine des matières organiques plus ou moins putréfiées, qui fermentent, dénaturent son atmosphère, en absorbant une partie de son oxygène, donnent naissance à de l'ammoniaque, à ces produits fétides de nature indéterminée, qui sont le résultat inévitable de la décomposition des matières organiques, et qui donnent à l'eau une odeur et une saveur désagréables, et des propriétés évidemment nuisibles à la santé.

Au delà du pont d'Austerlitz, le mélange plus intime des eaux du fleuve atténue beaucoup cette différence entre les deux rives; mais elle est encore sensible en aval du pont de l'Alma, où l'eau m'a donné en moyenne 25 centièmes de milligramme d'ammoniaque à l'estacade de la prise de Chaillot, tandis qu'elle m'en fournissait 30 centièmes de milligramme à 50 mètres à gauche de cette estacade, près de la seconde pile du pont.

Au-dessus de Chaillot, depuis l'estacade jusqu'à Asnières, les usines de Grenelle, de Courbevoie, de Puteaux et de Suresnes, versent encore, sur la rive gauche, des eaux industrielles abondantes; mais ces affluents sont trop limités pour produire des résultats considérables; aussi l'eau épurée pendant ce long trajet par le départ successif des matières solides qu'elle charrie et par la combustion lente d'une partie des matières organiques qu'elle tenait en dissolution, arrive au pont d'Asnières peu chargée d'ammoniaque et offrirait au milieu du fleuve, à partir de ce point, une eau potable d'assez bonne qualité, si les égouts d'Asnières et de Clichy ne venaient bientôt la troubler de leurs déjections, si infectes et si considérables qu'elles l'altèrent profondément et la rendent éminemment insalubre sur la rive droite, jusqu'à la prise de Saint-Ouen et bien au delà.

Telles sont les vicissitudes que présente l'eau de la Seine depuis le pont d'Ivry, où elle apporte à la ville de Paris le tribut inappréciable d'une masse d'eau supérieure aux exigences du présent et de l'avenir, et en même temps limpide, pure et salubre, jusqu'aux égouts d'Asnières et de Clichy, où elle reçoit des déjections qui l'infectent jusqu'au milieu de son courant à une distance de plusieurs kilomètres.

En suivant, sur le tableau de nos expériences, les modifications qu'elle présente dans sa composition, aux stations diverses où je l'ai examinée en mai, juin et août, dans les conditions défavorables d'une grande sécheresse et d'un grand abaissement de son niveau, on voit que l'eau de la Seine, excellente au pont d'Ivry, altérée sensiblement et souvent troublée par son mélange avec la Marne, devient de plus en plus impure depuis sa rencontre avec la Bièvre jusqu'à Chaillot, où, quoique prise au point le plus convenable dans cet endroit, elle a perdu beaucoup de ses qualités primitives; qu'à Neuilly, où la prise est moins heureusement située qu'à Chaillot, elle est moins pure encore; qu'à Asnières, elle commence à s'épurer; mais qu'altérée de nouveau par les égouts d'Asnières et de Clichy, elle ne peut plus constituer une eau salubre qu'à 3 kilomètres en aval de ces égouts, sur la rive gauche du fleuve.

TABLEAU *indiquant les quantités d'ammoniaque observées dans l'eau de la Seine et son insalubrité relative aux stations suivantes* (mai et juin 1861).

| STATIONS. | AMMONIAQUE pour 1 litre d'eau. | INSALUBRITÉ relative. |
|---|---|---|
| | cent. de mil. | |
| Pont d'Ivry, en plein courant........ | 0.00008 | 1.00 |
| Estacade de Chaillot........ | 0.00020 | 3.25 |
| Prise d'eau de Neuilly........ | 0.00028 | 3.50 |
| Nouvelle prise de Saint-Ouen........ | 0.00020 | 2.50 |
| Ancienne prise de Saint-Ouen........ | 0.00230 | 28.70 |

Les proportions d'ammoniaque observées à ces différentes stations étant l'indice certain du degré de salubrité de l'eau qui s'y trouve, méritent particulièrement, monsieur le préfet, de fixer votre attention. La comparaison que vous pouvez en faire, sur le petit tableau ci-dessus, me permettra de vous rendre, d'un seul coup d'œil, un compte exact de la salubrité relative de l'eau à chacun de ces points.

De tous ces faits et de ces considérations, ne ressort-il pas avec la dernière évidence, monsieur le préfet, que le système général des eaux de Paris est évidemment défectueux; qu'il est regrettable, à tous égards, que les prises d'eau destinées à l'alimentation de la capitale aient été établies à Chaillot, à Neuilly, à Auteuil, à Asnières, à Saint-Ouen, c'est-à-dire en aval de Paris, dans des stations telles qu'elles devaient puiser dans la Seine des eaux souillées de toutes les immondices d'une grande capitale, tandis que, placées en amont, au pont d'Ivry, dans la Seine primitive pour ainsi dire, elles auraient livré aux Parisiens une eau de meilleure qualité; que ces prises, d'ailleurs, établies pour la plupart à 12 ou 15 mètres de la berge, dans le courant le plus direct des déjections des égouts, au milieu des vases et des atterrissements qu'ils déposent, ont été placées dans des conditions beaucoup moins favorables qu'elles ne l'auraient en général été en plein courant; que les anciennes prises d'Asnières et de Saint-Ouen fournissaient aux consommateurs des eaux infectées par les égouts de ceinture et de Clichy; qu'il y avait urgence de les transporter au point où elles se trouvent depuis le 25 mai dernier; qu'elles ont été, sur l'avis du conseil de salubrité, installées dans la situation la moins défavorable, et qu'elles fournissent aujourd'hui une eau qui laisse encore à désirer, sans doute, mais qui est au moins aussi salubre que celle de la prise de Chaillot?

L'administration municipale, en construisant le magnifique égout collecteur de la rive droite qui débouche à Asnières et affranchit l'intérieur de Paris de la plus grande partie des cloaques qui souillaient les berges de son fleuve, est entrée dans un excellent système, et l'on ne saurait trop approuver les travaux qu'elle a entrepris pour en étendre les bienfaits à la rive gauche. Mais en même temps qu'elle repoussait au dehors de la capitale ses immondices et ses déjections abondantes, n'aurait-elle pas dû comprendre que, par une conséquence nécessaire, elle devait déplacer les prises d'eau établies en aval de ces sources impures, et même ne plus demander qu'à la Seine, au sommet de Paris, qu'à la Seine garantie, par de sages règlements, de toute cause présente ou future d'altération grave dans son cours supérieur, le tribut de ces eaux salutaires et inépuisables qui pourraient être dispensées libéralement à toutes les parties de la grande cité, et qui arrivent si heureusement aux pieds de son enceinte agrandie, pour fournir à tous les besoins de ses habitants, pour féconder son industrie et entraîner, par des voies souterraines, les débris insalubres qu'elle doit rejeter incessamment loin de ses murs?

---

RAPPORT FAIT AU COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE SUR UNE COMMUNICATION DE M. LE PRÉFET DE LA SEINE DEMANDANT L'ANALYSE DES EAUX DES RÉSERVOIRS DE MONTMARTRE ET DE PASSY, EMPLOYÉES POUR LE SERVICE DE PARIS.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

L'eau examinée par la commission a été prise le 18 juillet dernier, à la même heure, dans les réservoirs de Passy et de Montmartre. Comme terme de comparaison, on a pris et examiné en même temps l'eau de la Seine en amont de Paris.

L'eau prise dans le réservoir de Montmartre provient de la nouvelle prise de Saint-Ouen fonctionnant exclusivement depuis le 25 mai 1861,

L'eau de Passy a été puisée dans l'un des deux réservoirs découverts, celui qui, concurremment avec les deux réservoirs couverts, sert à l'alimentation de Paris. Elle est puisée au quai de Billy. La distance de la prise d'eau au mur du quai est de $42^m,50$.

L'eau en amont de Paris a été prise au Port-à-l'Anglais, en rivière, au-dessus de la prise d'eau qui alimente les réservoirs de Villejuif et Gentilly, et à $0^m,50$ environ au-dessous du niveau.

Les expériences ont été faites séparément par chacun des membres de la sous-commission : MM. Bussy, Würtz et Ville.

Les nombres consignés dans le tableau suivant sont la moyenne des résultats obtenus, d'ailleurs très concordants entre eux.

Si l'on compare séparément chacun des éléments fournis par les analyses indiquées dans le tableau précédent, il est difficile, il est même tout à fait impossible de tirer de chacun de ces éléments en particulier une indication formelle sur la qualité de l'eau à laquelle il appartient, attendu que la composition de l'eau de la Seine prise hors de l'influence de Paris, varie incessamment et quelquefois dans des limites fort étendues.

Ainsi un chimiste qui a fait de ce sujet l'objet spécial de ses études, M. Poggiale, a constaté que l'eau de la Seine, prise au pont d'Ivry, prise à des époques différentes, offrait dans sa constitution des écarts aussi grands au moins que ceux que nous présentent entre eux les trois échantillons examinés par la commission.

Mais si, au lieu d'examiner isolément chaque élément, nous comparons

dans leur ensemble la composition de ces eaux, nous y découvrons immédiatement un moyen de les classer d'une manière certaine.

Si nous comparons l'échantillon n° 1, l'eau prise au Port-à-l'Anglais, à l'eau du réservoir de Passy, nous voyons que cette dernière renferme une quantité beaucoup plus considérable de matières en dissolution, dans le rapport de 216 à 280.

RÉSULTATS MOYENS FOURNIS PAR L'ANALYSE
pour 1 litre d'eau.

| | Port-à-l'Anglais. | Passy. | Montmartre. |
|---|---|---|---|
| Produits obtenus par l'évaporation d'un litre d'eau | gr. 0.21600 | gr. 0.28000 | gr. 0.26400 |
| Silice | 0.01100 | 0.00980 | 0.00700 |
| Ammoniaque | 0.00017 | 0.00043 | 0.00022 |
| Acide nitrique | 0.00110 | 0.00560 | 0.00510 |
| Acide sulfurique | 0.00930 | 0.02800 | 0.02000 |
| Chlore | 0.00700 | 0.00780 | 0.00700 |
| Chaux | 0.03740 | 0.10400 | 0 10000 |
| Magnésie | 0.00460 | 0.00750 | 0.00800 |
| Alcalis (ensemble) | 0.01070 | » | » |
| Potasse | » | 0.01000 | 0.01000 |
| Soude | » | 0.00250 | 0.02400 |
| Matière organique | 0.01700 | 0.03200 | 0.03500 |

Pour l'ammoniaque, l'augmentation de 17 à 43 ; la quantité de chaux, de magnésie, d'acide sulfurique, de chlore, d'acide nitrique, est également plus considérable, et, bien qu'aucune de ces matières ne soit par elle-même un élément d'insalubrité, dans les proportions indiquées, néanmoins leur accroissement général est une preuve incontestable de l'altération que la constitution primitive de l'eau subit en traversant Paris. Cette altération est plus sensible encore et présente un caractère de gravité beaucoup plus grand par la comparaison des quantités de matières organiques tenues en dissolution.

Elle est de $0^{gr},017$ pour l'eau du Port-à-l'Anglais,
Et de $0^{gr},032$ pour l'eau du réservoir de Passy.

Si nous comparons maintenant, de la même manière, l'eau du Port-à-l'Anglais à celle du réservoir de Montmartre, nous constatons des différences de même ordre s'exprimant numériquement par des chiffres qui ne s'éloignent pas beaucoup des premiers ; d'où il résulte que les eaux des réservoirs de Passy et de Montmartre sont certainement et très notablement inférieures en qualité à l'eau de la Seine à son entrée dans Paris. Un semblable résultat pouvait être prévu et nous n'aurions pas mis autant de soins à le prouver, si la méthode que nous avons suivie ne devait nous conduire à apprécier la valeur hygiénique relative des eaux de Montmartre et de Passy, dont la comparaison est l'objet essentiel du travail de la commission.

Si l'on compare entre elles ces deux dernières eaux, comme nous venons de les comparer précédemment à l'eau du Port-à-l'Anglais, on aperçoit que les différences sont beaucoup moins grandes qu'avec celle-ci ; mais, si faibles qu'elles soient pour plusieurs éléments, l'ensemble ne laisse encore aucun doute sur le sens qu'on doit attribuer à ces différences, et, ici, la conclusion n'est pas tout à fait telle qu'on aurait pu la prévoir. C'est l'eau de Montmartre puisée à Saint-Ouen, à l'aval de Paris, au-dessous de l'égout collecteur de la rive droite, qui se présente comme moins impure, c'est-à-dire comme moins chargée de matières étrangères que celle de Passy, puisée au quai de Billy.

Ce fait, anormal en apparence, peut cependant se concevoir si l'on fait attention, d'une part, que ce long parcours du quai de Billy à Saint-Ouen, qui est de plus de 20 kilomètres, est un moyen de purification pour l'eau de la Seine, les matières organiques qu'elle renferme, tendant, sous l'influence de l'air, à s'éliminer en se transformant en produits gazeux et à se dégager dans l'atmosphère. Il faut tenir compte de ce qu'on a eu soin d'établir la prise de Saint-Ouen en dehors de l'influence de l'égout collecteur, dans la partie, d'ailleurs très limitée, du courant indiqué par les analyses comme le plus pur et ne renfermant que 0,00004 d'ammoniaque.

L'eau des réservoirs de Montmartre, puisée dans les conditions où elle l'est aujourd'hui, est donc une eau salubre, comme le conseil de salubrité de la Seine n'a pas hésité à le reconnaître ; elle l'est même, comparée à l'eau des réservoirs de Passy. Or les réservoirs de Passy, qui ont remplacé ceux de Chaillot, sont alimentés par l'ancienne usine de ce nom, dont l'établissement remonte à 1782, et l'on ne s'est pas aperçu, jusqu'ici, que la santé des habitants de Paris qui font usage de cette eau ait eu à souffrir de son emploi ; il est donc plus que probable qu'il en sera de même pour l'eau de Montmartre, l'administration peut l'offrir en toute sécurité à la consommation.

Mais l'eau du quai de Billy elle-même n'aurait-elle point changé, et n'aurait-elle pas subi une influence fâcheuse de l'augmentation de la population et de l'accroissement des déjections qu'elle suppose? C'est ce qu'il convient d'examiner... .

(*A cette question le rapporteur répond que, selon toute vraisemblance, l'eau s'est améliorée. « On sera, dit-il, convaincu qu'il doit en être ainsi, si l'on considère que l'établissement du grand égout collecteur de la rive droite a fait disparaître tous les égouts qui débouchaient sur cette rive, depuis le pont de la Tournelle jusqu'à la place de la Concorde.* »)

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

CHIRURGIE. — M. *A. Legrand* soumet au jugement de l'Académie deux observations de lipomes enlevés à l'aide de la cautérisation.

MÉDECINE. — M. *Polli*, en adressant au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, deux ouvrages écrits en italien, l'un sur les maladies à ferment morbifique et leur traitement, l'autre sur les sulfites et hyposulfites médicinaux, y joint l'indication de ce qu'il considère de neuf dans ses recherches.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus de MM. les médecins inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Calais pour 1860. — *b*. Le compte rendu des eaux minérales de Chaudesaigues (Cantal).

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Fournier*, relative à ses expériences sur la pénétration des corps pulvérulents dans les voies respiratoires. — *b*. Une note de M. le docteur *Bocus-Boisseau* sur la fièvre lente, ses caractères et son traitement. — *c*. Une note du même auteur sur deux cas remarquables d'asphyxie par le charbon. — *d*. Une lettre de M. *Ricon*, relative à l'influence de l'air des écuries sur les enfants vaccinés. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Un mémoire intitulé : *Supplément à la statistique médicale de la fièvre typhoïde*, par M. le docteur *Jean Hryniewicki*. (*Commission des épidémies.*) — *f*. Une note de M. *Dubourg* (de Marmande) sur un nouveau cas de guérison du spina bifida par le procédé de l'ablation et de la suture entortillée. (*Comm.:* M. Gosselin.) — *g* Une note sur l'emploi du chlorate de potasse dans le scorbut, par le docteur *Brault*. — *h*. Une lettre de M. *Lüer*, relative à des canules faites à la demande de MM. Trousseau et Demarquay.

Ces deux canules, devant rester à demeure pendant un temps très long, ont été fabriquées dans le but de permettre à l'opéré de parler.

Ce résultat a été obtenu de la manière la plus satisfaisante. En effet, ces deux canules présentent à leur partie supérieure une large ouverture qui permet à l'air de passer par le larynx, seulement pour prévenir l'inconvénient des canules ordinaires destinées à cet usage, le trou qui permet le passage à l'air est placé très bas, afin de prévenir l'introduction de bourgeons charnus dans l'intérieur même de la canule pour favoriser l'émission de la voix.

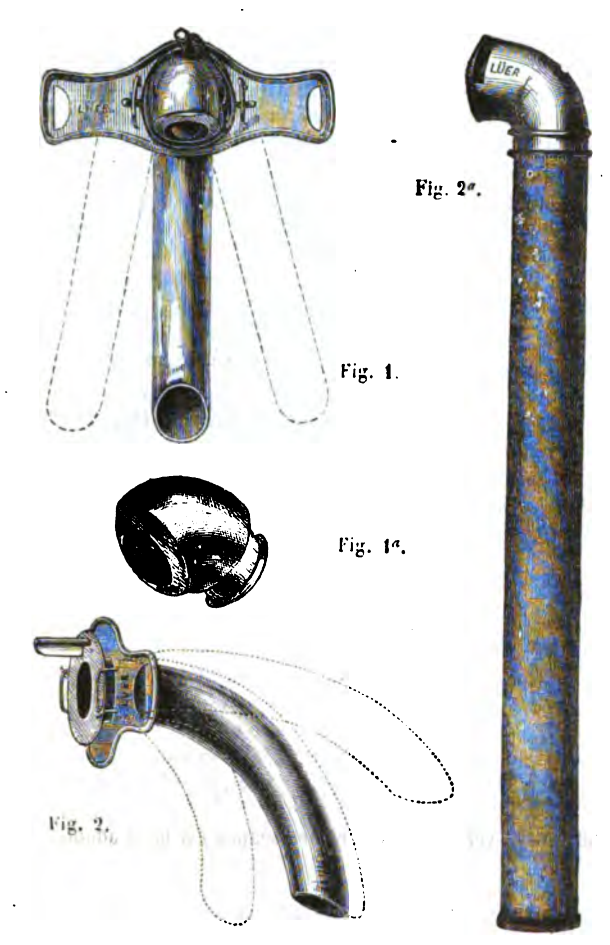
La canule n° 1 est terminée par un renflement dans lequel se trouve placée une boule mobile en aluminium ; chaque fois que la personne veut parler, cette boule mobile vient fermer l'orifice de la canule, et l'air, alors passant par le larynx, permet une émission parfaite des sons.

L'avantage de cette canule est celui-ci : les mucosités ne viennent pas, comme dans les canules à soupape, gêner le jeu de ce petit appareil ; de plus, l'inclinaison de l'extrémité terminale de la canule fait que l'air n'arrive dans les bronches qu'après avoir subi une heureuse modification dans sa température.

Dans la canule n° 2, on arrive au même résultat avec un tube de caoutchouc qui termine la canule. Ce tube, placé sous la cravate et dans la poitrine de l'opéré, ne laisse pénétrer dans les voies pulmonaires qu'un air chaud, et, quand le porteur de la canule veut parler, il n'a qu'à comprimer doucement ce tube au-devant de la poitrine, et l'air alors passe par le larynx. Grâce à ces canules, il est très facile aux malades qui ont subi la trachéotomie, et qui doivent conserver leurs canules, de parler parfaitement.

Chez l'opéré de MM. Trousseau et Demarquay, la parole est si facile qu'il faut être prévenu pour s'apercevoir que la personne opérée porte une canule.

Il est inutile d'ajouter que ces deux appareils nécessaires à l'émission de la voix ont été fixés sur la canule mobile que j'ai l'honneur de faire connaître aujourd'hui à l'Académie, et dont M. le docteur Roger a parlé il y a deux ans.




*Discussion sur le traitement de la phthisie.*

M. *Piorry* lit un discours dans lequel il s'élève contre l'application de la statistique à une maladie qui, comme la phthisie, est composée d'éléments pathologiques et pathogéniques excessivement nombreux et variables; de pareilles statistiques aboutissent nécessairement à une déception. Le tubercule en lui-même est à peu près inaccessible à nos moyens thérapeutiques. Les remèdes vantés comme propres à guérir la phthisie ont tous échoué. M. Piorry en cite de nombreux exemples. Rien ne prouve jusque-là que l'influence de l'air maritime soit plus efficace. Les résultats que M. Garnier a signalés sont insuffisants pour ébranler les conclusions de M. Rochard. M. Piorry ne pense donc pas qu'il y ait lieu d'encourager M. Garnier dans ses tentatives de statistique, et croit qu'il y a lieu de modifier les conclusions du rapport de M. Blache.

M. *Bouchardat*, en vue d'élucider les questions qui se rattachent à la phthisie pulmonaire, pose d'abord en fait la coexistence fréquente du tubercule et de la glycosurie; or, la glycose est l'agent principal de la calorification; la perte continuée pendant un certain temps de cette substance conduit à la tuberculisation. M. Bouchardat en donne pour exemple les vaches laitières des environs de Paris auxquelles on fait produire une trop grande quantité de lait, et qui, malgré un surcroît d'alimentation, ne tardent pas à succomber à la phthisie. Ici l'orateur donne les chiffres relatifs au rendement normal et exagéré des vaches. Or, le glycosurique est dans les mêmes conditions que les vaches dont il est question. Il y a donc lieu de reconnaître ce premier point : que les individus qui perdent en grande quantité et d'une manière continue les éléments de la calorification sont en général voués à la phthisie.

Si maintenant, ajoute l'orateur, nous examinons les principales circonstances étiologiques de la tuberculose, nous sommes conduits à reconnaître que les aliments, le chauffage et le vêtement fournissent des raisons suffisantes pour expliquer l'évolution du tubercule. Quant aux aliments, la graisse et la glycose disparaissent rapidement chez les individus soumis à une alimentation insuffisante; de là refroidissement, résultat de la disproportion entre la recette et la dépense des aliments respiratoires; les habitations humides, qui jouent un rôle si important dans l'étiologie du tubercule, n'agissent pas autrement que le froid. Les deux causes précédentes ont une action tellement visible, que, d'après une statistique administrative, sur 1000 décès de phthisiques, 933 sont fournis par des pauvres. Si les riches n'échappent pas à cette affection, c'est qu'ils se trouvent souvent et par défaut d'une hygiène bien entendue dans les mêmes conditions que les pauvres.

La continuité dans l'insuffisance de la dépense des aliments calorifiques conduit souvent au même résultat, puisque la chaleur animale dépend non-seulement de la recette alimentaire, mais encore de sa consommation; on en trouve de nombreux exemples dans les prisons, chez les personnes indolentes, et parmi les souffreteux d'hôpitaux. La juste proportion entre l'aliment et l'exercice, condition d'un développement normal de la chaleur, est aussi la condition la plus importante pour la prophylaxie et la guérison de la phthisie.

M. Bouchardat insiste sur les signes généraux qui révèlent bien avant les signes stéthoscopiques, l'imminence de la phthisie; ces signes sont l'amaigrissement rapide, l'anorexie continue, la difficulté des réactions cutanées; il est important de changer au plus tôt les conditions hygiéniques, et notamment les conditions alimentaires des individus qui offrent ces symptômes.

De précieuses indications pour la prophylaxie de la tuberculose sont fournies par l'observation de l'influence qu'exerce sur les animaux et sur les noirs le passage des climats chauds aux climats froids. Ainsi rien de plus commun que la phthisie chez les singes, chez les nègres et chez les religieux du Saint-Gothard; si le perroquet échappe au sort de ses compatriotes, c'est qu'il trouve dans la graine de chènevis, qui lui manque dans son pays, un aliment contenant 50 pour 100 de matières grasses.

Et quant au traitement, il est dicté par la double condition que nous venons d'exposer : augmenter non-seulement l'alimentation calorifique, mais aussi la dépense, par l'exercice et le *mouvement fonctionnel*. Il est important de ne pas se laisser décourager par les préjugés qui ont cours sur l'hérédité et l'incurabilité de la phthisie. Cette maladie est loin d'être fatalement héréditaire. On n'hérite que des habitudes physiologiques, non du mal lui-même.

Personne ne demandant la parole, les conclusions du rapport de M. Blache sont mises aux voix et adoptées.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 17 MAI 1861.

CAS DE FIÈVRE PERNICIEUSE (?). — INFLUENCE DES CHEMINS DE FER SUR LA SANTÉ PUBLIQUE. — INFLUENCE DES MACHINES A COUDRE. — DU ZONA AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE.

M. *Guibout* rapporte l'observation suivante :

OBS. — Un marchand de vin, ne présentant aucun ancien symptôme du côté de la poitrine, n'ayant aucun indice d'affection abdominale, fut pris d'une fièvre assez intense (120 pulsations par minute) et d'insomnie; sa langue, chargée vers la partie médiane, était rouge sur les bords. Le lendemain matin, un vomitif détermina des vomissements bilieux. Le pouls continuant à être fréquent, le malade étant très agité et se plaignant d'une sensation douloureuse à l'épigastre, 50 grammes de sulfate de magnésie furent administrés dans l'après-midi, et déterminèrent huit ou dix selles involontaires. Le troisième jour depuis le début de la maladie, le pouls était à 130; les selles continuaient à être involontaires; il y avait incontinence d'urine; le malade se plaignait d'une vive céphalalgie, qui d'ailleurs ne s'accompagnait pas de photophobie; les poumons ne présentaient pas d'engorgement. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque dans la matinée, et on administra une potion opiacée. Le soir, le pouls, devenu irrégulier, s'était élevé à 140; la respiration était stertoreuse et la sueur visqueuse. Le quatrième jour, il se montra du subdeli-

rium; la déglutition devint difficile, des mucosités remplirent la bouche; vainement on administra une potion contenant du sirop d'éther et dix gouttes d'ammoniaque, et inutilement on appliqua un second vésicatoire sur le thorax; le malade mourut à onze heures du matin.

Quoique l'affection de ce malade n'ait présenté aucune rémission dans sa marche, M. Guibout se demande si elle n'aurait pas dû être regardée comme une fièvre pernicieuse, et conséquemment si le sulfate de quinine aurait pu avoir quelque utilité.

M. *Worms* dit avoir vu beaucoup de cas semblables parmi les soldats de l'armée de Crimée. Ces malades étaient regardés comme étant affectés de typhus grave. L'autopsie ne révélait rien chez ces malades, sauf une légère exsudation plastique à la surface de l'encéphale. Le sulfate de quinine à haute dose, le camphre et les alcooliques paraissaient utiles; souvent on donnait un litre ou un litre et demi de vin dans les vingt-quatre heures. En France, parmi les soldats revenus de Crimée, on a continué de voir quelques cas de ce typhus grave. Dernièrement encore, à l'hôpital du Gros-Caillou, on observa deux cas de cette affection : l'un d'eux a été guéri par le sulfate de quinine.

M. *Deville* croit que M. Guibout a bien fait de ne pas prescrire le sulfate de quinine, puisque l'affection de son malade ne présentait aucune rémission. D'ailleurs, à Paris, les nombreux travaux de démolitions exécutés dans ces derniers temps ne sembleraient pas avoir augmenté la fréquence des fièvres intermittentes.

M. *Pietra Santa* partage l'opinion de M. Guibout. L'affection de ce malade lui semble avoir été, non pas un typhus, mais une fièvre pernicieuse, dont il a vu un grand nombre en Toscane et en Corse. Contre ces fièvres redoutables, l'émétique et le sulfate de quinine lui ont paru utiles.

— M. *Pietra Santa* communique à la Société un mémoire sur *les chemins de fer considérés au point de vue de la santé publique, et généralement de l'hygiène des employés et des voyageurs*. Dans ce travail, notre collègue cherche à prouver : 1° que les employés sont dans de bonnes conditions hygiéniques; 2° que le nombre des voyageurs morts ou blessés par suite d'accidents est treize fois moindre en chemin de fer qu'en voiture.

M. *Bergeron*, à propos de ce travail, croit devoir signaler l'influence fâcheuse pour les femmes enceintes de la locomotion en chemin de fer. La trépidation que l'on y éprouve semble agir comme cause déterminante de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Dans sa clientèle, deux accouchements prématurés paraissent n'avoir été déterminés que par cette trépidation. Un médecin de province a également recueilli deux faits analogues.

M. *Deville*, à l'appui de l'opinion de M. Bergeron touchant l'influence de la trépidation comme cause déterminante de l'avortement et de l'accouchement prématuré, remarque que le mouvement régulier des machines à coudre paraît avoir le même résultat fâcheux. Depuis que l'emploi de ces machines tend à se généraliser, notre collègue a eu l'occasion d'observer quatre avortements paraissant devoir être attribués à cette cause. Cette influence fâcheuse lui a été signalée par une sage-femme, qui, elle-même, aurait observé onze cas analogues.

— M. *Chausit* lit à la Société un travail intitulé : *De la douleur dans le zona au point de vue thérapeutique*. Ce mémoire tend à montrer que, dans le zona, la douleur de nature névralgique est un symptôme inconstant, variable, n'ayant rien d'absolu dans son mode d'apparition, sa marche et sa terminaison, et peut même ne pas se manifester; et que, lorsque l'emploi de moyens thérapeutiques dits abortifs a été suivi, soit de la cessation de la douleur, soit de son absence, on n'est pas toujours autorisé à admettre l'efficacité de ces moyens, puisque la douleur contre laquelle ils étaient dirigés pouvait manquer ou disparaître spontanément.

En terminant sa lecture, M. Chausit remarque que dans trois observations par lui recueillies, le zona s'est compliqué d'abcès sous-jacents à l'éruption. Cette complication, dont Albert a rapporté un exemple, n'offre rien de spécial, mais elle est rare : aussi la plupart des dermatologues ne l'ont-ils pas signalée.

M. *Bauchet* ne croit pas que l'absence exceptionnelle de la douleur concomitante du zona puisse autoriser à regarder comme inefficaces certains médicaments employés pour prévenir cette douleur, car chez la plupart des malades cette éruption s'accompagne et est suivie de douleurs violentes.

M. *Deville* pense que pour le zona, de même que pour la scarlatine, l'érysipèle, tout moyen abortif est nuisible. Pour calmer la douleur, il suffit parfois de saupoudrer l'éruption de poudre de riz ou d'amidon, et d'écarter les vêtements de la surface malade.

M. *Guibout* pense que les abcès venant compliquer le zona sont complétement analogues à ceux qui se montrent à la suite de l'application de vésicatoires, voire même de cataplasmes faits avec de la vieille farine de graine de lin.

M. *Worms*, dernièrement, eut occasion d'observer avec M. Blachez un zona qui ne s'accompagnait que d'une bien faible douleur, puisque le gendarme qui en était atteint avait négligé de leur en parler, et qu'ils n'en eurent connaissance que lorsqu'ils le firent se déshabiller pour pouvoir l'ausculter.

M. *Delasiauve* partage l'opinion de M. Chausit. Dans la plupart des cas de zona qu'il a eu à traiter, il n'a pas observé ces douleurs intolérables et persistantes, généralement regardées comme constantes dans cette affection. En outre, beaucoup de malades ont guéri dans un espace relativement court.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 4 OCTOBRE 1861.

M. *Bauchet*. Observation sur les tumeurs développées sur le trajet des nerfs et des vaisseaux.

M. *Bauchet*. Rapport sur une observation de M. Collineau.

---

### Société médicale des hôpitaux.

L'absence d'un de nos rédacteurs a mis en retard les comptes rendus de la *Société des médecins des hôpitaux*. Nous nous mettrons en règle avant peu.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

TUMEUR DU TESTICULE. — FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. le docteur Lhonneur a présenté à la Société une tumeur du testicule qu'il avait enlevée la veille. Son opéré est un soldat de vingt-quatre ans, entré le 5 juin à l'hôpital militaire de Vincennes pour un gonflement du testicule gauche, datant seulement de quelques jours. Ce jeune homme n'a aucun antécédent syphilitique ni scrofuleux, et paraît d'une robuste constitution. Le testicule malade a augmenté rapidement de volume, malgré l'huile de foie de morue et les pommades iodurées; mais, bien que la tumeur s'accrût tous les jours, elle n'était le siége d'aucune douleur. Toutefois au mois d'août, des douleurs se manifestèrent et vinrent aggraver le pronostic. Deux ponctions exploratrices furent faites au mois de septembre et démontrèrent que la tumeur était entièrement solide. Le scrotum était sain et mobile sur la surface du testicule; le cordon n'était nullement atteint. On essaya encore et sans plus de succès d'un traitement général par l'iodure de potassium. Enfin, la castration fut faite le 1er octobre.

La tumeur a la forme d'un ovoïde dont le grand diamètre n'a pas moins de 14 centimètres. Elle est dure, régulière, sans bosselures apparentes. La tunique vaginale est saine et présente seulement quelques adhérences sur un ou deux points. L'épididyme est intact; ce qui explique la douleur spéciale, douleur testiculaire éprouvée par le malade quand on pressait une certaine partie de la tumeur, celle qui correspondait à l'épididyme. En incisant le testicule sur sa face antérieure, on tombe d'abord sur une couche de substance testiculaire qui, au premier abord, paraît normale, car elle est constituée par des tubes séminifères dont l'épithélium seul est altéré et a subi de l'atrophie et une dégénérescence graisseuse.

Plus profondément on rencontre des masses lobulées, d'aspect très variable, et dans lesquelles se voient en très grand nombre des aiguilles cartilagineuses dont quelques-unes formant de véritables lamelles, sont envahies par des corpuscules osseux. Le centre de la tumeur est formé de lobes jaunâtres plus mous que ceux de la circonférence et d'aspect plus franchement cancéreux ; ici encore on retrouve en assez grande quantité des tubes séminifères à peu près sains, mais dilatés d'espace en espace en kystes pleins de cartilage.

M. Lhonneur tiendra la Société de chirurgie au courant des résultats de son opération, et donnera cette tumeur à M. Verneuil pour qu'il en fasse un examen anatomique plus complet.

— M. *Chassaignac* soumet au jugement de ses collègues une opération qu'il a dirigée contre la fistule vésico-vaginale. La malade qu'il a soumise à ce nouveau mode de traitement avait une fistule très large située en arrière du col de la vessie, mesurant 3 centimètres transversalement et 1 centimètre et demi d'avant en arrière ; et de plus, cette femme était tellement épuisée qu'elle n'eût pas supporté une opération quelque peu laborieuse. C'est pour cette seule raison que M. Chassaignac n'a pas employé la méthode ordinaire ou plutôt la suture américaine, dont il reconnaît tous les avantages. Voulant cependant tenter quelque chose, il a opéré cette fistule comme on opère une fistule à l'anus; il a sectionné avec l'écraseur toutes les parties qui allaient de la fistule à l'orifice uréthral, c'est-à-dire le col de la vessie et l'urèthre.

M. Chassaignac n'avait qu'une très médiocre confiance dans les résultats de cette opération, qui peut sembler, ainsi qu'il l'a dit, une opération étrange. Cependant, dès le lendemain, une certaine amélioration s'était produite, puisque la malade, qui perdait auparavant toute son urine sans éprouver jamais le besoin d'uriner, sentit ce besoin, qui se répéta à peu près tous les quarts d'heure. Au bout de sept ou huit jours, c'était toutes les demi-heures que revenaient les envies d'uriner. On ne doit pas omettre de dire que chaque fois qu'une nouvelle envie se faisait sentir, la malade rendait volontairement quelque peu d'urine. Enfin, ces besoins se sont fait sentir seulement toutes les heures ; aujourd'hui l'intervalle qui les sépare est encore plus long : ce qui prouve, selon M. Chassaignac, que la vessie reprend ses qualités de réservoir. Du reste, la quantité d'urine perdue involontairement a sensiblement diminué.

M. Chassaignac, cherchant à expliquer ce résultat, se demande s'il ne serait pas dû à ce qu'un orifice inerte a été remplacé par un orifice plus grand, il est vrai, mais à bords contractiles. Si jamais, dit-il, il est bon de consulter ses collègues, j'avoue que c'est pour une opération à laquelle, malgré ce commencement de succès, on peut faire beaucoup d'objections. Je n'ai pas la prétention d'ériger en méthode une opération accidentelle, surtout au moment où la suture américaine compte le plus de succès et a le plus d'avenir.

M. *Huguier* comprendrait mieux que M. Chassaignac ait traité, comme il l'a fait, une fistule uréthro-vaginale qu'une fistule vésico-vaginale. Avec un urèthre fendu jusqu'au col de la vessie inclusivement, une incontinence, si elle n'est pas certaine, est bien à craindre. M. Huguier cite, à ce sujet, un fait curieux observé dans le service de M. Velpeau. Une femme désolée d'être étrangère, — du moins pour le plaisir, — à l'acte du coït, et ayant remarqué que le canal de l'urèthre jouissait d'une sensibilité plus délicate que le vagin, eut l'idée d'ajouter les parois de l'urèthre à celles du vagin en incisant le canal uréthral avec des ciseaux. Elle l'incisa donc, mais longtemps encore après cette singulière opération elle était affectée d'incontinence d'urine.

M. Huguier croit que, pour la malade de M. Chassaignac, l'amélioration n'est que temporaire, qu'elle n'est due qu'au gonflement actuel des bords de la plaie, et que quand la tuméfaction aura disparu cette femme perdra son urine comme par le passé.

M. *Verneuil* pense que de toutes les fistules les plus graves sont, non pas les fistules vésico ou utéro-vaginales, mais les fistules uréthro-vaginales, précisément parce qu'elles intéressent le sphincter vésical. Dans plus d'un cas de ce genre l'occlusion de la fistule n'a pas guéri l'incontinence. M. Chassaignac a donc changé une fistule vésico-vaginale, variété favorable, en la variété la plus défavorable de toutes. Que la malade ait retrouvé depuis l'opération le besoin d'uriner qu'elle ne ressentait plus, il n'y a pas à cela grand avantage si, dans l'intervalle, l'urine n'est pas mieux gardée dans la vessie qu'elle ne l'était auparavant. Si le vaste hypospadias que M. Chassaignac a créé demeure tel qu'il est; s'il ne se rétrécit pas, l'incontinence d'urine sera complète ; s'il se rétrécit, il est probable que ce sont les parties sectionnées qui se réuniront, et que ce sera l'ancienne fistule qui restera béante. Où sera alors le sphincter et où sera l'amélioration ?

Plus tard, si l'on croit à la nécessité de faire une autre opération, elle sera beaucoup plus difficile, parce qu'il faudra rétablir l'urèthre d'abord, puis refermer la fistule ; mais il est douteux que le sphincter coupé se reconstitue jamais complétement.

Pour toutes ces raisons, M. Verneuil croit qu'il ne faut pas s'éloigner de la voie dans laquelle est entré le traitement des fistules vésico-vaginales. Cette voie est la bonne et tend à devenir tous les jours plus sûre et plus parfaite. A ce propos, M. Verneuil signale comme préférable encore, à certains égards, au procédé de M. Bozeman, celui de M. Marion Sims ; il croit qu'on pourrait utilement allier ces deux procédés.

M. *Chassaignac* fait observer que, si sa malade perd encore de l'urine, elle en perd déjà un peu moins. Quant à l'argument que M. Verneuil a tiré de la destruction du sphincter, il laisse à désirer, parce qu'on ne peut assimiler la section du sphincter vésical à sa destruction par une eschare comme celles qui produisent la variété la plus grave des fistules. Du reste, M. Chassaignac ne prétend pas défendre une opération dont les résultats définitifs sont encore inconnus.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Gangrène du bras suite de tatouages; amputation du bras dans l'article.**

La mode du tatouage est si invétérée dans l'armée et surtout dans la marine, que les circulaires des autorités militaires, les conseils, l'exemple même d'accidents n'ont pu que diminuer, mais non faire disparaître la fâcheuse habitude qu'ont les soldats et les marins de s'illustrer le corps à la façon des sauvages. *L'Union médicale de la Gironde* nous montre un nouvel exemple des dangers de cette malheureuse pratique.

Janin (Adrien) s'était engagé d'abord dans le 1er régiment de carabiniers ; il fut réformé après dix-huit mois pour une sciatique et une coxalgie postérieures à son incorporation. Il guérit bientôt des accidents rhumatismaux rebelles qui, sans doute, avaient fait croire à une maladie rebelle, et contracta un nouvel engagement dans les équipages de la marine.

Il entra à l'hôpital de la marine le 24 août 1859 pour un rhumatisme articulaire aigu de l'épaule gauche, et c'est pendant le traitement qu'il subit un grand nombre de tatouages, que nous citerons sommairement :

En juillet, une figure en forme de bague au doigt médius de la main gauche, avec de l'encre de Chine. Pas d'accidents.

Vers la fin d'août, une rose et un buste de femme à l'avant-bras droit ; une pensée et un buste de général à l'avant-bras gauche. L'encre de Chine seule a été employée. Presque toutes les figures ont suppuré, et la guérison n'est survenue qu'après dix jours.

En septembre, un buste de brigand a été tatoué à la partie antérieure du bras droit.

Les 7 et 8 octobre, il subit des tatouages encore plus compliqués. Au-dessous du deltoïde gauche, une liberté coiffée du bonnet phrygien, agitant d'un main le drapeau tricolore, et tenant de l'autre une épée nue.

A la partie supérieure et antérieure de la poitrine, deux femmes nues tenant à la main une longue guirlande de fleurs, et surmontées d'un amour ailé et armé.

Le tatouage pectoral, quoique le plus étendu en superficie, n'a point déterminé d'autres accidents que le gonflement et la douleur ; mais celui du bras, au contraire, a été la cause déterminante d'une gangrène qui a

envahi la presque totalité de la peau du membre supérieur gauche, et rendu nécessaire la désarticulation de l'épaule, qui fut suivie de succès.

Les accidents qui suivent le tatouage ont été attribués à la présence sous la peau de la matière colorante dont la base est souvent formée par des sels de mercure; cependant si l'on observe que le tatouage est opéré avec un petit morceau de bois dans lequel se trouvent fichées trois à cinq aiguilles très rapprochées, souvent rouillées, et ne permettant pas le nettoyage, aiguilles qui doivent ainsi se charger de matières organiques, il semblera que l'on doive rapprocher ces accidents de ceux qui sont provoqués par les piqûres anatomiques ou les épingles qui ont servi au pansement de certaines plaies. (*Union médicale de la Gironde*, mai 1861.)

**Transfixion complète de l'abdomen par un coup de baïonnette;** guérison par le docteur TODD.

OBS. — John C..., âgé de vingt-cinq ans, simple soldat au 99e régiment, attaché à l'expédition de Chine. Le 3 septembre, il fit une chute de cheval; sa baïonnette sortit du fourreau, et lui traversa l'abdomen. Elle entra en arrière à 2 pouces au-dessus et à gauche de la dernière vertèbre, et reparut en avant, à 2 pouces et 1/2 à gauche et au-dessous de l'ombilic, faisant une saillie de 2 pouces.

Le docteur Sainter retira immédiatement la baïonnette. Le malade était parfaitement calme et ne se plaignait pas; il pensait sa blessure mortelle, mais témoignait d'un grand courage. On se borna à appliquer de la charpie mouillée sur chaque ouverture, et on la retint en place avec une bande. Le blessé fut porté à l'ambulance; on lui administra soixante gouttes de laudanum dans de l'eau mélangée d'un peu d'eau-de-vie, et on répéta la potion toutes les quatre heures. Le lendemain matin, il y avait des douleurs d'estomac et de l'impossibilité d'uriner. Un peu d'arrow-root et de brandy furent immédiatement vomis. On revint au laudanum, et le calme reparut. Heureusement pour le blessé, la pluie arrêta pendant sept jours la marche de l'armée. Le 11 septembre, il supporta assez bien le transport pendant une journée de marche; il put prendre de l'arrow-root et du brandy, mais on fut obligé de pratiquer le cathétérisme vésical; l'urine ne présentait aucune trace de sang. Le pouls était à 62; il n'y avait pas eu de selles depuis l'accident.

Le lendemain, la chaleur pendant la route fut très forte, mais on trouva au bivouac des œufs, des raisins et de la glace en abondance. On appliqua des compresses glacées sur l'abdomen, et on permit du raisin et un jaune d'œuf. Le lendemain étant un jour de repos, on administra une cuillerée d'huile de ricin, car depuis dix jours il n'y avait pas eu de selles. Il y eut deux évacuations sans douleurs; les matières ne renfermaient pas de sang.

La marche sur Pékin empêcha le docteur Tood de revoir son malade qui avait été envoyé à l'hôpital de Tient-Sin. C'est là qu'il le retrouva le 28 octobre. Une petite croûte purulente couvrait la plaie d'entrée; la plaie de sortie de la baïonnette était fermée par une cicatrice triangulaire. Les digestions étaient parfaites. Le blessé sentait seulement une sorte de tiraillement dans le ventre quand il se redressait fortement, ou quand il y avait de la constipation. (*Medical Times and Gazette*, 30 mars 1861.)

**Calcul des fosses nasales;** par le docteur BROWNE (de Melrose).

OBS. — John Corket, âgé de soixante-six ans, vint consulter M. Browne (de Melrose) pour un gonflement très douloureux du nez. Il avait eu, dans son enfance, une variole confluente, et depuis cette époque ses narines étaient devenues très volumineuses. M. Browne trouva la narine gauche complétement fermée par une membrane, la droite ne l'était qu'incomplétement, et l'on pouvait avec quelque peine y introduire l'extrémité d'un stylet ordinaire; elle laissait échapper un fluide glaireux non purulent. En introduisant un stylet par l'ouverture de la narine droite, on sentait, dans son intérieur, un petit corps dur, rugueux, un peu mobile, mais oblitérant complétement la fosse nasale correspondante. Le malade faisait remonter l'époque de sa formation à huit ou neuf ans. On incisa largement la membrane oblitérante, et l'on put, avec quelque difficulté cependant, extraire le calcul au moyen de pinces à polypes; sa largeur était de 2 centimètres 1/2, sa longueur de 4 centimètres, son poids de 6 grammes.

Une coupe est faite à travers ce calcul; la surface de section est dense, unie, d'une couleur grisâtre et sillonnée de lignes concentriques indiquant les dépôts successifs de matières calcaires. Au centre, s'observe un petit noyau de la grosseur d'un pois, mais ne ressemblant à aucun corps étranger susceptible d'être introduit dans les narines. Sa présence est difficile à expliquer, et l'analyse chimique ne résout pas la difficulté, car elle le montre composé de substance grasse et de fer. Ce noyau est très petit, comparé au volume total du calcul; celui-ci, soluble avec effervescence dans l'acide chlorhydrique, paraît formé de phosphate et de carbonate de chaux, associés probablement à de la magnésie. (*Edinburgh Medical Journal*.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Course of Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system** (*Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux central*), par M. E. BROWN-SÉQUARD. Philadelphie, 1860; in-8° de 276 pages. Londres, Churchill; et Paris, Victor Masson.

**Lectures on the diagnosis and treatment of the principal forms of paralysis of the lower extremities** (*Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*), par M. BROWN-SÉQUARD. Philadelphie, 1861; in-8° de 118 pages.

(Suite. — Voir le numéro 38.)

Si donc la section isolée des faisceaux postérieurs donne de l'hyperesthésie, et non, comme on le croyait, une anesthésie complète; si la section de toute l'épaisseur de la moelle, les faisceaux postérieurs étant intacts, donne une insensibilité absolue, à quelle portion de la moelle appartient la transmission des impressions sensibles? Quelle est la partie de l'axe médullaire dont la section sera suivie de la perte du sentiment dans une partie du corps? Ce pourrait être la substance grise, les cordons antérieurs ou latéraux, tous ces éléments réunis, ou l'un d'eux séparément.

Pour ce qui concerne les colonnes latérales, on trouve que si on les divise transversalement dans la région dorsale, la sensibilité paraît augmentée dans le train postérieur, à peu près comme lorsque l'on divise isolément les cordons postérieurs.

Mais si, alors que la sensibilité est ainsi augmentée, on enfonce un peu plus la lame du bistouri, de manière à dépasser la limite des faisceaux latéraux, et à diviser des deux côtés une partie de la substance grise centrale, la sensibilité diminue dans les deux membres postérieurs. D'autre part, l'expérimentation prouve aussi que la section isolée des faisceaux antérieurs ne porte pas atteinte à la sensibilité; tout porte donc à croire que c'est à *la substance grise que se trouve dévolue la fonction de transmettre au cerveau la perception des impressions sensibles*.

Cette théorie est confirmée par des expériences que M. Brown-Séquard rapporte dans son livre.

1° Une section transversale de *toute la moitié postérieure de la moelle* est faite à la région dorsale. Cette section divise les colonnes postérieures dans leur totalité, la moitié postérieure des cordons latéraux et de la substance grise; elle est suivie de la diminution de la sensibilité dans les deux membres postérieurs. Or, on ne peut attribuer cette diminution à la section des faisceaux postérieurs ou latéraux, puisque leur division est suivie d'hyperesthésie; il faut donc la rapporter à la lésion de la substance grise.

2° Une section transversale de toute la moitié antérieure de la moelle est faite dans la région dorsale; les faisceaux antérieurs, la moitié antérieure des cordons latéraux et de la substance grise sont divisés, et l'on trouve encore dans les membres postérieurs une diminution de la sensibilité. Or, la section des cordons latéraux donne de l'hyperesthésie, la division isolée des antérieurs n'apporte aucun changement dans la sensibilité; il faut donc encore ici reporter à la lésion de la substance grise les phénomènes observés.

3° On divise transversalement, dans la région dorsale, toutes les parties de la moelle, sauf la substance grise; mais, au lieu de faire cette section au même niveau pour tous les faisceaux, ce qui exposerait à couper transversalement toute la moelle, on sectionne

à des hauteurs différentes les cordons antérieurs, les latéraux et les postérieurs, et l'on trouve que la sensibilité, quoique moindre qu'à l'état normal, existe encore dans les membres postérieurs. Or, la communication nerveuse entre ces membres et le cerveau ne peut plus se faire que par la matière grise, puisque l'on a coupé toutes les autres portions de la moelle; on est donc en droit d'en conclure que c'est la substance grise qui est chargée de la transmission de la sensibilité. Il est vrai que, dans cette expérience, on la trouve diminuée; mais l'auteur objecte, avec quelque apparence de raison, que l'on ne peut sectionner tous les faisceaux de la moelle sans couper aussi certaines portions de la substance grise, telles que les cornes antérieures et postérieures, et plus ou moins de la matière grise centrale.

4° Si, au lieu de conserver seulement la substance grise, on cherche par une contre-expérience à la détruire, en enfonçant le bistouri à travers des faisceaux blancs latéraux, on trouve la sensibilité extrêmement diminuée dans toutes les parties situées au-dessous de la section.

Résulte-t-il de tous ces faits, comme le pense M. Brown-Séquard, que la transmission des impressions sensibles a lieu par l'intermédiaire de la *substance grise* seule, et non, comme on l'a cru jusqu'ici, par les cordons postérieurs? La théorie de Ch. Bell et de M. Longet doit-elle être complétement rejetée? Nous ne le pensons pas. Une expérience de Schiff montre, en effet, que si les impressions de douleur arrivent à l'encéphale par l'entremise de l'axe gris, les sensations de tact lui parviennent par la substance blanche des cordons postérieurs.

Schiff pratique sur la portion cervicale de la moelle épinière du lapin deux sections transversales comprenant les cordons antéro-latéraux et tout l'*axe gris*, de sorte que, entre le segment céphalique de la moelle et son segment caudal, il n'existe plus d'autre moyen de communication que les cordons blancs postérieurs. Puis l'animal est laissé au repos pendant quelques instants. Alors on l'affaiblit en lui retirant une certaine quantité de sang, et bientôt on le voit s'assoupir légèrement et fermer les yeux. En ce moment, à peine vient-on toucher le train postérieur en un point quelconque, que l'animal relève la tête, ouvre les yeux, dresse les oreilles, précipite la respiration, et donne ainsi la preuve que son attention est éveillée par chaque attouchement, et pourtant on peut pincer, piquer, brûler la même partie, broyer le nerf sciatique lui-même sans provoquer le moindre signe de douleur.

Cependant cette substance grise, à laquelle semble dévolue principalement, sinon uniquement, cette part importante dans les perceptions de la sensibilité, est insensible à tous les excitants. C'est un fait que de nombreuses expériences ont permis de constater, et dont l'auteur a rendu témoins les membres de la commission nommés par la Société de biologie.

« Avant de sacrifier l'animal, dit M. Broca dans son rapport, » M. Brown-Séquard m'invite à explorer la substance grise. Pour » cela, j'enfonce directement entre les deux lèvres de la section » une épingle qui traverse successivement la substance grise, la » commissure blanche, et qui pénètre dans le disque inter-vertébral correspondant. Je traverse ainsi toute la moelle, à l'exception des cordons postérieurs, qui sont déjà coupés à ce niveau. » L'animal ne s'aperçoit même pas de cette opération.

» Afin de m'assurer que la sensibilité n'est pas épuisée, je pique » de nouveau les cordons postérieurs. Une vive agitation prouve » que l'animal est encore très sensible à la douleur. » (Expérience II.)

C'est cette insensibilité de la substance grise qui avait conduit M. Longet à nier son influence sur la transmission des impressions. « Ne répugne-t-il pas d'admettre, dit-il, que la moelle épinière, » qui fonctionne comme un *nerf*, c'est-à-dire comme un simple » cordon *conducteur*, transmette les impressions à l'encéphale par » l'intermédiaire d'une substance dont les propriétés et les caractères anatomiques sont si différents de la substance conductrice » elle-même? »

M. Brown-Séquard trouve cet argument sans valeur; il cherche à établir une distinction entre la propriété de conduire les sensations et celle de les percevoir; il cite à l'appui les fibres nerveuses cérébrales, qui sont conductrices et non excitables ou impressionnables.

La substance grise de la moelle *conduit*, *transmet* au cerveau les impressions *sensibles* faites sur les organes *impressionnables* placés derrière la section, mais quand on l'excite directement, elle ne transmet rien, puisqu'elle n'est pas impressionnable.

En résumé, d'après les expériences que nous avons rapportées, l'auteur a cru pouvoir établir que si les *racines postérieures* de la moelle épinière sont sensibles, si elles conduisent les impressions, les *faisceaux postérieurs* dans lesquels elles semblent se rendre ne servent pas à transmettre ces impressions au cerveau, que ce rôle paraît dévolu à la substance grise, que la section des faisceaux postérieurs, loin d'amener l'insensibilité, amène, au contraire, une remarquable hyperesthésie.

Mais ce n'est pas tout, les expériences de M. Brown-Séquard vont nous révéler, toujours pour ce qui regarde la sensibilité, des faits aussi curieux qu'inattendus.

Dans une expérience que nous avons rapportée plus haut, nous avons vu qu'après la section complète, mais isolée des deux faisceaux postérieurs, l'excitation du bout *céphalique* amenait de la douleur, mais que l'excitation du bout *caudal* éveillait une douleur beaucoup plus vive, comme le témoignaient les mouvements désordonnés de l'animal. Ce fait est en contradiction absolue avec la théorie de Ch. Bell; mais comment l'expliquer?

L'explication la plus naturelle, la seule même qui se présente à l'esprit, est que les fibres nerveuses des racines postérieures, au lieu de monter toutes vers le cerveau dès l'instant où elles entrent dans la moelle, se diviseraient pour se porter les unes en haut, d'autres horizontalement, d'autres enfin en bas, pour pénétrer à un niveau inférieur à la section dans la substance grise, et ce seraient ces fibres descendantes qui donneraient au segment caudal cette propriété si inattendue d'être sensible et excitable.

Ici encore l'expérience vient à l'appui de la théorie : on introduit un bistouri étroit sous les faisceaux postérieurs, par une incision verticale de haut en bas on sépare en partie un fragment, une sorte de pont de la substance qui compose ce cordon, puis on le divise transversalement par le milieu, de manière à obtenir deux segments en forme de languettes : l'un supérieur, l'autre inférieur. Quand il reste attaché à ces fragments un peu de la substance grise des cornes postérieures et quelques fibres des racines postérieures laissées adhérentes, on obtient ce résultat étrange et imprévu, que le *segment caudal est non-seulement sensible, mais encore qu'il l'est plus que le fragment céphalique*. Cette expérience prouve très évidemment qu'*un certain nombre de fibres des racines postérieures entrent dans les faisceaux médullaires correspondants, et que les unes ascendantes vont vers le cerveau, les autres descendantes marchent vers l'extrémité inférieure de la moelle*.

L'anatomie vient du reste confirmer ces résultats fournis par l'expérimentation physiologique; en 1852 et 1853, M. Lockart Clarke publia sur la structure de la moelle un important travail dans lequel il montra, comme Stilling, que les racines postérieures se continuent avec la substance grise et non avec les cordons postérieurs, et dans lequel il montra aussi que les racines se divisent dans la moelle en filets descendants et ascendants, qui marchent quelque temps dans l'épaisseur du cordon postérieur avant de se continuer avec la substance grise.

Ces fibres cheminent-elles longtemps dans l'épaisseur des faisceaux postérieurs avant d'atteindre le centre gris de la moelle? C'est encore ce que vont nous montrer les expériences de M. Brown-Séquard. Il forme, comme dans l'expérience précédente, deux lambeaux de substance nerveuse aux dépens d'un des faisceaux postérieurs. Après s'être assuré que les *racines des nerfs* qui partent de ce segment sont encore sensibles, il coupe de nouveau le cordon postérieur à quelque distance au-dessus de l'endroit où adhère la base du lambeau partiellement détaché. Ces racines cessent immédiatement d'être sensibles, ce qui prouve qu'elles cheminent quelque temps dans l'épaisseur du cordon postérieur, et qu'elles ont été coupées avec ce cordon.

Il répète la même expérience, mais en faisant cette fois la section *un peu* plus haut, au-dessus de la base adhérente du lambeau :

la sensibilité est diminuée, mais non abolie; quelques fibres ascendantes ont échappé à la section. Dans une troisième expérience, la section est faite *beaucoup* au-dessus du segment soulevé; la sensibilité des racines postérieures qui y aboutissent reste entière. Elles n'ont donc pas été sectionnées, et l'on peut conclure que les fibres sensitives des nerfs rachidiens, après un assez court trajet dans l'épaisseur des cordons postérieurs, passent dans la substance grise.

Des expériences semblables faites sur le segment caudal montrent que quelques-unes des fibres conductrices de la sensibilité venant des racines postérieures descendent dans les faisceaux médullaires correspondants, et pénètrent après un court trajet dans la substance grise centrale, d'où elles remontent vers le cerveau, de sorte qu'il y a dans la moelle des fibres *récurrentes* conductrices de la sensibilité.

Les fibres sensitives, après être passées dans la substance grise placée au centre de la moelle, restent-elles dans la moitié latérale à laquelle elles correspondent, ou bien, se trouvant ainsi près du centre médullaire, passent-elles de l'autre côté? Si cette décussation a lieu, à quelle hauteur se fait-elle? C'est une nouvelle question que les expériences si ingénieuses de l'auteur permettent encore de résoudre.

La moelle épinière d'un mammifère est mise à nu au niveau d'une des dernières vertèbres dorsales, et l'on coupe complétement l'une de ses moitiés latérales dans toute son épaisseur. On laisse l'animal reposer quelques instants, et l'on peut s'assurer que la sensibilité est *augmentée* dans le membre inférieur *du côté de la section*, tandis qu'elle est perdue ou au moins considérablement *diminuée du côté opposé*.

Deux explications peuvent être proposées pour expliquer ce fait: 1° la substance grise, comme le veulent Stilling, Schiff, etc., peut transmettre les sensations de telle façon qu'une moitié de son épaisseur suffit pour les deux côtés du corps; 2° il y a décussation des fibres sensitives. Si la première explication explique la persistance de la sensibilité du côté lésé, elle n'explique pas l'anesthésie qui se montre du côté laissé intact; elle doit donc être rejetée, et il faut admettre la seconde, c'est-à-dire la théorie de la décussation, que d'autres expériences, du reste, viennent confirmer.

Après la section complète d'une moitié latérale de la moelle, de la moitié droite par exemple, on s'assure que le membre droit est hyperesthésié et que le gauche est insensible. On coupe alors la moitié gauche dans la région cervicale: aussitôt le membre droit hyperesthésié par la première section, qui a porté *de son côté*, perd toute sensibilité par la seconde, qui a porté *du côté opposé*, *mais sur un point plus élevé que la première*. Or, dans l'hypothèse que les fibres sensitives des racines spinales postérieures s'entrecroisent, que s'est-il passé? Les fibres du côté droit n'ont pas été atteintes par la première section, quoique faite à droite, parce qu'elles s'étaient déjà entrecroisées et étaient passées de l'autre côté, tandis que la seconde section faite plus haut, mais du côté opposé, les a atteintes après leur décussation et les a interrompues dans leur trajet vers le cerveau.

Une autre expérience, déjà faite par Galien dans un autre but et répétée par M. Brown-Séquard, est encore plus frappante: il fait sur la ligne médiane une section verticale qui sépare ainsi l'un de l'autre, dans une certaine étendue, les moitiés droite et gauche de la moelle. Si l'incision est faite heureusement, rien n'est coupé, excepté les commissures. Cependant, quand l'opération réussit bien, quand on n'a pas trop empiété sur les parties latérales, un résultat inattendu se produit: la motilité existe encore dans les deux membres postérieurs; mais la sensibilité y est entièrement perdue.

Cette expérience, rapprochée des autres, démontre péremptoirement la décussation dans l'épaisseur de la moelle des filets sensitifs provenant des racines spinales postérieures, puisqu'on les a coupées en séparant simplement l'une de l'autre les deux moitiés de la moelle.

A quel niveau s'opère cette décussation? Se fait-elle dans toute la hauteur du cylindre médullaire? Les fibres sensitives ont-elles un long trajet ascendant ou descendant dans l'épaisseur des cordons postérieurs avant de se jeter dans la substance grise et de s'entrecroiser? Les expériences de M. Brown-Séquard vont encore nous montrer non-seulement que la décussation a lieu, mais encore qu'elle se fait très près du point d'émergence des racines.

Il divise transversalement une moitié latérale de la moelle en deux endroits, de manière à comprendre entre les deux sections trois paires de nerfs; il trouve alors que la paire intermédiaire a conservé presque toute sa sensibilité, comme si rien n'avait été fait, tandis que la sensibilité des deux autres a diminué beaucoup dans ses fibres supérieures pour la paire supérieure, dans ses inférieures pour l'inférieure. Ce fait semble prouver que la section des fibres descendantes de l'une et ascendantes de l'autre a été faite avant leur décussation, tandis que les fibres de la paire intermédiaire ont été respectées.

Si l'on n'intercepte entre les deux sections qu'une seule paire nerveuse, sa sensibilité est presque entièrement perdue.

Mais une autre expérience est encore plus remarquable: l'auteur coupe transversalement une *moitié latérale* de la moelle dans toute son épaisseur, puis de cette section il en fait partir une autre qui porte sur la ligne médiane et descend de haut en bas, de manière à détacher de l'axe spinal un lambeau comprenant tous les éléments de la moitié de la moelle, lambeau libre dans toute sa hauteur et adhérant seulement par sa base en bas, c'est-à-dire du côté caudal. Si, sur un grand mammifère, cette séparation n'a pas été faite dans l'étendue de plus de 2 pouces, la sensibilité des racines qui en naissent persiste. Si l'on prolonge en bas la section verticale pour donner plus de longueur au segment détaché, la sensibilité diminue ou disparaît dans les nerfs les plus proches de la portion libre, et cette disparition marche de haut en bas à mesure que l'on prolonge davantage la section verticale. Or, quelle est la raison de ce fait? C'est qu'au début de l'expérience la paire nerveuse supérieure avait conservé ses fibres descendantes, la décussation se faisant à un niveau inférieur à la section verticale; en augmentant cette incision, on la paralyse, car alors les fibres ont été coupées, et, au fur et à mesure que l'on descend la section médiane, on coupe aussi celles des autres nerfs, et la sensibilité disparaît ainsi des paires supérieures vers les inférieures.

Ces expériences montrent donc que la décussation des fibres sensitives se fait dans la moelle à un niveau assez rapproché de leur point d'émergence; on ne peut donc admettre qu'elle ait lieu au niveau des tubercules quadrijumeaux après que ces fibres ont remonté directement dans les corps rectiformes et de là dans les pédoncules cérébelleux supérieurs, en passant par le centre du cervelet.

Mais que cette décussation ait lieu dans la moelle ou dans l'isthme de l'encéphale, tous les physiologistes modernes admettaient avant M. Brown-Séquard, et beaucoup admettent encore, que les corps restiformes sont l'aboutissant des fibres sensitives qui composent les cordons postérieurs; soit que ces fibres viennent du même côté ou du côté opposé, on admet que la section de ces corps sera suivie de l'insensibilité de toute la moelle, et que la partie centrale ou céphalique seule restera sensible. L'auteur, auquel était réservé le rôle de bouleverser toutes les théories existantes sur le rôle des faisceaux postérieurs, vient encore nous montrer que nous étions dans l'erreur et nous en convaincre par ses expériences.

Il met à nu les corps restiformes, le *calamus scriptorius* et l'extrémité céphalique des cordons postérieurs de la moelle, puis il coupe le cordon postérieur *gauche* au moment où il se continue avec le corps restiforme correspondant. Cette section est douloureuse; lorsque le calme est rétabli, on constate que les quatre membres ont conservé leur sensibilité; qu'elle paraît exagérée dans les deux membres *droits*, mais qu'elle l'est plus encore sur ceux du *côté gauche*. Mais ce n'est pas tout: l'extrémité inférieure du corps restiforme, c'est-à-dire le bout *céphalique*, est insensible à la piqûre, tandis que l'excitation du bout *caudal* éveille des douleurs excessives.

Ainsi, comme on le voit, il ne reste rien des théories de Ch. Bell pour ce qui regarde la transmission de la sensibilité dans la moelle. Ces théories, si ingénieuses, si généralement acceptées,

s'écroulent devant l'autorité des faits et de l'expérimentation.

M. Brown-Séquard étudie ensuite comment se fait la perception des sensations de température, du sens de la contraction musculaire, etc.; il cherche à constater si les impressions arrivent au cerveau en suivant les faisceaux postérieurs ou si elles passent par la substance grise corticale. Nous ne le suivrons pas dans cette étude, car cette revue est déjà trop longue, et nous craignons d'ennuyer le lecteur, que nous aimons mieux renvoyer à l'ouvrage si intéressant à tant de titres dont nous nous occupons.

Par quelle partie de l'axe spinal les ordres de la volonté passent-ils pour être transmis aux muscles? C'est ce que l'auteur examine dans sa quatrième leçon.

La section de toute la moelle, en respectant seulement les cordons postérieurs, montre que *ces faisceaux ne sont pas directement employés dans la transmission aux muscles des ordres de la volonté*. D'autres expériences, que nous ne pouvons rapporter, montrent que, *dans la région dorsale, les différentes parties de la moelle, à l'exception des colonnes postérieures, semblent être employées à cette transmission*.

Après avoir repoussé l'idée généralement admise, que les faisceaux antérieurs seuls sont moteurs, l'auteur conclut ainsi : « Il » est extrêmement probable que les fibres motrices venant du cer- » veau passent dans les pyramides antérieures; qu'après s'être » entrecroisées, elles se rendent principalement dans les faisceaux » latéraux et dans la substance grise qui les avoisine, et qu'enfin, » après un court trajet, un certain nombre de ces fibres motrices » quittent les colonnes latérales pour passer dans la substance » grise et dans les faisceaux antérieurs. »

Les leçons suivantes sont consacrées à fournir, d'après les faits cliniques observés, les preuves de la vérité des opinions professées par l'auteur, sinon sur le rôle des différentes parties de la moelle, du moins sur les symptômes qui résultent de leurs altérations.

La neuvième leçon est consacrée à l'histoire physiologique et anatomique du grand sympathique. Les phénomènes observés après la section ou après la galvanisation de ce nerf peuvent être rangés sous trois chefs principaux :

*Section du nerf.* — 1° Dilatation des vaisseaux sanguins;
2° Augmentation de l'afflux sanguin;
3° Augmentation des propriétés vitales.

*Galvanisation du nerf.* — 1° Resserrement des vaisseaux sanguins;
2° Diminution de l'afflux sanguin;
3° Diminution des propriétés vitales.

L'opinion que la section du grand sympathique est suivie de la paralysie des vaisseaux sanguins, en raison de laquelle une plus grande quantité de sang passe à travers les vaisseaux dans un temps donné, augmentation suivie d'une plus grande activité dans les phénomènes organiques, cette opinion, dis-je, basée sur un grand nombre d'expériences, est acceptée maintenant par Waller, Donders, Tenner, Moritz, Schiff, etc.

L'auteur consacre les dernières leçons à étudier les diverses influences des centres nerveux et du grand sympathique sur la production et la marche des maladies. Nous ne pouvons le suivre dans cette étude, et nous ne pouvons que rapporter quelques-unes de ses conclusions générales sans en discuter la légitimité.

Les modifications sympathiques, normales ou pathologiques, de la nutrition, des sécrétions, etc., sont des phénomènes réflexes dont l'étude montre que beaucoup d'affections sont produites par action réflexe, et enseigne les moyens d'arriver à une méthode rationnelle de traitement.

La perte de connaissance dans le vertige simple ou dans l'attaque complète d'épilepsie ne dépend pas d'une maladie du cerveau, mais de la contraction des vaisseaux sanguins des lobes cérébraux.

La moelle allongée ne préside pas seule ou essentiellement comme un centre nerveux aux mouvements respiratoires.

Les fibres motrices, sensitives et sympathiques s'entrecroisent dans diverses parties de l'axe cérébro-spinal. Des symptômes variables seront observés, suivant qu'il y aura irritation ou paralysie de ces fibres, suivant aussi la portion de la moelle où existera une altération.

Comme on le voit, M. Brown-Séquard semble avoir renversé les théories existantes, surtout pour ce qui concerne la sensibilité. Ses expériences si remarquables, si bien conduites, semblent devoir entraîner la conviction la plus difficile à se rendre à l'évidence des faits. Son livre, qui renferme réuni tout ce que l'auteur a étudié depuis plus de vingt ans; qui contient, comme il le dit lui-même dans sa préface, le résultat des travaux de toute sa vie, son livre sera lu avec plaisir, consulté avec intérêt, médité avec fruit par tous ceux qui s'occupent de la physiologie ou de la pathologie du système nerveux. M. Brown-Séquard a bouleversé des doctrines généralement admises, que Ch. Bell a eu la gloire d'émettre le premier, et que M. Longet avait fait accepter.

Les a-t-il renversées? Nous ne le pensons pas. Si, d'un côté, l'on ne peut plus continuer à regarder, avec Ch. Bell, les cordons blancs antérieurs comme le tronc commun des racines motrices, et les cordons postérieurs comme celui des racines sensitives, il y aurait exagération à soutenir que l'axe gris de la moelle, à cause de ses connexions intimes avec les deux ordres de racines, représente l'*unique* conducteur des déterminations de la volonté aux muscles et des impressions sensitives au cerveau. L'expérience de Schiff montre le rôle des faisceaux postérieurs dans la transmission des impressions tactiles.

Cependant, il faut le reconnaître, la théorie de Ch. Bell doit être profondément modifiée. M. Brown-Séquard a révolutionné la science; mais il ne nous donne pas encore une théorie complète des fonctions de la moelle. Ses expériences ont du moins servi à nous montrer que, sur un grand nombre de points, nous étions dans l'erreur. Mais l'avenir seul nous réserve ce que nous n'avons pas encore : une théorie en rapport complet avec les résultats si variés de l'expérimentation. Il sera rendu compte prochainement du second ouvrage de M. Brown-Séquard.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LÉON LE FORT.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

La note suivante a été communiquée au *Moniteur* :

« Les craintes que l'événement de l'*Anne-Marie* avait fait concevoir un instant pour l'état sanitaire de Saint-Nazaire étant complétement dissipées, les quarantaines ordonnées en Espagne et en Portugal ont été abolies, et les provenances de Saint-Nazaire sont de nouveau admises en libre pratique. »

— On lit également dans le *Moniteur* :

Des navires arrivés de la Havane, où régnait la fièvre jaune, ont donné lieu, dans ces derniers temps, à des accidents d'une certaine gravité à Saint-Nazaire. Grâce aux mesures énergiques prises par le gouvernement, et en particulier à un système de lazaret flottant établi hors de la rade, ces accidents ont été promptement arrêtés. La population même n'a jamais été sérieusement compromise.

Aujourd'hui tout est complétement terminé. Depuis plusieurs semaines il n'y a plus aucun malade suspect à Saint-Nazaire, et tous les navires qui auraient pu inspirer quelque crainte ont été isolés et assainis.

Le docteur Mélier, inspecteur général des services sanitaires, envoyé à Saint-Nazaire à cette occasion, est rentré à Paris, sa présence sur les lieux ayant cessé d'être nécessaire. Toutefois, les dispositions organisées sont maintenues pour le cas, peu probable, où de nouveaux arrivages pourraient réclamer quelque précaution.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes dans les hôpitaux de Paris commencera le 4 novembre prochain. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 19 octobre.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — MM. les pharmaciens du Puy ont intenté une poursuite contre les administrateurs et les religieuses de l'hospice, où les préparations se font et se débitent au dehors, sous le couvert d'un gérant diplômé. La demande a été rejetée par le tribunal du Puy.

« Nous ne ferons qu'une seule réflexion sur cet arrêt du tribunal du Puy, dit le *Moniteur des hôpitaux*, c'est qu'il est en tous points et par tous ses considérants en opposition complète avec les jugements rendus depuis un an par d'autres tribunaux (Paris, Fontainebleau, Cusset, etc.), avec la décision solennelle de la Cour de cassation, qui a force de loi et qui est journellement exécutée par la pharmacie parisienne et appliquée par les jurys médicaux. Nos confrères de la Haute-Loire ne s'en tiendront pas là ; si la Cour d'appel de Riom adoptait les motifs des premiers juges, le succès serait alors dans le recours à la Cour de cassation. »

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

Archiv der Heilkunde. — Tome II. — 1re livraison. Sur les abcès, par *W. Roser*. — Sur la péripleurite, par *Wunderlich*.— La tuberculose du foie, par *E. Wagner*. — Recherches sur le mode d'action des diurétiques, par *Weikart*. — Un cas d'hydrocéphale chronique unilatéral, par *Meissner*. — Théorie du choc du cœur, par *Scheiber*.

Deutsche Klinik. — N° 41. (Manque.) — 42. Sur la dysenterie dans ses rapports avec les affections rénales, par *Zimmermann*. — Sur les pertes séminales, par *Dicenta*. — 43. Sur la dysenterie, etc. (suite). — Influence du quassia sur les parties irritables, par *Hoppe*. — 44. Sur la psychiâtrie légale, par *W. Jessen*. — Sur la dysenterie, etc. (suite). — 45. Action des sels de zinc solubles dans l'eau, par *Falck*. — Sur la dysenterie, etc. (suite). — Épidémie de fièvre cérébrale qui a sévi en Suède pendant les années 1854, 1855, 1856, 1857, par *Busch*. — Carcinome du cæcum, par *Braun*. — 46. Épidémie de fièvre cérébrale, etc. (suite). — Le mal de mer, forme d'anémie cérébrale, par *Althaus*. — 47. Action des sels de zinc (suite). — 48. De l'influence du quassia sur les tissus irritables (suite). — Arrêt d'une hémorrhagie veineuse par la ligature du tronc artériel correspondant, par *Beck*. — Sur la syphilis, par *Bærensprung*. — 49. Forme rare d'épilepsie, par *Geerds*. — Sur l'entrée des parcelles de charbon dans les voies respiratoires, par *Traube*. — De l'effet des sels de zinc solubles dans l'eau (suite). — 50. Introduction des particules de charbon dans les voies respiratoires, par *Traube*. — 51. (Manque.)

Deutsche Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde. — Tome XVI. — 1re livraison. Effets des alliages de plomb sur le corps humain, par *Freitag*. — Fragments de toxicologie, par *Faber*. — Quelles sont les causes de l'augmentation du nombre des suicides, et quels sont les moyens de les prévenir? par *B. Ritter*.

Henke's Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde. — 4e livraison. Du phosphore au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, par *Hornemann*. — Taxe médicale en Bavière, par *Buchner*. — Sur un cas d'infanticide, par *Heyland*.

Journal fuer Kinderkrankheiten. — Livraisons 9 et 10. Leçons sur le rachitis, par *W. Jenner*. — Sur la connexion de la scarlatine et de l'albuminurie, par *Hambursin*. — Études anatomo-pathologiques sur l'hydro-méningocèle.

Monatsschrift fuer Geburtskunde und Frauenkrankheiten. — 4e livraison. Mort à la suite du traitement d'un kyste de l'ovaire par l'injection iodée, par *Reinhold Lœwenhardt*. — Formation d'un cloaque chez la femme, par *H. Albers*. — Chute de la matrice chez les femmes grosses, par *Hüter*. — Sur un cas d'infanticide, par *Hermann Vezin*. — 5e livraison. Absence congénitale des quatre extrémités, par *Hadthagen*.

Œsterreichische Zeitschrift fuer practische Heilkunde. — N° 34. Sur quelques opérations galvanocaustiques, par *Lemberg*. — Sur l'étiologie de l'aliénation mentale, par *Schlager*. — 35. Sur l'étiologie de l'aliénation mentale (suite). — 36. Sur l'étiologie de l'aliénation mentale (suite). — 37. Sur l'étiologie de l'aliénation mentale (suite). — Sur un perfectionnement de la clef de Garengeot, par *Joseph Kadelburg*. — 38. Opération du trichiasis dans la conjonctivite chronique, par *Hesser*. — 39. Nouvelles opérations galvanocaustiques, par *Zsigmondy*. — 40. Expériences laryngoscopiques, par *Störk*. — 41. Contributions pharmacologiques, par *Putruban*. — 43. Laryngoscopie, par *Störk*. — 44. Sur les moyens de provoquer une crise dans les maladies, par *Huber*. — 45. Clinique des maladies nerveuses, par *Remak*. — 46. Sur la nécrose phosphorée et l'opération sous-périostale, par *Schuh*. — 47. Couleur bleue du pus, par *Guntner*. — 48. Clinique des maladies nerveuses, par *Remak*.— 49. Sur l'iodisme, par *Schneller*.— 50. Sur l'iodisme, par *Schneller*.

Schweizerische Monatsschrift fuer praktische Medizin. — N° 9. Sur l'apoplexie du cerveau et son traitement (suite). — Pathologie de la maladie d'Addison, par *Rudolf Demme*. — 10. (Manque.)

Vierteljahrsschrift fuer praktische Heilkunde. — Tome IV. Complications cérébrales dans le cas du rhumatisme articulaire aigu, par *Lebert*. — Sur les kystes dermoïdes, par *Heschl*. — Sur les maladies parasitaires, par *Julius Stein*. — Sur les rapports du médiastin avec la paroi thoracique, le cœur, etc., par *Bochdalek*. — Sur l'action toxique du cuivre, par *Fleischl*.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 42. Sur la résection de la mâchoire inférieure, par le professeur *Pitha*. — 43. Traitement des fractures des os, par *Lorinser*. — Maladies des nerfs périphériques, par *Oppolzer*. — 44. Sur l'infiltration tuberculeuse aiguë du poumon, par *Traube*. — Maladies des nerfs périphériques, par *Oppolzer*. — 45. (Manque.) — 46. Recherches physiologico-chimiques concernant l'influence des eaux de Karlsbad sur le mouvement nutritif de composition et de décomposition, par *Seegen*. — 47. Remarques sur l'histoire du mécanisme de l'occlusion du larynx, par *J. Czermak*. — Maladies des nerfs périphériques (suite). — 48. Recherches chimico-physiologiques sur l'influence de l'eau minérale de Karlsbad sur l'échange des matériaux nutritifs (suite). — 49. Guérison d'un abcès du poumon survenu dans le cours d'une pneumonie aiguë, par *Traube* (de Berlin). — Sur les maladies des nerfs périphériques, par *Oppolzer*. — 50. Sur un cas de prosopalgie, par *Scholz*. — 51. Sur la blépharoplastie, par *Fischer*.

Wuerzburger Medicinische Zeitschrift. — 2e livraison. Sur la décapitation et les instruments de décapitation, par *Scanzoni*. — Contributions à l'anatomie pathologique, par *Förster*. — Contributions cliniques, par *Bamberger*. — L'ammoniaque existe-t-il à l'état normal dans l'urine? par *le même*. — Recherches sur le contenu des kystes des reins, par *Folwarczny*. — Coïncidence de la variole et de la syphilis, par *Fronmüller*. — L'empyème de nécessité, par *Geigel*. — 3e et 4e livraisons. Application du laryngoscope, par *C. Gehrardt*. — Statistique de la pneumonie, par *Friedrich*. — Statistique de la pneumonie (suite), par *Förster*. — Rachitis à l'état fœtal, par *Müller*. — Études de pathologie comparée, par *Förster*.

Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien.— N° 42. Influence des tumeurs des parties génitales sur la grossesse et l'accouchement, par *Habit*.— 158 cas de taille, par *Polak*. — Sur la laryngoscopie, par *Störk Carl*. — 43. Contributions à l'ophthalmoscopie, par *C. Blodig*. — 158 opérations de taille (suite). — 44. Hérédité des maladies mentales, par *Haller Mortes*. — Opération de la pierre (suite). — 45. Épidémie de fièvre jaune à Lisbonne en 1857, par *Schauenstein*. — Hérédité des maladies mentales (suite). — Opération de la pierre (suite). — 46. Contributions ophthalmologiques, par *Blodig*. — Opération de la pierre (suite). — 47. Sur l'influence de l'excès de la pression intra-oculaire, par *Mayrhofer*. — Rhinoscopie, par *Semelder*. — Opération de la pierre (suite). — 48. Cause des exacerbations du soir dans les catarrhes, par *Hoppe*. — Sur les calculs biliaires, par *Oppolzer*. — 49. (Manque.) — 50. Rupture spontanée des petites artères, par *Klob*. — Anatomie pathologique des capsules surrénales, par *Wallmann*. — 51. Compte rendu des syphilisations faites à la Clinique en 1858 et 1859, par *Sigmund*. — Impuissance à la suite de l'intoxication saturnine, par *Haschek*.

British Medical Journal. — N° 201. Absence congénitale du diaphragme, par *Robinson*. — Clinique chirurgicale, par *Prichard*. — 202. *Idem*. — 203. *Idem*. — Traitement de l'asthme, par *Pridham*. — 204. Changements dans les corpuscules rouges du sang, par *W. Addison*. — Sur l'emphysème du poumon, par *Waters*.— Maladies scrofuleuses des glandes lymphatiques externes, par *Price*. — 205. Ovariotomie dans les hôpitaux de Londres. — Cas d'ovariotomie, par *Brown*. — 206. (Manque.) — 207. Opérations sur les organes génito-urinaires, par *Prichard*. — Méningite tuberculeuse, par *Carran*. — Sur l'emphysème des poumons (fin). — 208. Clinique chirurgicale, par *Prichard*. — Sur l'obstruction des intestins, par *Copeman*. — Sur l'emploi du mercure, par *Hughes*. — Lésions nerveuses en rapport avec les affections diphthéritiques, par *Hinds*. — Cure spontanée d'une tumeur ovarienne, par *Fox*. — 209. Traitement de l'asthme, par *Pridham*. — Sur l'emphysème des poumons, par *Waters*. — Nouvelle série. — 1861. N° 1. Irritation causée par les *acalèphes*, par *Greenhow*. — Corps étranger dans les conduits de l'air, par *Padley*. — Clinique chirurgicale, par *Prichard*. — 2. (Manque.)

### Livres.

Leçons sur les familles naturelles des plantes, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *J.-B. Payer*. 6e et 7e livraisons. Paris, Victor Masson et fils. Prix de chaque livraison. 60 c.

Coup d'œil sur les changements de forme et de position de l'utérus, par le docteur *J. de Lazaréwitch*. In-8 de 36 pages, avec planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25

Clinique chirurgicale, par le docteur *L. Voillemier*. In-8 de 472 pages, avec 2 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par le docteur *Lucien Pénard*, avec 87 figures intercalées dans le texte. In-18 de 520 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique, par le docteur *J.-B. Fonssagrives*. In-8 de 628 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

L'eau de Seltz et la fabrication des boissons gazeuses, aperçu historique, physiologique et médical, par le docteur *Aug.-Alph. Legrand*. In-18 de 108 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 75 c.

Maladies vénériennes : Paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil (sixième paire), par M. le docteur *J.-M. Beyran*. 2e édition. Brochure in-8 de 31 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Quelques considérations sur les affections appartenant ou se rattachant à la famille des cancers, par le docteur *Lala*. Brochure in-8 de 35 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 50

Anatomie pathologique du tubercule, par le docteur *Laveran*. In-8 de 16 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

Du sort des médecins de régiment, par *Armand de Laporte*. Grand in-8 de 15 pages. Paris, Victor Rozier. 1 f.

Notice sur le perfectionnement du matériel des ambulances volantes, dédiée à M. le baron H. Larrey, par *Henri Arrault*. In-8 de 41 pages, avec 3 planches. Paris, Victor Rozier. 1 fr. [illegible]

Rapport fait a la Société de médecine de Versailles sur un monstre double autositaire né dans cette ville le 21 mars 1861, par les docteurs *Paul D*[illegible] et *Leduc*. In-8 de 12 pages, avec 1 planche. Paris, Victor Rozier. 75 c.

Nosophthorie, die Lehre vom Vernichten der Krankheiten, par *A.-Th. Stam*[illegible]. 1er volume. Grand in-8. Leipzig, Kollmann. 6 fr. [illegible]

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 11 OCTOBRE 1861. — N° 41.


TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.


I. **Paris.** Académie des sciences : Sensibilité des tendons. — M. Langenbeck : Procédés ostéoplastiques ; uranoplastie ; résection partielle de la mâchoire supérieure. — II. **Travaux originaux.** Étude nouvelle sur la phlegmasia alba dolens. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Bibliographie.** Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, productions plastiques, diphthériques, ulcéro-membraneuses, etc. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VII. **Feuilleton.** De la longévité humaine à propos de l'ouvrage de M. Flourens.


## I

Paris, le 10 octobre 1861.

*Académies des sciences :* SENSIBILITÉ DES TENDONS. — M. LANGENBECK : PROCÉDÉS OSTÉOPLASTIQUES : URANOPLASTIE : RÉSECTION PARTIELLE DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE.

Il n'est que les gens à cervelle vide pour parler beaucoup ; il n'est que les questions stationnaires pour occuper d'elles les corps savants. De ce nombre est la question de la sensibilité des tendons et des aponévroses, qui tourne sur elle-même depuis plus d'un siècle sans avancer d'un pas. En la voyant portée de nouveau à l'Académie des sciences par un de ses membres, par un chirurgien accessoirement livré aux études anatomiques et physiologiques, par M. Jobert enfin, on pouvait espérer qu'elle y arrivait escortée de données nouvelles. Les *Comptes rendus* officiels de la séance nous apportent une déception, et nous serions charmé d'apprendre qu'ils ne rendent qu'imparfaitement la communication de notre confrère et ami (voir p. 658).

Un mot d'abord sur la manière dont M. Jobert pose la question. « On les a, dit-il, comparés (les tendons) aux *cartilages*, à l'émail et aux divers produits inorganisés que l'on trouve dans le corps humain; comparaison mal fondée, car ces derniers ne sont que de simples dépôts, tandis que les tendons sont de vrais organes, puisqu'ils renferment tous les éléments de la nutrition. » Les cartilages seraient-ils des dépôts anhistes, des produits inorganisés, comme est, par exemple, un encroûtement calcaire? Personne ne soutiendrait une assertion si étrange, et M. Jobert sait bien qu'on rencontre dans la substance cartilagineuse, tantôt des amas de granulations, tantôt des cellules à noyau. L'émail même, qui a été comparé aux épithéliums et où l'on trouve, d'après Bibra, près de 6 pour 100 de matière organique; l'ivoire, qui contient de la graisse et du tissu cartilagineux, peuvent-ils être considérés comme entièrement dépourvus d'organisation? Quels sont donc ces « simples dépôts », ces « produits inorganisés », ces parties du corps humain qui ne sont pas « de

## FEUILLETON.

### De la longévité humaine à propos de l'ouvrage de M. Flourens.

I. — Le livre de M. Flourens a fait sensation dans un certain public, en raison des espérances plus ou moins bien fondées ouvertes à l'homme auquel l'auteur promet une carrière bien plus longue que celle aujourd'hui parcourue. Suivant ce physiologiste, la durée normale de la vie humaine serait d'un siècle, plus une cinquantaine d'années de tolérance à titre exceptionnel ; s'il en est autrement, c'est notre faute. Thomas Parr a vécu 152 ans; Henry Jenkens, 169; Pierre Zorten, 185; pourquoi n'approcherions-nous pas de ces chiffres si rarement atteints!

D'abord il y aurait à se demander s'il est réellement avantageux de vivre aussi longtemps. Toute longévité prolongée n'a lieu qu'aux dépens de l'organisme, et, dans ce grand combat de la vie, le plus chanceux reçoit toujours quelques blessures. On s'amoindrit, et la vie ne fonctionne plus que d'une manière incomplète.

Admettons que deux hommes soient nés le même jour, et que l'un vive 70 ans avec le plein exercice de ses facultés physiques et morales, et que l'autre atteigne 90 ans ayant commencé à déchoir dès l'âge de 60 ; celui qui aura le plus vécu ne sera certainement pas le survivant. Sans doute, l'année a pour chacun de nous la même durée, mais la vie active est rarement de 365 jours. Les non-valeurs sont considérables dans la vieillesse. Celui-ci est sourd ou voit mal; cet autre marche difficilement, n'a qu'une intelligence faible, donne un mois par an à la goutte, aux rhumatismes, etc. Dix ans d'une semblable existence n'en valent pas trois si l'on jouit de la plénitude de la santé. Certains individus, et le nombre en est grand, ne vivent qu'à moitié, au tiers, au quart, de sorte que pour eux, bien que l'année soit de douze mois, elle ne leur vaut, en réalité, que six, quatre ou trois mois d'une existence entière. Un homme meurt nonagénaire, et chacun va disant : quelle belle et longue carrière! Il faudrait auparavant se

vrais organes » et dont les tendons se distinguent en ce qu'ils renferment « tous les éléments de nutrition »? C'est ce que nous ne voyons pas clairement.

Mais venons à la question elle-même. Pourquoi les nerfs ne sont-ils pas sensibles à l'état normal, comme l'a démontré Haller, et pourquoi le deviennent-ils dans certaines conditions pathologiques? Pourquoi, ne sentant pas une incision, une piqûre, deviennent-ils le siége de vives douleurs sous l'influence de l'inflammation? C'est, répond M. Jobert, que les tendons ne reçoivent pas de nerfs, ce qui explique leur insensibilité, tandis que les gaînes en sont avoisinées ou même quelquefois pourvues, ce qui rend compte des douleurs déterminées par la phlegmasie, celle-ci ne restant pas limitée au cordon tendineux, mais s'étendant d'ordinaire à l'enveloppe fibreuse. Ce seraient même spécialement les nerfs propres de la gaîne qui deviendraient le siége de l'impression douloureuse produite par la rétraction des bouts d'un tendon coupé ou rompu.

On voit en quoi cette explication s'écarte de l'opinion commune. On nous a enseigné que les tendons sont réellement le siége de la sensibilité accidentelle qu'on éprouve sur leur trajet, qu'elle y est *développée* par l'état morbide; et Bichat y a vu un thème excellent pour sa théorie des deux modes de sensibilité. M. Flourens, à qui l'on doit des recherches expérimentales sur ce sujet, ne pouvait manquer de les rappeler à l'Académie, ce qu'il a fait dans les termes suivants : « La question *nouvelle* était de *découvrir* ce qui arriverait au tendon porté à l'état d'inflammation. Il est résulté de mes expériences la démonstration de ce fait que le tendon est dépourvu de sensibilité, et que le tendon enflammé a une sensibilité très vive (1). La sensibilité est donc partout, disais-je, et dans les parties mêmes (les tendons, les ligaments, la dure-mère, le périoste) où habituellement elle est le plus obscure, il suffit d'un degré d'irritation ou d'inflammation donné, pour la faire passer aussitôt de l'état latent et caché à l'état patent et manifeste. »

Entre ces opinions adverses, où est la vérité? Si c'est du côté de M. Jobert, il n'en administre pas la preuve. Si c'est du côté de M. Flourens, nous avons le regret de dire que la *découverte* du célèbre secrétaire perpétuel est venue un peu tard. C'est ce qu'on peut montrer en quelques lignes.

L'interprétation de M. Jobert suppose, disons-nous, cette assertion : que les tendons n'ont pas de nerfs, et que leurs gaînes ou bien en renferment par elles-mêmes, ou bien en reçoivent un assez grand nombre à leur surface. Or, il est des tendons qui sont pourvus de nerfs, tandis qu'on peut douter que leurs gaînes en possèdent. Certains gros tendons, en effet, comme le tendon d'Achille, sont pénétrés au moins par les nerfs qui accompagnent les vaisseaux. S'ils sont insensibles ou peu sensibles à la section, c'est sans doute que leurs filets nerveux, très petits d'ailleurs, dérivent du grand sympathique, qui ne jouit lui-même que d'une faible sensibilité à l'excitation directe; et cela étant, on comprend que la sensibilité puisse être excitée dans ces filets, comme elle l'est dans les plexus, par un état morbide tel que l'inflammation. Quant aux gaînes tendineuses, nous ne connaissons pas d'observation qui y démontre péremptoirement l'existence des nerfs, et Kœlliker dit positivement qu'il n'y en a jamais rencontré (*Éléments d'histologie*, p. 212). Reste donc la supposition qu'elles en ont assez autour d'elles pour rendre compte de la douleur. Mais la vérité est qu'elles en ont généralement très peu; et, dès lors, comment comprendre, dans cette théorie, que de deux parties, dont l'une est pauvre en éléments nerveux (gaîne fibreuse), et l'autre riche (ventre du muscle, ou tissu cellulaire sous-cutané), la première devienne cent fois plus douloureuse que la seconde sous l'influence d'un même état morbide?

Ce n'est pas tout. La question de la sensibilité du système fibro-séreux n'est pas bornée aux tendons; elle est posée également pour les fascias, pour les aponévroses, pour les capsules synoviales, etc. Si MM. Cruveilhier, Gros et Sappey ont suivi des filets nerveux jusque dans certaines membranes fibreuses ou séreuses, combien d'autres points du même système n'en ont jamais laissé apercevoir la moindre trace aux yeux les mieux exercés! Là cependant le tissu est insensible à l'incision; là aussi il devient sensible à l'état pathologique. Comment M. Jobert explique-t-il cela, n'ayant plus la ressource de la gaîne? S'est-il assuré que la disposition des nerfs à l'égard du système fibreux concordât partout avec sa théorie? Il invoque la péritonite, qui donne lieu à de si vives douleurs. Mais le tissu cellulaire sous-péritonéal renferme un grand nombre de filets nerveux, et ce tissu d'ailleurs est certainement intéressé lui-même dans la maladie. Ces conditions existent-elles pour toutes les portions du système fibreux? C'est à M. Jobert à en fournir la preuves.

On le voit, l'opinion la plus plausible est toujours que la sensibilité morbide siége réellement dans les cordons tendi-

(1) M. Flourens déterminait l'inflammation des tendons, soit par des violences mécaniques, soit par l'application de corps irritants.

---

demander ce qu'était la vieillesse de cet homme, et l'on serait souvent forcé de reconnaître que, s'il était mort vingt ans plus tôt, il n'aurait rien perdu. Même chez les personnes qui se conservent le mieux les pertes sont immenses.

Si, sous le rapport individuel, il est peu désirable que la vie de l'homme se prolonge beaucoup au delà du terme actuel, il le serait bien moins encore dans l'intérêt général. Si l'espèce humaine parvenait à vivre un siècle en moyenne, la population du globe serait triplée, et à son très grand préjudice. Les difficultés de vivre augmenteraient dans la même proportion, les besoins dépasseraient les ressources, et la mort serait invoquée comme un bienfait : les grandes maladies, les épidémies meurtrières, la peste et le choléra cesseraient d'être un fléau.

Heureusement que la chose n'est point à craindre.

Pour vivre longtemps, imitez Cornaro : pesez chaque jour douze onces de nourriture solide ; mesurez quatorze onces de vin ; faites-en deux repas; cultivez les lettres ; exercez la bienfaisance ; occupez-vous dans une sage mesure; visitez vos espaliers; promenez-vous dans votre jardin, le long du ruisseau qui l'arrose ; préservez-vous du froid, du chaud et de l'humide. Surtout, gardez-vous bien de rien changer à ce régime : si vous ajoutiez seulement deux onces de nourriture solide à vos douze onces, vous seriez en danger de mort...... Quel est celui de nous qui, le pouvant, consentirait à se soumettre à une pareille servitude?

Que la sobriété puisse concourir à prolonger la vie, personne n'en doute ; mais, sans diminuer en rien les chances de longévité, on peut ne pas la pousser aussi loin. Le régime suivi par Cornaro, et qui lui a si bien réussi, tuerait infailliblement la plupart de ceux qui se l'appliqueraient. Les exigences de l'estomac, celles du corps pour le sommeil, la résistance au travail manuel varient suivant les personnes.

Chez Cornaro, avec une organisation délicate, existait une puissance de vie considérable, et s'il eût vécu d'une manière moins austère, il est vraisemblable qu'il aurait atteint un grand âge.

Parmi les macrobites, il en est bon nombre qui ont été des débauchés et des ivrognes ; on dit d'eux qu'ils ont l'âme chevillée

neux. Que si, comme on peut le présumer, la présence de fibres nerveuses est nécessaire à son développement, rien ne commande de les chercher dans les gaînes plutôt que dans les tendons eux-mêmes; et il serait plus naturel d'attendre des progrès de l'anatomie micrographique la révélation de filets nerveux dans la totalité du système tendineux. En attendant, il faut revenir en arrière! Jusqu'à quelle date? Nous voudrions de grand cœur que ce ne fût seulement que jusqu'à la date des expériences de M. Flourens. Mais nous ne pouvons oublier Bichat qui, dès les premières années de ce siècle, mettait en lumière, sur des chiens, la sensibilité excessive des tendons soumis à la distension ou à la torsion. Nous ne pouvons surtout effacer de l'histoire ce remarquable passage de Prochaska, écrit il y a près de quatre-vingts ans, et qui semble être le commentaire latin du texte de M. Flourens :

« Quid quod; partes, quarum sensus in statu naturali tum exiguus est, ut potius nullus esse videatur, per morbos suis in nervis quamvis paucissimis tantum vis nerveæ augmentum concipiunt, ut molestissime doleant; tales sunt tendines, ligamenta, et ipsa ossa, quæ in statu naturali fere non sentiunt, in morbis vero tam sensilia evadere possunt, ut attactum citra dolorem non ferant. Sic in observatione Cl. Martini tendo denudatus nihil fere sensit, ab applicito unguento denigrabatur et simul tam sensilis evasit, ut attactum non ferret, ejusque fibra nigra et marcida citra magnum dolorem a sanis avelli non posset............ Cl. Plenk quoque asserit tendinem per medium dissectum primo non causare mala symptomata, sed ubi post aliquot dies inflammatur, tunc dolere eum. Eadem quoque confirmavit Cl. Adolph. Murray dicens : Quod si ligamenta sana pungantur, scindantur, vel amburantur, nihil ea sentire; si vero prius a decubitu puris aut alterius humoris acris, fungove structura ligamentorum patiatur, tunc incisiones eorum evadere non solum doloriticas, verum sæpius tantos eas insequi dolores, ut convulsiones inde oriantur. » (G. Prochaska, adnotationum acad. fasciculus III; Pragæ, 1784; p. 53 et suiv. (1).)

A. Dechambre.

M. Langenbeck, dans son récent voyage, nous a fait l'honneur de nous remettre une brochure étendue, où l'uranoplastie est traitée *ex professo*. Une première lecture nous a vivement intéressé, car nous nous sommes, pour notre part, occupé particulièrement de ce sujet. M. Langenbeck a fait allusion à une opération que nous avons pratiquée par le procédé de Krimer, et qui a fini par échouer, alors que durant un mois environ nous avions cru à un beau succès.

L'observation n'a pas été publiée en son entier, quoiqu'elle mérite de l'être à plusieurs égards. Nous nous proposons de la faire connaître dans tous ses détails, et ce sera pour nous un motif de revenir sur l'importante monographie de notre savant confrère de Berlin.

Si l'occasion se présentait, nous discuterions de même les propositions relatives à la résection du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire. La troisième conclusion qui rejette absolument la résection totale n'est pas admissible, suivant nous; et quant aux résections partielles avec occlusion immédiate de la voie préliminaire, nous leur ferons toujours un reproche, c'est de supposer résolue, par l'extirpation immédiate, la cure radicale de la tumeur, ce qui est bien loin d'être la règle pour les polypes fibreux naso-pharyngiens.

L'avantage considérable des opérations préliminaires, qui laissent ouverte une voie temporaire, réside précisément dans la possibilité où l'on est de surveiller la récidive et de l'attaquer dès le début.

Pour le moment, nous nous bornons à faire connaître deux opérations ingénieuses exécutées par le professeur de Berlin, et dont nous trouvons la relation dans la Deutsche Klinik (n°s 24 et 29). A. V.

La première en date (11 mai) est un procédé nouveau pour combler le déficit médian du palais dans la division congénitale de cette voûte. Aucune des méthodes employées précédemment n'avait donné à M. Langenbeck des résultats satisfaisants. Dans deux cas où il avait eu recours à la réunion sur la ligne médiane de deux lambeaux formés aux dé-

(1) « Bien plus, des parties dont la sensibilité à l'état naturel est si faible qu'elle paraît plutôt ne pas exister, acquièrent dans leurs nerfs, quelque rares qu'ils soient, sous l'influence de maladies, une telle augmentation de force nerveuse, qu'elles deviennent très douloureuses. Tels sont les tendons, les ligaments et les os eux-mêmes, qui, à l'état normal, ne sont presque pas sensibles, mais qui peuvent le devenir tellement dans la maladie, qu'ils ne peuvent supporter le contact sans douleur. Ainsi, dans une observation de Martini, un tendon dénudé ne sentait presque pas. *Sous l'action d'un onguent*, il noircit et devint en même temps tellement sensible qu'il ne pouvait plus supporter le contact, et ses fibres noires et flétries ne pouvaient être détachées des fibres saines sans une grande douleur... Plenk assure aussi qu'un tendon mis à nu par le milieu n'a causé d'abord aucun mauvais symptôme, mais qu'il devint douloureux quand il s'enflamma au bout de quelques jours. Cela est confirmé encore par ce que dit Ad. Murray : « Des ligaments sains piqués, coupés ou brûlés, ne sont pas sensibles; mais, si leur structure souffre du séjour du pus ou d'une autre humeur âcre, ou de la présence de fongosités, alors l'incision de ces ligaments non-seulement produit de la douleur, mais cette douleur est telle qu'elle peut donner lieu à des convulsions. »

dans le corps. A quoi attribuer cette longue vie, sinon à cette force particulière que, faute de mieux, nous qualifions de puissance vitale? Annibal Camoux meurt à Marseille à l'âge de 121 ans, après avoir été manœuvre et servi sur les vaisseaux de l'État. Il buvait beaucoup de vin, et se nourrissait d'aliments très grossiers. Denis Guignard, qui habitait une caverne creusée dans le tuf, et qui se nourrissait très mal, a vécu 124 ans. Polotiman, chirurgien à Vaudemont (Lorraine), depuis qu'il avait atteint la vieillesse, ne passait pas un jour sans s'enivrer, et il est mort à 140 ans. Aucun centenaire, Cornaro excepté, ne s'est préoccupé de régler son régime. Tous ont vécu comme ils ont pu et au jour le jour, quelques-uns d'aumônes, témoin François Consir de Bury-Horp, en Angleterre, qui atteignit 150 ans, et Jean d'Outegro de Galice, qui ne vécut pas moins de 146 ans dans une extrême pauvreté. A Dieu ne plaise que l'on puisse croire que je n'apprécie pas l'influence de la modération et de la sagesse sur la durée de la vie, j'ai voulu seulement montrer que ces existences si longtemps prolongées l'ont été par des causes indépendantes de l'hygiène et du régime.

II. — Il s'opère dans l'organisme des modifications qui résultent de la vie même, et auxquelles il est impossible de s'opposer. Les os reçoivent plus de molécules inorganiques qu'ils n'en expulsent; ce dépôt les rend plus fragiles et ajoute à leur densité; pareille chose advient aux cartilages, qui peu à peu s'ossifient; la paroi des artères s'épaissit; la souplesse des membranes diminue : telle est, par exemple, celle du tympan, qui détermine la surdité; l'œil se déforme, les rayons lumineux qui traversent le cristallin n'arrivent à la rétine qu'après avoir perdu une partie de leur éclat; les dents sont chassées de leurs alvéoles; les articulations n'étant plus lubréfiées par la synovie se refusent au mouvement; le système adénique s'atrophie ou s'hypertrophie; les sécrétions tarissent, etc., etc. Il résulte de ces déchéances une sorte de langueur ou de fatigue organique qui prélude à l'éternel repos.

Ces changements sont inévitables; nul ne peut s'y soustraire. Nous nous lapidifions; la mort, dans la grande vieillesse, est le résultat d'une sorte d'encroûtement, les solides prédominent sur les liquides, ils entravent le jeu des organes, et l'on meurt.

pens de la muqueuse palatine, décollés et mobilisés par des incisions latérales, ces lambeaux s'étaient gangrenés, et il avait renoncé à toute nouvelle tentative de ce genre.

Depuis deux ans, M. Langenbeck a pu s'assurer qu'en décollant avec la muqueuse palatine le périoste qui la double, on n'a à craindre ni la gangrène des lambeaux, ni la nécrose de l'os. C'était un des premiers résultats de ses tentatives d'opérations ostéoplastiques, et c'est sur ce fait qu'est fondée sa nouvelle méthode d'uranoplastie. La première application en a été faite chez un jeune garçon âgé de quatorze ans, et affecté en naissant de bec-de-lièvre gauche, avec division complète du voile du palais, du rebord alvéolaire et du palais. Voici les principaux détails de cette observation :

L'opération du bec-de-lièvre, tentée une première fois peu de jours après la naissance, avait échoué, et la réunion n'avait été obtenue que deux ans plus tard.

Le 6 février 1861, M. Langenbeck fit la staphylorrhaphie, qui réussit du premier coup. L'uranoplastie fut faite trois mois plus tard, de la manière suivante :

« A l'aide d'un fort bistouri on incisa la muqueuse et le périoste du palais sur les deux côtés de la fente, et l'on détacha ensuite les deux lambeaux de l'os sous-jacent en se servant de petits leviers mousses. Ces deux lambeaux se continuaient en avant avec la membrane gingivale et en arrière avec le voile du palais, qui avait été détaché du bord postérieur de la voute palatine. Les bords internes de ces lambeaux furent réunis sur la ligne médiane, et l'occlusion de la perte de substance jusqu'aux dents incisives fut obtenue.

» Le décollement de la muqueuse doublée du périoste est assez pénible; il est cependant possible de l'obtenir sans déchirures. L'opération fut interrompue plusieurs fois par des hémorrhagies abondantes, mais elle ne dura pas plus d'une demi-heure.

» Les sutures furent retirées du huitième au quatorzième jour. La réunion s'était faite par première intention dans toute la longueur du palais.

» Le palais artificiel ainsi obtenu ne diffère d'un palais naturel que par la cicatrice, qui le sillonne d'avant en arrière. L'extrémité libre de la luette présente en outre une légère encoche. »

En présentant son opéré à la Société de médecine de Berlin (25 mai), M. Langenbeck annonçait qu'il venait de répéter la même opération sur une jeune fille âgée de vingt-quatre ans, chez laquelle l'écartement des deux moitiés du palais était d'un pouce. Dans ce cas, la staphylorrhaphie et l'uranoplastie furent exécutées dans une même séance, et l'occlusion complète fut obtenue immédiatement.

L'autre opération, nouvellement imaginée par M. Langenbeck, est une nouvelle conquête dans le domaine de l'ostéoplastie; c'est un nouveau procédé de *résection ostéoplastique du maxillaire supérieur*. M. Langenbeck l'a mis à exécution pour la première fois le 1er juillet 1861, chez un jeune garçon âgé de quinze ans, qui portait une tumeur fibreuse implantée dans la fosse ptérygo-palatine, et ayant envoyé des prolongements multiples dans la fosse nasale et dans le pharynx (par le trou sphéno-palatin), ainsi que dans la fosse sphéno-maxillaire. Voici en quoi consista l'opération, et quels en furent les résultats :

« Le malade ayant été chloroformé, une première incision cutanée, partant de l'aile du nez, alla, en décrivant une courbe convexe inférieurement, longer le bord inférieur de l'os malaire, et se terminer au milieu de l'apophyse zygomatique du temporal. Une seconde incision commença à l'apophyse nasale de l'os frontal, longea le bord inférieur de l'orbite en croisant l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, et se termina au même point que la première incision, avec laquelle elle formait un angle obtus.

» La peau fut laissée en contact avec les parties profondes. Coupant du dehors en dedans, je divisai les parties molles au niveau de la première incision jusque sur l'os, et je détachai les insertions malaires du masséter. Je coupai ensuite l'aponévrose du buccinateur, qui faisait fortement saillie au dehors, et je découvris une tumeur blanchâtre, bosselée, qui gagnait la fosse ptérygo-palatine en passant entre l'apophyse coronoïde et la face externe du maxillaire supérieur, laquelle était notablement déprimée.

» Les deux mâchoires ayant été écartées par le moyen d'un spéculum, il me fut facile d'introduire le doigt indicateur dans la fosse sphéno-palatine, et de passer entre la tumeur et le maxillaire, ce temps de l'opération fut exécuté d'autant plus aisément que la pression exercée par la tumeur avait considérablement élargi les fosses ptérygo-palatine et sphéno-maxillaire. Le trou sphéno-palatin était également dilaté et permit à l'extrémité de l'index de pénétrer jusque dans la fosse nasale. L'index fut ensuite remplacé par un petit élévateur et enfin par une scie droite et fine, à l'aide de laquelle je coupai le maxillaire de la profondeur à la surface, rejoignant en avant la première incision, en même temps que l'index de la main gauche, introduit par la bouche, recevait l'extrémité de la scie et l'empêchait de rencontrer la cloison des fosses nasales.

» Les parties molles correspondant à la deuxième incision furent coupées à leur tour jusque dans l'orbite et jusqu'à l'angle formé par la réunion des apophyses frontale et temporale de l'os malaire. Je fis alors un deuxième trait de scie dirigé de bas en haut, pénétrant dans la fente sphéno-maxillaire à travers l'apophyse zygomatique du temporal, et divisant ensuite transversalement l'apophyse orbitaire du maxillaire jusqu'à l'os unguis.

» La partie du maxillaire comprise entre les deux traits de scie

---

Le terme de la vie par causes naturelles n'est pas le même pour tous. La fixation des molécules inorganiques, qui frappe d'impuissance les organes, a lieu plus ou moins vite et d'une manière plus ou moins complète; il en résulte des vieillesses précoces ou des vieillesses tardives, et très exceptionnellement des macrobities.

Ce qui semble prouver victorieusement que c'est bien à cette sorte d'encroûtement que l'on doit attribuer la mort naturelle, c'est que les animaux aquatiques, par exemple les poissons, vivent bien plus longtemps que la plupart des autres vertébrés. La matière cartilagineuse des os de la grande raie est de 78 pour 100, et celle des os du bœuf seulement de 33. Le phosphate de chaux fait plus de la moitié du poids total de l'os de l'homme, tandis qu'il ne fait pas la septième partie de l'os de l'esturgeon. Les parties liquides sont donc relativement beaucoup plus considérables chez les poissons que chez les mammifères, de sorte que l'encroûtement est bien moins rapide; destinés à vivre longtemps, et pullulant d'une façon extraordinaire, ils rempliraient à eux seuls la vaste étendue des eaux, à l'exclusion de tous les autres animaux, si la nature, pour en réduire le nombre, ne les eût donné en pâture les uns aux autres.

L'homme peut-il retarder la mort naturelle et s'opposer aux causes qui la provoquent? Sans doute, dans une certaine mesure; car l'espèce d'encroûtement dont nous avons parlé n'est pas la seule cause de mort qui soit en lui. Les appareils fonctionnels sont fort compliqués, et chez un même individu ils ont bien rarement une puissance égale; lors donc qu'il est bien constaté que tel ou tel organe faiblit, il est possible de le ménager. C'est là surtout ce qu'a su faire Cornaro pour l'estomac, le viscère sur lequel il est le plus facile d'agir. Lorsque la faiblesse est générale, on doit fortifier le corps, et s'abstenir des actes qui sont pour lui une trop lourde charge. Mais en ce qui concerne le dépôt lent et successif des molécules solides dans nos organes, donné comme principale cause de mort, il est fatal. Que la vie soit dans toute sa plénitude ou qu'elle soit privée d'énergie, le résultat sera le même; avec une nutrition active, il y aura plus de molécules inorganiques expulsées, mais il s'en fixera davantage; avec une nutrition languis-

ne restait plus adhérente (par son apophyse nasale) qu'à l'os propre du nez et à l'apophyse nasale du frontal. C'était là le pédicule qui devait servir à la nutrition de la partie reséquée, et la peau y avait été conservée intacte. Le rebord alvéolaire et le palais étaient en rapport avec le reste du squelette. A l'aide d'un élévateur introduit sous l'os malaire, il fut facile de relever la partie reséquée qui se recouvrait, à la façon du couvercle d'une tabatière, dans ses articulations avec l'os propre du nez et le frontal, comme dans une charnière, et cela sans produire aucune nouvelle solution de continuité. Ce déplacement fut assez étendu pour que l'os malaire se trouvât à peu près en face de la ligne médiane du nez.

» Une large ouverture donna ainsi librement accès dans le pharynx et dans les fosses nasales, sphéno-maxillaire et ptérygo-palatine. »

On enleva, à l'aide d'une gouge, le pédicule de la tumeur, inséré dans la fosse ptérygo-palatine, et on put alors retirer facilement les divers prolongements des régions qu'ils avaient envahies

L'hémorrhagie qui accompagna l'opération fut abondante, mais elle finit par s'arrêter spontanément. On dut seulement lier l'artère sphéno-palatine au moment où elle s'engage dans le trou du même nom. Le fil de la ligature fut ramené par la narine.

Le maxillaire fut remis en place sans difficulté. Une légère compression suffit pour obvier à la tendance qu'il manifestait à se relever. Des sutures métalliques réunirent les incisions cutanées. Un pansement simple fut appliqué, et le tout recouvert d'une vessie remplie de glace.

L'opéré, qui avait déjà fait preuve d'une grande excitation nerveuse en revenant à lui, eut un peu de délire pendant les deux premières nuits qui suivirent l'opération ; mais ces accidents n'eurent aucune gravité, et, dès le 6 juillet, le malade était sans fièvre. Une partie de la plaie se réunit par première intention. Le reste suppura abondamment, et la suppuration s'écoula à la fois du côté de la joue et du pharynx.

« Le 14 juillet, la suppuration profonde avait cessé. Les incisions cutanées étaient complétement réunies ; il restait seulement quelques petits points de suppuration superficielle. L'aspect de la face était presque normal du côté opéré. Le maxillaire supérieur avait sa conformation naturelle. Le gonflement des parties molles avait complétement cessé. La conjonctive seule était encore un peu tuméfiée ; mais l'œil avait repris sa situation normale. Une paralysie incomplète de l'orbiculaire palpébral ne permettait pas aux paupières de se fermer complétement. La face présentait, en outre, quelques points analgésiques par suite de la section du nerf sous-orbitaire, et la moitié gauche du palais était également insensible à cause de la destruction du ganglion sphéno-palatin. »

Le 18 juillet, la cicatrisation était complétement achevée, et toute trace de mobilité de la partie reséquée de l'os avait disparu. A l'effet d'obtenir une consolidation complète, on condamna cependant la mâchoire à un repos plus prolongé.

La même opération a été répétée par M. Langenbeck le 12 juillet, pour enlever un polype naso-pharyngien à insertion extrêmement étendue. L'ablation se fit sans difficulté. Sur la foi de ces deux faits, M. Langenbeck formule les conclusions suivantes :

« 1° La résection du maxillaire supérieur avec conservation du palais et du rebord alvéolaire suffit pour rendre largement accessibles les tumeurs développées dans la région naso-pharyngée ou dans le voisinage.

» 2° L'ablation totale du maxillaire, comme opération préliminaire à l'extirpation de ces tumeurs, n'est, par conséquent, plus justifiable à l'avenir.

» 3° Le maxillaire supérieur peut être scié horizontalement en travers à l'aide d'une scie introduite dans le trou sphéno-palatin.

» 4° Le maxillaire reséqué de cette manière, avec conservation des parties molles qui le recouvrent, peut être remis en place, et se souder intégralement avec les parties voisines. »

L'opération de M. Langenbeck n'est pas sans analogie, comme on le voit, avec celle que M. Huguier a fait connaître récemment à l'Académie de médecine (séance du 20 mai).

F.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie interne.

ÉTUDE NOUVELLE SUR LA PHLEGMASIA ALBA DOLENS (1), par le docteur W. TILBURY FOX, chirurgien de l'Hôpital général d'accouchements, etc. — ANALYSE ET TRADUCTION, par le docteur PIHAN DUFEILLAY, ancien interne des hôpitaux, membre des Sociétés d'anthropologie, anatomique et médicale d'observation.

Nous n'avons point eu en traduisant ce travail l'intention d'adopter aveuglément ni de soutenir toutes les opinions émises par notre auteur ; cependant, au milieu des discussions qui se sont élevées sur le rôle des veines et des lymphatiques dans le développement de la *phlegmasia*, et en présence des hésitations qui règnent encore sur la nature vraie des obstructions vasculaires, nous avons cru intéressant de porter à la connaissance des méde-

(1) Mémoire lu à la Société d'obstétrique de Londres dans les séances du 6 juin et du 3 octobre 1860 (*Transactions of the Royal Obstetrical Society*, 1861, t. II, p. 200 et suivantes).

---

sante, la quantité de molécules inorganiques fixées sera moindre, mais il en faudra moins aussi pour faire arriver au terme fatal, faute par le sujet de pouvoir réagir.

Quoique l'individu se rattache à une espèce, il est cependant doué physiquement de qualités qui lui sont propres. Il est plus faible ou plus fort que ses géniteurs, plus grand ou plus petit ; sa croissance s'est opérée plus ou moins vite ; il s'appartient, il est lui : aussi peut-il vivre plus ou moins longtemps que ses pères, dont il est indépendant aussitôt qu'il peut suffire à ses besoins.

La résistance aux causes de mort qui sont en nous doit donc différer pour chaque individualité. Tel meurt de vieillesse à 50 ans, tandis que tel autre est encore dans une maturité florissante à 60. Ces résistances si diverses rendent bien difficile le partage de la vie humaine en époques ou phases distinctes.

M. Flourens a des âges et des sous-âges ; il en compte huit : deux enfances, deux jeunesses, deux âges virils, deux vieillesses. Il étend l'enfance jusqu'à 20 ans, la jeunesse jusqu'à 40, l'âge viril jusqu'à 70 ; la première vieillesse va jusqu'à 85, et la dernière compléterait la centaine.

Les grandes époques de la vie humaine sont moins nombreuses que ne le prétendent les physiologistes ; rigoureusement parlant, il n'y en a que deux pour l'homme : la deuxième dentition et la puberté ; que trois pour la femme : la deuxième dentition, la puberté et la cessation de la menstruation. La deuxième dentition s'opère assez régulièrement de 7 à 8 ans ; la puberté se manifeste de 16 à 18 ans pour l'homme, et de 14 à 16 pour la femme ; la cessation des règles, époque parfaitement indiquée, peut être fixée entre 46 et 50 ans. Quant à l'accroissement en hauteur, il varie beaucoup, et l'homme en atteint le terme moins vite que la femme, d'où il s'ensuivrait que celle-ci devrait vivre moins longtemps.

Mais insistons sur cette vérité : tout est individuel, et dans une même famille chacune des époques indiquées est différente pour chacun des membres qui la composent, de sorte que l'on ne peut rien conclure de ces données.

On a dit que la durée de la vie était subordonnée au temps que

cins français des idées qui, pour n'être pas absolument nouvelles, n'en sont pas moins encore peu répandues en France. Les travaux si nombreux que l'Allemagne a fournis pendant ces dernières années concernant les maladies du système vasculaire sont encore moins connus chez nous que chez nos voisins d'Angleterre qui ont eu le talent d'en élaguer les points les plus douteux pour ne profiter que des découvertes avérées. Plus précis dans leur description, plus clairs dans leur exposition, ils ont su tirer des vagues théories qu'ils ont empruntées à l'Allemagne des applications pratiques utiles et en déduire quelques vues ingénieuses sur certains sujets encore fort discutés. Aussi, tout en leur refusant le droit de priorité, doit-on du moins leur reconnaître parfois le mérite d'une heureuse interprétation, et c'est à ce titre que nous allons transcrire les principaux passages d'un important mémoire sur la *phlegmasia alba dolens*, lu à la Société d'obstétrique de Londres, mémoire que le défaut d'espace ne nous permet point de traduire et d'exposer en entier.

L'opinion générale des médecins fait consister aujourd'hui la *phlegmasia alba dolens* dans les conséquences d'une obstruction vasculaire qui s'oppose à la libre circulation du sang et de la lymphe ; obstruction qui, suivant les théories les plus habituelles, porterait sur les vaisseaux veineux ou sur les vaisseaux lymphatiques, parfois même sur ces deux ordres de canaux à la fois. Pour les uns, ce ne serait qu'une altération purement locale, de nature inflammatoire, résultant soit de la propagation de l'inflammation des parties voisines au vaisseau qui les traverse, soit de l'absorption directe par ce vaisseau de matières morbides septiques ou vénéneuses. Pour d'autres pathologistes, au contraire, la phlébite obturatrice ne serait qu'un symptôme secondaire et une conséquence d'une altération générale et spéciale du sang. A cette opinion se rattache l'idée tout récemment émise par le docteur Humphrey, qui attribue les oblitérations vasculaires à « un excès anormal de coagulabilité de la fibrine du sang et à la perte de sa solubilité naturelle. »

Toutes ces interprétations fort incomplètes n'expliquent qu'une partie des phénomènes ; toutefois, avant de discuter ce sujet, il faut définir avec une scrupuleuse exactitude le sens qu'on doit attacher à ces trois mots : *phlegmasia alba dolens*. Écartons d'emblée toutes les affections que l'œdème seul caractérise, et réservons le nom de *phlegmasia alba dolens* à une maladie qui survient pendant l'état puerpéral ou hors de cet état, et dans laquelle les parties affectées, au lieu d'être œdématiées, ne sont que tuméfiées, rénitentes et élastiques, blanches, tendues et brillantes.

Ceci posé, quelles sont les causes de la *phlegmasia alba dolens?*

CAUSES DE LA PHLEGMASIA ALBA DOLENS.

1° *Locale.* — La *phlegmasia alba dolens* forme à elle seule toute la maladie.

1° Pendant la grossesse (Puzos, Meigs).
2° Après le travail, surtout à la suite des délivrances artificielles (Chatto, Lee, Churchill).
3° Après l'avortement, surtout quand une partie de l'œuf est restée dans l'uterus (Dewers, Denman, Burns, White, M'Clintock, Churchill).
4° Après l'ablation de polypes utérins (Lawrence, Lee, Ramsbotham).
5° Après l'ablation de tumeurs fibreuses utérines (Brown, Simpson, Hutchinson, Amussat).
6° Après la lithotomie (Simpson).

2° La *phlegmasia alba dolens* n'est qu'un *symptôme* ou une *conséquence* d'une *autre maladie grave*.

*A.* Maladies virulentes.
- 1° Fièvre puerpérale (nombreux auteurs).
- 2° Fièvres
  - continues (Tweedie, Graves, Stokes).
  - typhoïde (Risdon, Bennett, Graves).
  - typhus (Mackenzie).
- 3° Dysenterie (Mayne).
- 4° Érysipèles (Tylesmith et autres).
- 5° Piqûres d'insectes ou de serpents.
- 6° Abcès iliaques (pyémie) (Copeland, Young).
- 7° Blessures suivies d'érysipèles (Dewers).

*B.* Altérations des fonctions générales de la nutrition.
- 1° Phthisies (Forbes, Holberton, Lee, Thompson, Cursham).
- 2° Cancers
  - prostate et vessie (Ramsbotham).
  - utérus (Lee, Rigby, Lawrence, Copland, Willan, Blundell).
  - estomac (Blachez).
  - sein (Mac-Farlane, Lee, Winn).
  - de l'os iliaque (cas cité dans le mémoire).
  - médiastin (Rigby et autres).
- 3° Excès de coagulabilité de la fibrine du sang (Humphrey).

3° La *phlegmasia alba dolens* n'est qu'une *complication* d'une autre maladie locale.

Abcès iliaques (Bell, Young, Copland).
Suppression de la menstruation (Tommasini, Lee, M'Clintock).
Hémorrhoïdes (Halford).
Maladies du foie (Monneret, Leudet).
Luxation de l'épaule (sir Astley Cooper).

...... En résumé, l'analyse et la comparaison des faits connus ramènent l'étiologie de la *phlegmasia* à une seule cause, l'obstacle au retour du *sang* et de *la lymphe* qui reviennent des parties lésées, et cet obstacle siége soit en dehors, soit dans l'intérieur du calibre des vaisseaux.

Il nous est inutile d'énumérer les causes extérieures ; elles se résument dans la compression qu'exercent sur *les vaisseaux toutes* les variétés de tumeurs, etc.....

Quant aux causes internes, elles agissent toutes en produisant la *coagulation* du sang, et se divisent comme suit :

CAUSES INTERNES.

| | | |
|---|---|---|
| 1° Phlébite. | *a.* D'origine septique ou virulente. | La coagulation du sang est alors secondaire et postérieure à la phlébite. |
| | *b.* Non septique, thrombose vraie. Les symptômes généraux dépendent de l'action d'un virus sur toute l'économie. | Si, dans ce cas, il ne survient pas d'emblée une phlébite septique, la phlébite survient plus tard, mais elle n'est plus qu'une simple conséquence de la coagulation antérieure du sang. |

2° Introduction rapide, et en grande quantité, dans le torrent circulatoire, d'une matière morbifique, quelle qu'elle soit. Dans ce cas, il n'y a point de phlébite, mais simple thrombose.

3° Idiopathique (?). L'excès de coagulabilité de la fibrine du sang peut bien être une

---

les animaux mettent à s'accroître en hauteur, et qu'en général ils vivaient cinq fois plus. Or, dans ce système, l'homme ne terminant sa croissance qu'à vingt ans, devrait vivre un siècle. Pour adopter ces idées, il faudrait les appuyer sur des faits, et ils manquent encore. Ce que nous savons à cet égard des vertébrés ne suffit pas pour infirmer ou confirmer cette loi. Le terme de la vie des animaux domestiques nous est seul connu, et ils sont placés dans des conditions exceptionnelles. Si les mammifères vivent, en effet, quatre à cinq fois le temps qu'ils mettent à s'accroître, il est bien prouvé que les oiseaux excèdent de beaucoup cette durée. Certains d'entre eux, prisonniers dans nos volières, ne grandissent plus à la fin de leur première année, et vivent cependant quinze fois plus. Sans croire à la longévité extrême des perroquets, il a été parfaitement prouvé qu'il en est dont la vie s'est prolongée jusqu'à plus d'un demi-siècle, c'est-à-dire plus de vingt à trente fois la durée de leur accroissement. On ne sait rien, sous ce rapport, des reptiles. Quant aux poissons, ils semblent s'allonger et grossir pendant un temps en quelque sorte indéfini ; quand pour eux arrive la mort, on peut croire qu'ils s'accroissent encore. C'est ce qui a dû arriver au fameux brochet de Kaiserslautern, dont le poids dépassait 300 livres, et la longueur 19 pieds ; il avait été pêché en 1497, et portait un anneau daté de 1262, ce qui lui donnait 235 ans d'âge ; pendant combien d'années n'a-t-il pas dû grandir et grossir?

Croître doit-il seulement s'entendre de la taille, et ne s'accroît-on plus quand le corps grossit? Le chien, qui grossit jusqu'à trois ans, ne grandit plus passé dix-huit mois ; cette remarque est commune à presque tous les mammifères. Comment alors pouvoir dire que telle ou telle espèce d'animal vit six ou sept fois le temps de l'accroissement, telle autre seulement quatre ou cinq? Pour fixer ce terme faut-il, comme le veut M. Flourens, attendre la soudure des épiphyses à l'os auquel elles appartiennent? Cette donnée, qui a sa valeur, n'est pas exempte de vague. On peut cesser de croître avant cette époque, et croître encore après.

La durée de la vie n'est pas en rapport avec la taille, et il est permis de s'en étonner : le cheval, le cerf, le dromadaire vivent

cause de coagulation veineuse et d'œdème, mais elle n'entraîne pas la *phlegmasia dolens*.

4° Apparition simultanée d'une phlébite et de thrombus, ou plutôt action locale des thrombus et action générale du virus. (Voir 1° *b* ci-dessus.)

Et d'abord quels sont les vaisseaux dont l'altération concourt à la production de la maladie ? Il est de toute évidence que ce sont à la fois les veines et les lymphatiques, et cependant cette opinion est encore loin d'être admise par tous les pathologistes ; Mackenzie, Simpson limitent la lésion aux veines...... Cependant Mackenzie se met en contradiction avec lui-même, car il a péremptoirement démontré l'impuissance de l'oblitération de la veine fémorale à produire *per se* la *phlegmasia*, et Mack-Farlane a donné semblable démonstration pour l'axillaire.

Du reste, dans la simple oblitération de la veine fémorale, le sang revient à la veine cave par les anastomoses veineuses du périnée et du bassin, condition anatomique tout autre que celle qui caractérise la *phlegmasia*. Dans celle-ci, l'oblitération débute dans les veines pelviennes, remonte dans l'iliaque primitive, et interrompt ainsi la circulation, aussi bien dans le réseau des collatérales que dans les troncs principaux. Aussi le cas cité par Mackenzie n'est-il qu'un exemple fort incomplet des lésions qui constituent la *tuméfaction blanche de la jambe* (*white leg*). On a bien, il est vrai, dans cette maladie, trouvé parfois libres les veines du bassin, mais l'iliaque primitive était alors oblitérée, et cette obstruction suffisait amplement pour entraver toute la circulation du membre inférieur.

Il est toutefois une autre altération dont l'existence est une condition essentielle de la production de la *phlegmasia ;* il est, en effet, de notion vulgaire aujourd'hui que la simple obstruction veineuse ne produit que l'*œdème*, sans jamais engendrer la *phlegmasia ;* la preuve en est dans l'examen des effets produits par la compression que fait subir aux veines l'utérus gravide ou toute autre tumeur, ainsi que dans l'étude des faits nombreux empruntés aux sources les plus diverses et garantis par l'autorité des noms de Rayer, Andral, Bouillaud, Virchow, Humphrey, etc. Dans les cas de ce genre, la plupart des pathologistes, et notamment M. Bouchut, ont tout particulièrement noté l'intégrité parfaite des lymphatiques.

C'est précisément à cette classe de vaisseaux qu'est dévolu le principal rôle dans le développement de la *phlegmasia*, et cette opinion se base sur les preuves suivantes :

1° Les observateurs Capuron, Petit, Gardien, Ferriers, White, Hamilton, Cruveilhier ont noté la fréquence de l'inflammation des lymphatiques dans la *phlegmasia ;* d'autre part nombre d'écrivains, et Bouchut entre autres, se sont assurés de leur intégrité dans l'œdème simple par obstruction veineuse....... Bouillaud, Rigby, Ramsbotham ont insisté sur ce point.....

2° Dans les cas graves, l'inflammation des lymphatiques se révèle par des traînées rouges, saillantes, dures et douloureuses. Il n'est personne qui confonde la tuméfaction de ces angioleucites avec celle de l'œdème......

3° La *phlegmasia* se montre surtout dans les maladies où le système lymphatique est irrité, à la suite de travaux pénibles, chez des sujets atteints de cancer, de tubercules suppurés, de dysenterie ulcéreuse, etc.

4° A la suite des obstructions des veines innominées, la tuméfaction perd les caractères propres de l'œdème, et prend ceux de la *phlegmasia* par suite de la propagation de l'oblitération à l'embouchure des canaux lymphatiques.

5° L'histoire de la leucémie confirme cette opinion ; avec l'extrême pâleur, la tension, le gonflement et la rénitence de la peau coïncide l'engorgement des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

6° Les fonctions du réseau lymphatique et ses rapports avec le tissu cellulaire. Zimmermann, puis plus tard Virchow et Simon nous ont appris que les lymphatiques sont les conducteurs de la fibrine qu'ils puisent dans le tissu cellulaire pour la déverser dans le sang. On comprend dès lors l'influence qu'exerce l'obstruction de ces canaux en laissant s'accumuler la fibrine dans les tissus où elle se forme, et notamment dans les tissus conjonctifs si riches en vaisseaux de cette espèce. . . . . . . . . . . . .

D'après l'expérience clinique, ce serait à l'obstruction des veines qu'il faudrait attribuer le gonflement et de celle des lymphatiques que dépendraient la tension, la couleur et l'élasticité des parties affectées de *phlegmasia*. Cette affection serait donc le résultat de la lésion simultanée de ces deux ordres de vaisseaux ; les lymphatiques, en cessant d'entraîner la lymphe, la laissent s'accumuler dans le tissu cellulaire ; celui-ci se gonfle, se tuméfie par la coagulation de ce liquide dans ses aréoles, bientôt même il s'hypertrophie par suite de la continuité d'accès du sang dans son réseau capillaire, de la formation incessante de nouveaux éléments et de l'accumulation dans ses mailles de produits dont les vaisseaux lymphatiques sont devenus désormais inaptes à le débarrasser.

La première question que nous ayons à traiter est donc celle qui concerne la lésion des lymphatiques, et c'est leur mode d'obstruction qu'il nous faut tout d'abord étudier.

II. La cause de l'oblitération peut siéger en dehors des vaisseaux ; dans ce cas, il n'est nul besoin d'un coagulum pour obturer leur calibre. Toutefois, dans les quelques exemples où la *phlegmasia* a résulté d'une compression extérieure portant à la fois sur les veines et les lymphatiques, on a remarqué que ces derniers vaisseaux avaient toujours été comprimés sur un point très élevé de leurs parcours. L'explication en est naturelle, car la compression des principaux troncs lymphatiques peut seule empêcher la circulation de se rétablir par les anastomoses et les ramuscules collatéraux.

.... Ici notre auteur cite plusieurs faits à l'appui de son opinion, empruntés à sa pratique ou à celles d'autres médecins, entre autres Copland, Bell, A. Cooper, Puzos, Meigs, etc., dans lesquels la *phlegmasia* fut la conséquence de la compression lymphatique et

---

bien moins longtemps que l'homme ; une foule d'oiseaux plus que le chien et le chat ; la carpe plus que le bœuf et l'âne.

La durée de la gestation n'est pas non plus en rapport avec la taille et la durée de la vie. Elle est de onze mois pour le cheval, de neuf mois et demi pour le bœuf, de trois mois et demi pour le loup, de neuf semaines seulement pour le chien, etc.

Ce n'est donc ni la durée de l'accroissement, ni celle de la gestation, ni la grandeur de la taille, qui donnent la mesure de la durée de la vie.

Les hommes qui naissent le même jour meurent à des jours différents : les uns jeunes, les autres vieux. Quitter la terre de bonne heure est la règle, vivre longtemps l'exception. Pour que l'homme atteignît une longévité d'un siècle, il faudrait que les choses changeassent du tout au tout ; en effet, en France, sur 36 millions d'habitants, on ne compte que 150 vieillards de 98 à 99 ans, c'est-à-dire 1 sur 240,000. Si l'espèce humaine avait été constituée physiquement pour vivre un siècle, cette possibilité nous serait révélée par un chiffre plus élevé. Ce calcul statistique appliqué aux autres pays de l'Europe ne donnerait pas des résultats plus avantageux, même au nord, quoique l'on ait prétendu le contraire. S'il était possible de savoir quelle est la durée de la vie de l'homme chez les nations *incivilisées*, on verrait combien, sous ce rapport, nous l'emportons sur elles. La vie moyenne, qui est parmi nous de 32 à 33 ans, n'atteindrait peut-être pas 25 ans dans l'Afrique centrale, la Polynésie et l'Amérique méridionale.

Perdons l'espérance de voir augmenter beaucoup le nombre des centenaires.

Il est curieux de lire, chez Buffon, qu'avant le déluge *la terre étant moins solide, et ses productions moins consistantes*, l'homme, *plus ductile, plus souple, plus susceptible d'extension*, pouvait vivre plus longtemps que de nos jours. Le célèbre naturaliste recule la puberté jusqu'à 130 ans, et comme il le fait vivre sept fois davantage, il arrive au chiffre de 910 ans. Buffon n'a pas songé que si l'homme n'était pubère qu'à 130 ans, il devait s'accroître en taille pendant tout ce temps, et atteindre plus de 25 pieds de haut. Qu'est-ce d'ailleurs qu'une terre moins solide, des productions

veineuse causée par des masses cancéreuses, des abcès de la fosse iliaque, des grossesses simples, des têtes osseuses luxées, etc......

En second lieu, on trouve des cas, et ce sont les plus nombreux, où la *phlegmasia* résulte d'une obstruction vasculaire située dans la lumière même du vaisseau. La cause la plus habituelle de cette oblitération est l'inflammation; du reste, les causes de cet ordre agissent toutes d'une manière uniforme en produisant la coagulation du sang.

Les recherches de Virchow et les exemples nombreux cités par Copland, Young, Rigby, Casper, Fraser, Smeets, Jacquemier, Simpson, Humphry, Kiwish et tant d'autres démontrent jusqu'à l'évidence que les produits de l'inflammation peuvent manquer totalement lors de l'examen microscopique du vaisseau lésé, et pour notre compte, c'est un fait que nous croyons beaucoup plus fréquent qu'on ne le suppose généralement. Le coagulum fibrineux dans l'intérieur d'un canal veineux ou lymphatique, et la teinte rouge de la membrane vasculaire interne ne sont point en effet, tant s'en faut, des traces suffisantes pour révéler une inflammation. Mais, par contre, combien sont rares les vraies lésions inflammatoires? Dans combien d'autopsies a-t-on pu signaler le piqueté caractéristique, les arborisations vasculaires, l'injection fine des capillaires, le dépôt de lymphe entre les parois du vaisseau, l'existence de pus, de granulations et de corpuscules, enfin de véritables ulcérations, *seuls signes réels* de la phlébite?

Il nous semble bien démontré que la phlébite et l'angioleucite ne se développent que sous l'influence spécifique d'un venin ou d'une matière septique. Si donc nous exceptons les *phlegmasia* qui surviennent dans le cours des maladies spécifiques, les érysipèles, les fièvres puerpérales et quelques autres affections du même groupe, nous voyons que l'inflammation des vaisseaux n'est qu'un élément très restreint de l'étiologie de cette affection. Bien plus, tout virus absorbé, mêlé au sang et porté au contact de la paroi vasculaire, produit nécessairement un coagulum; mais, notons-le bien, il y a dans ces cas une double action qui s'exerce simultanément; le caillot se forme parce que le mélange d'une certaine quantité de matières étrangères avec le sang a produit mécaniquement sa coagulation; en même temps, ce virus, absorbé et transporté dans toute l'économie, produit dès lors une série de phénomènes graves, de symptômes généraux alarmants, parfaitement indépendants de la *phlegmasia* et de sa lésion locale. Il s'agit donc de deux affections parfaitement indépendantes, quoique simultanées, toutes différentes malgré l'identité de leur cause. Pour se ranger à cette opinion, il suffit d'examiner la lésion vasculaire et de la comparer aux symptômes généraux qui l'accompagnent. Comment, en effet, comprendre que l'oblitération d'un tronc veineux et d'un rameau lymphatique suffisante pour expliquer la tuméfaction du membre, puissent engendrer une série d'accidents hors de toute proportion avec l'altération locale? Fréquence des abcès multiples, suppurations prolongées, pyémies funestes, complications de péritonite, extrême rapidité et petitesse du pouls, douleurs musculaires notamment aux mollets, indices des premières collections purulentes, suppuration des veines et des lymphatiques, dernière lésion qui cependant manque souvent, en un mot une série de phénomènes dont la marche est rapide et la mort la terminaison habituelle?

Il y a loin de ces terribles accidents à ces *phlegmasia* bénignes que nous avons déjà indiquées et dans lesquelles la douleur et la tuméfaction sont les seuls symptômes perceptibles. Cependant on ne saurait les mettre en doute, malgré l'opinion de Humphrey, qui nie tout rapport entre la *phlegmasia* et la pyémie; Amussat, Rigby, Simpson, etc., en ont cité maint exemple. Toutefois il resterait encore un point à discuter : ce serait de savoir si l'action d'un virus, alors qu'il n'existe dans le sang qu'en minime quantité, suffit pour coaguler ce liquide par ses seules propriétés délétères et sans provoquer aucune espèce d'inflammation du vaisseau? Les observations à ce sujet sont encore peu nombreuses........ (Notre auteur cite alors un fait qui semble parfaitement concluant : un enfant de douze ans, d'excellente santé, fut piqué au pouce par un serpent (1); il en résulta une *phlegmasia* très bien caractérisée de tout le membre thoracique, sans aucun symptôme d'inflammation locale ni de phénomènes généraux; la guérison arriva au bout de quelques jours.).... Un tel fait, s'écrie le docteur Tilbury, peut-il s'interpréter autrement que par l'hypothèse de la formation soudaine de caillots dans le calibre des vaisseaux lymphatiques et veineux?....

Il est un troisième groupe de *phlegmasia* auxquelles il faut prêter une attention toute particulière; il n'y a que des prodromes mal définis; les abcès y sont rares, quoique le gonflement du membre y atteigne des dimensions égales et parfois même supérieures à celles qu'on rencontre dans les cas graves. A l'autopsie on trouve dans les vaisseaux des caillots à divers degrés de formation, sans qu'il existe aucune trace d'inflammation des parois. Quand la mort survient, elle n'est point la conséquence de la maladie, mais l'effet d'un accident qui consiste dans le détachement du caillot, la production d'une embolie, et l'oblitération par ce corps étranger de la circulation des parties dont l'intégrité est essentielle à la vie. C'est à cette forme de la maladie, à laquelle Virchow a consacré de nombreuses recherches, que se rapporte la théorie de l'excès de coagulabilité spontanée de la fibrine du sang. Cette opinion, que soutient le docteur Humphrey, est également défendue par le docteur Graily Hewit, qui a prétendu que l'état puerpéral favorise la coagulation spontanée, soit locale, soit générale du sang.

A cette théorie, il suffit d'opposer un fait, c'est que la *phlegmasia* survient souvent en dehors de l'état puerpéral, et précisément dans les affections et chez les sujets dont le sang, loin d'offrir un excès de coagulabilité ou de quantité de la fibrine, est.

(1) S'agit-il d'un serpent venimeux? Nous l'ignorons; le mot employé dans le texte est *adder*, qui signifie *couleuvre*, mot qui en France sert à désigner des espèces dénuées de crochets à venin.

---

moins consistantes, plus de ductilité, d'extensibilité chez l'homme? M. Flourens, grand admirateur de Buffon, n'aurait pas dû citer ce passage compromettant, passage qui n'a, du reste, aucun rapport essentiel avec le sujet qu'il traite. Il est un autre reproche que je crois devoir adresser au docte académicien, celui de blâmer Linné d'avoir classé la chauve-souris parmi les oiseaux, tandis que le naturaliste suédois, au contraire, donne à cet animal une place parmi les *feræ*, à la suite du hérisson; le *Systema naturæ*, publié en 1735, l'auteur ayant à peine vingt-huit ans, témoigne qu'il n'a pas commis cette lourde bévue.

Si nous refusons à l'homme ce siècle de vie ordinaire et ce demi-siècle de vie extraordinaire qui lui sont si généreusement accordés, nous admettons parfaitement que l'on puisse reculer les limites de la vie moyenne. De 33 ans, où elle n'est parvenue que depuis peu de temps, nous espérons qu'elle arrivera à 40 et peut-être à 45 ans. Quant au terme de la mort par vieillesse, nous pensons qu'il ne sera guère reculé, et nous avons dit quelles étaient les causes qui, suivant nous, s'opposaient à l'extrême longévité. Il y aura plus de vieillards, mais les centenaires, fussent-ils moins rares qu'à présent, feront toujours exception.

A. Fée.

Professeur à la Faculté de Strasbourg.

---

Sont nommés directeurs-médecins d'asiles d'aliénés : MM. Renaudin, à Dijon; Poret, à Auxerre; Lemenant des Chenais, à Rennes.

— M. Réber est nommé médecin adjoint du ministère de l'intérieur; M. Cochard, médecin au lycée de Nantes, et M. Calloch, médecin adjoint au même lycée.

— Le prix Lasserre (prix annuel de 300 francs, destiné à celui des élèves de 3e année de l'école de Toulouse, qui a obtenu les meilleures notes aux examens) a été décerné pour la session de 1861, à M. Dulac (de la Sauvetat.)

au contraire, remarquable par la diminution de plasticité et l'abaissement du chiffre relatif de cet élément...... (Suivent de nombreux exemples de *phlegmasia* coïncidant avec des purpura cachectiques, des phthisies, des cancers ulcérés à leur période ultime, des avortements, etc.)...... Si bien que, jusqu'au jour où la chimie aura démontré cette prétendue coagulabilité anormale, on aura tout lieu de croire que ce n'est qu'une ingénieuse hypothèse tout au plus capable d'expliquer la thrombose veineuse et parfaitement insuffisante par révéler la cause vraie de la *phlegmasia dolens*. En accordant même que, dans quelques très rares circonstances, cet excès de coagulabilité joint à un ralentissement notable de la circulation suffise pour engendrer des concrétions fibrineuses capables de produire l'*œdème* d'un membre, l'origine de la *phlegmasia* n'en resterait pas moins obscure, indépendamment de tous les cas infiniment plus nombreux où le chiffre de la fibrine est réellement abaissé, et dans lesquels, d'après cette hypothèse, œdème et *phlegmasia* demeureraient sans interprétation... ...

III. Dans quelles circonstances rencontre-t-on la *phlegmasia* simple due à une simple coagulation vasculaire aussi évidente sur le malade qu'à l'autopsie ? C'est après un travail normal, lorsque le chirurgien a abandonné tout ou partie du placenta dans l'utérus; c'est après l'avortement, lorsque la matrice contient encore quelques débris de membranes; c'est après l'ablation des polypes et des tumeurs de l'utérus; c'est dans le cours des fièvres graves, de la dysenterie, du typhus ; c'est à une période avancée de la phthisie, du cancer, des hémorrhoïdes fluentes ; toutes causes qui se résument dans l'intime union de deux conditions distinctes, à savoir l'existence d'une plaie qui permet l'absorption, et la sécrétion d'un liquide morbifique qui peut être absorbé. Si à ces deux conditions vient se joindre une circonstance de nature à activer l'absorption, à porter en peu de temps dans le torrent circulatoire une quantité notable de matière infectieuse, il s'ensuivra une coagulation des liquides contenus dans le système vasculaire auquel appartiennent les vaisseaux absorbants. Cette assertion, que confirme chaque jour l'expérience, est d'une démonstration aisée.

On ne saurait douter de l'existence de la thrombose chez la femme en couches : l'hypérémie de l'utérus, la dénudation de sa surface interne, la minceur des parois de ses sinus veineux, la facilité de l'endosmose à travers ces parois, la suractivité des circulations veineuses et lymphatiques et le rôle important qu'elles jouent dans le phénomène de la résorption des éléments de la matrice qui disparaissent à mesure que ce viscère se rétracte et s'atrophie, sont autant de conditions favorables à la production de la *phlegmasia;* elles assimilent dans cette circonstance les femmes en couches aux sujets atteints de dysenterie ulcéreuse, de phthisie suppurée, de cancer ramolli, etc. On ne trouve jamais la *phlegmasia* en dehors des cas où il existe une plaie, sauf, ainsi que nous l'avons déjà dit, chez les malades où elle résulte d'une compression extérieure aux vaisseaux. Cette relation constante entre l'existence d'une plaie et la *phlegmasia*, d'un côté, l'œdème simple et l'intégrité des surfaces, de l'autre, forme un des contrastes les plus frappants de ces deux affections, surtout quand on se souvient qu'une plaie entraîne de toute nécessité la lésion des lymphatiques.

Mais, et c'est là un point d'une extrême importance, quelle est la cause de l'absorption si rapide des matières nuisibles par les vaisseaux lésés? Dans tous les cas que nous avons pu observer nous avons été frappé de l'existence antérieure constante d'une hémorrhagie abondante ou de quelque autre déperdition considérable des liquides normaux de l'économie. Les renseignements que nous avons puisés dans la pratique de nos collègues concordant entièrement avec les nôtres, il nous a fallu rechercher le rapport qui unissait si intimement ce premier phénomène (hémorrhagie, diarrhée abondante, flux muqueux, etc.) au développement de la *phlegmasia*. Tous les faits que ne peuvent expliquer ni la phlébite, ni la compression externe, sont nécessairement dus à une obstruction vasculaire résultant de la coagulation du contenu des vaisseaux ; or cette coagulation résulte du mélange aux liquides normaux d'une quantité notable de matières morbifiques absorbées de l'extérieur ; cette absorption elle-même est la conséquence naturelle et immédiate de la déperdition qu'ont subie les liquides normaux de l'économie. C'est donc dans la perte et la diminution de quantité des fluides normaux de l'organisme qu'il faut voir la cause première de la *phlegmasia*, et dans la plaie qui favorise et accélère l'absorption des matières sceptiques ou morbides réside la cause immédiate et efficiente de la variété de *phlegmasia* dont nous esquissons actuellement l'histoire. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

A l'appui de cette opinion notre auteur cite des faits et apprécie successivement les opinions des divers accoucheurs célèbres ses compatriotes ; c'est ainsi qu'après avoir posé en axiome cette vérité que « les grandes déperditions favorisent l'absorption », il rappelle entre autres : le chapitre où Ramsbotham établit que « les femmes affaiblies par des pertes et surtout par les hémorrhagies qui suivent ou précèdent la délivrance sont de beaucoup les plus exposées à la *phlegmasia* » ; celui où Merriman démontre que la *phlegmasia* est une complication très fréquente des accouchements où existe une insertion du placenta sur le col ; Dewers, Davis ont noté la même coïncidence, etc.

(Suivent de nombreuses observations ; sept sont personnelles à notre auteur, les autres sont empruntées à Davis, Ch. West, Simpson, etc.)

Si la malade succombe, la mort résulte de l'action d'un virus ou d'une substance septique ; (ex. : fièvre puerpérale). Les cas où il n'existe qu'une simple thrombose guérissent bien et l'autopsie de tels sujets est une véritable curiosité. De là découle la difficulté que nous éprouvons, dans les cas compliqués de thrombose et d'infection septique, à bien rattacher à chacune de ces affections les lésions et les symptômes qui lui appartiennent en propre. Aussi pour résoudre ce problème le mieux est-il de recourir à des faits moins incertains et de prendre pour exemple des *phlegmasia* consécutives à la phthisie, au cancer ulcéré, etc. Nous y trouvons à la fois la plaie, la sécrétion putride, l'irritation des lymphatiques, et les déperditions abondantes muco-purulentes et hémorrhagiques. Jetons donc un coup d'œil sur les travaux qui ont spécialement traité de ces maladies, l'ouvrage de Lee par exemple. Eh bien ! prenons les observations 6, 14, 15, 17, 21, 26, 27, 28, les seules précisément où nous rencontrons à la fois une hémorrhagie abondante et une sécrétion putride et fétide, et nous verrons que toutes se compliquèrent de *phlegmasia*. Rigby, Lawrence et bien d'autres avaient déjà noté cette coïncidence ; bien plus, dans l'immense majorité des autopsies des sujets de cette catégorie, chez lesquels la *phlegmasia* ne s'était point encore manifestée et où cependant l'attention du médecin était éveillée sur la possibilité des oblitérations vasculaires, on a trouvé oblitérés tous les vaisseaux un peu importants provenant de la plaie ; toutefois cette obstruction n'était point encore remontée assez haut pour obstruer les gros troncs lymphatiques et veineux, et entraîner à sa suite la *phlegmasia alba*.

... Notons encore que la *phlegmasia* peut survenir avant les pertes et la suppuration, et qu'à la rigueur la matière septique peut exister parfois avant la formation de la plaie ou de l'ulcération. Dans ces cas, qui se rapportent surtout aux tumeurs cancéreuses, la *phlegmasia* est plutôt due à la compression exercée par la tumeur, si bien qu'on ne trouve que fort rarement le calibre des vaisseaux oblitéré par des caillots. C'est précisément dans ces cas particuliers, coïncidant avec les cancers du sein, que nous avons acquis la preuve de la nécessité de l'oblitération simultanée des lymphatiques et des veines par la production de la *phlegmasia*...

Dans la dysenterie, les fièvres typhoïdes, après l'ablation des polypes, etc., on trouve réunies toutes les conditions essentielles au développement de la *phlegmasia*, à savoir : une plaie, une déperdition abondante des liquides de l'organisme, et le contact de cette plaie avec des liquides sceptiques et des excrétions putrides.

... Le docteur Holberton cite deux exemples de *phlegmasia* chez des sujets atteints de tubercules ulcérés de l'intestin... Aussi, en nous en rapportant à l'histoire de la tuberculisation intestinale, croyons-nous que l'œdème qui coïncide avec la diarrhée est une preuve que les ulcérations entériques sont encore fort peu avancées, et les vaisseaux lymphatiques sous-muqueux à peine lésés. Cette notion découle de la distinction que nous pouvons établir entre l'oblitération veineuse simple et cette même oblitération com-

pliquée de celle des lymphatiques; dans le premier cas, il n'y a qu'un œdème simple, tandis que dans le second survient la *phlegmasia dolens* vraie. A cette occasion, qu'on nous permette de rappeler les lésions curieuses de la veine porte, causes d'*œdème* et non de *phlegmasia*, qui coïncident le plus habituellement avec des affections cancéreuses de l'estomac ou du foie, et qu'on a si improprement désignées sous le nom de phlébite. Ces lésions sont celles de la thrombose et n'ont rien de commun avec l'inflammation veineuse. On y trouve, en effet, les deux conditions principales de la thrombose, qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont la déperdition des liquides normaux de l'économie (dans ce cas, elle se produit par l'hémorrhagie) et l'existence d'une matière *offensive* absorbable...

(Suivent, à l'appui de cette opinion, de nombreux exemples d'oblitérations cancéreuses de la veine porte ou de la veine cave, cités d'après l'autorité de Malmsten, Mayer, Hasse, Virchow, Rokitansky, Redfern, Murchison, Quain, et Monneret, Bouillaud, Schonbein, Dance, Rebard, Leudet.)

Ces obstructions ne tiennent en rien à la phlébite, aux preuves déjà données nous ajouterons même celles tirées de l'examen direct du vaisseau fait par Virchow qui n'a trouvé dans sa membrane interne aucun signe d'inflammation.

Personne toutefois n'a bien expliqué le mode de production de certains coagula, tels que ceux qui sont consécutifs à l'ablation de tumeurs fibreuses utérines par exemple; les vaisseaux iliaques se trouvent alors dans des conditions analogues à celles qui régissent les veines porte ou cave dans les cas précédents; de même que les vaisseaux des poumons dans la phthisie avancée, etc.; dans tous ces cas il existe à la fois un liquide septique absorbable, une plaie qui permet l'absorption, et une abondante déperdition des liquides de l'organisme qui la favorise et l'accélère. En pareille circonstance les accidents apparaissent tout à coup; ils ne s'accompagnent d'aucun des symptômes de la phlébite : le pouls est lent, les abcès rares, la douleur subite et parfaitement localisée au point où plus tard l'autopsie démontrera le siége des caillots...

Le docteur Frey en cite un exemple frappant chez un malade mort en peu de jours à la suite d'une épouvantable diarrhée due à l'abus des drastiques; la veine cave et toutes ses branches afférentes étaient totalement obstruées par des caillots; le foie contenait des collections de matière caséeuse, et cependant chez ce sujet il n'y eut que de l'œdème, l'intégrité des lymphatiques ayant mis obstacle au développement de la *phlegmasia*... Les docteurs Barker, Brinton, Humphrey, Bouchut et bien d'autres encore ont cité une masse de faits analogues et d'une grande valeur que nous ne pouvons rappeler, parce qu'il nous faut abandonner cet intéressant hors-d'œuvre pour revenir à notre *phlegmasia*.

*(La suite à un prochain numéro.)*

---

III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIOLOGIE. — *Usages et propriétés des tendons*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — L'un des principaux caractères du tissu des tendons, caractère indispensable au rôle mécanique qu'ils ont à remplir entre les os et les muscles, dit M. Jobert, c'est l'inextensibilité et la force de cohésion. Cependant on peut voir les tendons éprouver un certain degré d'allongement lent, de même qu'ils subissent un raccourcissement; mais c'est toujours un fait anormal, lié à un état pathologique ou à une modification dans le mode de nutrition.

*Nutrition.* — Au point de vue de la nutrition, les tendons sont sous l'influence des mêmes lois que les autres organes vivants.

*Sensibilité.* — Il est établi par les expériences de Haller que les tendons sont insensibles, à l'exception de quelques-uns, dont la gaîne immédiate est accompagnée par des filets nerveux.

Quant à la sensibilité des tendons malades, il m'a semblé qu'on pouvait regarder cette sensibilité accidentelle comme étant produite par le travail inflammatoire siégeant dans la gaîne, travail qui détermine ici les mêmes effets que la péritonite sur les nerfs voisins.

L'auteur termine par la citation d'un passage de Haller relatif à la faible part que les gaînes tendineuses prennent à la régénération du tendon.

M. *Flourens* rappelle les expériences qu'il a instituées pour démontrer que les tendons enflammés sont doués d'une sensibilité très vive.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Armand*, médecin-major de l'hôpital militaire de Saïgon, adresse de ce lieu une note sur de prétendus remèdes antirabiques employés en Chine et en Cochinchine.

Ces remèdes, auxquels on doit avoir recours avant que les premiers accidents se soient déclarés, consistent principalement en une décoction de feuilles de *Datura stramonium*. Sous l'influence de ce médicament, le malade ne tarde pas, disent les praticiens du pays, à éprouver un accès de rage très manifeste, mais qui d'ordinaire ne se termine pas d'une manière fatale. L'auteur rappelle que, dans une précédente communication (séance du 8 avril 1861), il a indiqué une autre plante narcotique, la jusquiame, comme douée, au dire des médecins chinois, de propriétés analogues. (*Comm.* : MM. Andral, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Détermination du mode d'action de la moelle épinière dans la production des mouvements de l'iris dus à l'excitation de la région cilio-spinale*, par M. *A. Chauveau*. — Après avoir, sur des lapins, dénudé la région cilio-spinale de la moelle épinière, dit l'auteur, j'ai excité successivement chacun des cordons de l'organe, de l'un et de l'autre côté, avec les courants d'une petite machine à induction très facile à graduer, et en employant l'électricité à dose suffisamment faible pour que l'action irritante fût parfaitement localisée au point d'application des électrodes. J'ai vu : 1° que la galvanisation des cordons antéro-latéraux ne *produit pas le moindre* effet sur l'iris; 2° que l'excitation des cordons postérieurs détermine la dilatation de la pupille des deux yeux, et plus particulièrement, quelquefois exclusivement, dans l'œil du côté excité; 3° que, conformément aux observations antérieures, cet effet se manifeste avec d'autant plus d'intensité que l'excitation des cordons postérieurs est pratiquée plus près du centre de la région, c'est-à-dire du point d'origine de la deuxième paire dorsale; 4° que le phénomène se produit seulement quand l'excitation est assez forte pour déterminer des secousses réflexes énergiques dans le côté du corps qui répond au cordon postérieur excité; 5° que l'agrandissement de l'iris peut se montrer également quand, avec des courants employés trop forts pour être localisés, on provoque ces mêmes secousses réflexes, en appliquant les électrodes sur les cordons antéro-latéraux. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Sur la manne du Sinaï et sur la manne de Syrie*, par M. *Berthelot*. — L'auteur se rattache à l'opinion d'Ehrenberg relativement à l'origine de la manne. Elle découle du *Tamarix mannifera*, et se produit sous l'influence de la piqûre d'un insecte, le *Coccus manniparus*. Les Arabes indigènes et les moines du Sinaï la recueillent et la mangent avec du pain, en guise de miel.

L'analyse chimique établit que cette manne est essentiellement constituée par du sucre de canne, par de la dextrine et par les produits de l'altération, sans doute consécutive, de ces deux principes immédiats.

Si l'on se reporte maintenant au rôle historique qu'a pu remplir la manne du Sinaï, il devient facile d'expliquer l'emploi de cette substance comme aliment. En effet, c'est un miel véritable, complété par la présence de la dextrine. On voit en même temps que la manne du Sinaï ne saurait suffire comme aliment, puisqu'elle ne contient point de principe azoté. Aussi les aliments animaux lui sont-ils associés, aussi bien dans les usages actuels des Kurdes que dans le récit biblique.

Chimie appliquée. — *Expériences sur la combustion de l'opium et de la morphine; volatilisation de cet alcaloïde; conséquences physiologiques*, par M. *C. Decharme*. — De l'ensemble de ses recherches, l'auteur croit pouvoir conclure que dans la combustion, soit de l'opium indigène ou exotique, soit de la morphine seule, provenant de l'un ou de l'autre suc, cette base se volatilise partiellement lorsqu'une autre partie brûle et se décompose. Or, si l'on rapproche les phénomènes physiologiques observés sur les personnes qui prennent habituellement de l'opium en nature ou qui le fument, on reconnaît une analogie frappante, une similitude incontestable (eu égard aux doses) entre les effets narcotiques dans l'un et l'autre cas. Si, d'un autre côté, on remarque que les effets de la morphine sont de même nature que ceux de l'opium, on ne saurait refuser d'admettre, comme conclusion logique, que c'est à la morphine (peut-être à la morphine seule) qu'on doit attribuer les phénomènes qui résultent de l'emploi de l'opium en fumigation.

Enfin il est probable, d'après ce qui vient d'être dit, que, dans les fumigations, les principes narcotiques ou âcres de ces plantes se subliment en partie, sans subir de décomposition, avant d'arriver aux organes qui les absorbent, et en assez grande quantité pour produire les effets physiologiques de ces principes eux-mêmes administrés en nature. C'est d'ailleurs la seule manière rationnelle de justifier l'emploi efficace de ces plantes en matière médicale.

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture transmet : *a*. Des échantillons de substances médicinales envoyées de Chine par M. *Eugène Simon*, chargé d'une mission agricole dans ce pays. (*Comm.:* MM. Guibourt et Chatin.) — *b*. Deux rapports de M. le docteur *Beaupoil* sur les épidémies d'angine couenneuse et de croup qu'il a observées dans le canton d'Ingrandes (Indre-et-Loire) en 1859 et 1860. — *c*. Les rapports de MM. les docteurs *Duplan* et *Caxes* sur les épidémies qui ont régné en 1860 dans les arrondissements de Tarbes et de Bagnères-de-Bigorre. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un mémoire de M. le docteur *Dubreuilh*, intitulé : *Histoire de la vaccine dans le département de la Gironde*. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Les rapports sur le service médical de l'hôpital militaire de Baréges, par M. le docteur *Campmas;* et de l'hôpital militaire d'Hammam-Righa (Algérie), par M. le docteur *Gros*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Réveil*, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Mordret* (du Mans), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *c*. Une note de M. *Aubrée*, médecin-pharmacien à Burie, sur un nouveau traitement de l'asthme. — *d*. Une note sur la température des liquides pulvérisés, par M. le docteur *Demarquay*.

M. *Desportes* offre en hommage un ouvrage de M. le docteur *Mordret* sur les affections nerveuses qui dépendent de la chloro-anémie.

M. *Michel Lévy* fait hommage, au nom de M. *Fonssagrives*, d'un volume relatif à l'*hygiène alimentaire des valétudinaires et des convalescents*.

M. *le Président* annonce que M. le docteur *Goyrand* (d'Aix), membre correspondant, assiste à la séance.

*Lectures.*

Hydrologie médicale. — M. *P. de Pietra Santa* lit un travail *sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes* (deuxième note). L'auteur rappelle que, le 2 avril dernier, il a présenté à l'Académie une note ayant pour titre : *De quelques faits nouveaux météorologiques, physiques et chimiques, recueillis à la station thermale des Eaux-Bonnes* en 1860. Il vient aujourd'hui rendre compte de nouvelles études qui confirment en tous points les précédentes.

M. de Pietra Santa s'occupe principalement de la *pulvérisation*.

« L'accueil fait par le public médical, dit-il, à l'ingénieuse idée de MM. de Flubé et Sales-Girons, les encouragements répétés de l'Académie, m'imposaient l'obligation d'étudier très attentivement les divers éléments de la question. Je réclame volontiers le mérite de l'avoir fait entrer le premier dans une phase de contrôle scientifique. Concentrant plus particulièrement mes recherches sur les eaux sulfureuses de Bonnes, j'avais enregistré les phénomènes dans leur manifestation successive, indiqué la distance qui séparait l'idée théorique de l'application pratique, signalé les inconvénients, proposé les réformes.

» De là résultait pour moi la certitude que, dans les conditions actuelles de cette salle de pulvérisation, 1° l'eau minérale ne pénétrait pas dans les bronches (expériences sur les animaux, observations cliniques) ; 2° un abaissement considérable de température se produisait au moment du brisement de l'eau (relevés thermométriques); 3° une désulfuration très considérable se constatait dans l'eau minérale pulvérisée (réactions chimiques sur place, analyses chimiques au Val-de-Grâce); 4° le fait de l'immersion de la figure dans une poussière d'eau refroidie, alors que le corps est enveloppé d'une vapeur d'eau à une température élevée, constituait une source permanente de rhumes ; 5° les soulagements momentanés qui s'observaient chez les malades soumis à la pulvérisation étaient dus à l'inspiration du gaz acide sulfhydrique.

» Que conclure du résultat de ces recherches? 1° Qu'il y a lieu de supprimer la salle de pulvérisation aux Eaux-Bonnes et de la remplacer par une salle d'inhalation à l'instar de celle de Lamotte-les-Bains; 2° qu'il est possible d'utiliser des pulvérisateurs spéciaux et locaux, tels que ceux de MM. Lambron et Fournié (de l'Aude). »

Médecine. — M. *Piorry* lit une note *sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. L'auteur énumère la longue série de remèdes et de médications tour à tour préconisés contre la tuberculose ; il cherche à établir que l'emploi de la plupart de ces médicaments et de ces méthodes thérapeutiques ne reposent que sur un aveugle empirisme ou que sur des théories plus ou moins hypothétiques. Il ajoute que tous ces moyens ont été définitivement condamnés par l'expérience clinique, et il conclut que la seule thérapeutique rationnelle de la phthisie pulmonaire est celle qui repose sur les indications précises fournies par la diagnose exacte ou plessimétrique des monorganies, et qui, proscrivant tous les prétendus spécifiques, combat chaque lésion, locale ou générale, par le remède ou la médication qui lui convient. M. Piorry insiste particulièrement sur la nécessité de favoriser l'expectoration et de prévenir l'*anoxémie* (asphyxie) pouvant résulter du séjour des matières muco-purulentes dans l'arbre aérien, de combattre la splénomégalie par le sulfate de quinine et la chloro-anémie par les ferrugineux.

Hygiène publique. — M. *Briquet*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Regnauld*, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Duchesne*, intitulé : *De la colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du fer, et des moyens proposés pour prévenir cet accident*.

Le mémoire de M. Duchesne a trait aux accidents saturnins observés chez les ouvriers qui recouvrent d'émail les crochets de fer destinés à soutenir les fils télégraphiques sur les poteaux. Cet émail est constitué par du verre de cristallerie auquel on ajoute du minium ; de telle sorte que, mis en poudre après avoir été fondu, il contient 50 pour 100 de plomb passé à l'état de silicate. Les ouvrières, armées de tamis qu'elles agitent incessamment, projettent cette poudre sur le fer, porté à une température très élevée. Elles se trouvent, par conséquent, dans une atmosphère de poudre impalpable contenant la moitié de son poids d'un sel de plomb insoluble, mais, dit M. Briquet, tenu dans un tel état de division que cela équivaut, en quelque sorte, à une dissolution.

M. le rapporteur décrit ensuite les accidents observés par M. Duchesne, par M. Archambault et par M. Ladreit de la Charrière, à l'hôpital Cochin, accidents qui ne sont autres que ceux de l'intoxication saturnine combinés à ceux de l'état anémique. Il insiste sur la gravité de ces accidents avec d'autant plus de raison, que l'émaillage du fer constitue un genre d'industrie destiné à

prendre beaucoup d'extension, puisque l'on commence à recouvrir d'émail la face externe des tuyaux de poêle et l'intérieur de beaucoup d'ustensiles de cuisine.

Pour aviser aux moyens de prévenir ces accidents, les fabricants ont employé trois sortes de procédés : l'un consiste dans un masque mis en rapport avec l'air extérieur à l'aide d'un tuyau ; l'autre, en un double masque qui permet l'accès de l'air et interdit la pénétration des poussières ; le troisième enfin consiste à placer l'ouvrier hors de la portée de la poussière en interposant une cloison vitrée entre l'établi et l'ouvrier, qui a les bras passés au travers des ouvertures fermées par des garnitures en caoutchouc.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciments à l'auteur et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie. (*Adopté.*)

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

## Société médicale des hôpitaux.

### SÉANCES DES MOIS D'AOUT ET DE SEPTEMBRE.

#### CHROMHIDROSE. — ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — VICE DE CONFORMATION DU CŒUR.

Nous sommes en retard avec la Société des hôpitaux, et nous voulons nous mettre en règle avec elle. Nous aurions à rendre compte d'abord d'un cas de maladie très analogue à la morve aiguë, observé par M. Gubler ; puis d'un rapport de M. Roger, sur un mémoire de M. Colin, intitulé : *De la valeur séméiotique de la respiration saccadée*, et d'un autre rapport de M. Woillez, sur un mémoire de M. Fonssagrives : *Sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte*, travaux qui ont valu à leurs auteurs les titres de membre associé et de membre correspondant de la Société ; enfin d'un mémoire de M. François Barthez. *Sur le diabète, la polyurie et la polydipsie, au point de vue de leur spécialité pathologique*, mais nous sommes obligés d'attendre que ces travaux aient été imprimés pour pouvoir les analyser.

Dans la séance du 28 août, M. *Gubler* a rapporté un nouveau cas de *chromhidrose simulée*, qui lui est communiqué par M. le professeur *Spring* (de Liége). Le sujet de cette observation était une jeune fille de quinze ans, fille d'un fonctionnaire supérieur, élevée avec les plus grands soins, sous les yeux de sa mère, présentant par conséquent toutes les garanties d'honorabilité sur lesquelles insistent tous les défenseurs de la chromhidrose. « Sa manière de voir était simple, aucune exaltation, aucun écart d'imagination ne s'étaient jamais fait remarquer. Rien n'était à découvrir sur l'entourage de la jeune personne de ce qui avait pu faire naître l'idée de cette maladie. On peut être certain aussi qu'elle n'avait jamais entendu parler de chromhidrose, car les médecins de la ville qu'elle habite ignoraient alors eux-mêmes (le fait s'est passé il y a quatre ans) qu'il fût jamais question quelque part d'une maladie semblable. » La matière noire des paupières put s'enlever avec un linge sec, et les essais auxquels notre confrère se livra lui ayant donné la conviction que c'était une matière minérale, semblable à du *graphite*, il devint incrédule. « Il me paraissait impossible, dit-il, que du charbon minéral fût produit et sécrété du corps d'une jolie jeune fille. Je me demandai si la malade ne se teignait pas le visage avec de la mine de plomb. Mais dans quel but? Je me rappelai que, dans ma vie de médecin, je me suis déjà bien des fois posé inutilement cette question. » Cependant d'autres confrères écartèrent ce soupçon ; la jeune fille fut mise en surveillance, et observée constamment par trois médecins. Le visage, nettoyé avec le plus grand soin, se colora de nouveau en leur présence, au bout d'un quart d'heure dans une première séance, et au bout d'une heure seulement dans une seconde séance, sans que la jeune fille semblât avoir porté aucune de ses mains à sa figure. M. Spring se tenait presque pour battu, quand certaines allures de la jeune fille ayant excité de nouveau ses soupçons, on tenta une dernière expérience. « Sous prétexte de la guérir de son incommodité, après avoir détergé la figure avec le plus grand soin, on appliqua le soir une couche de collodion. Le lendemain matin, on trouva le charbon *au-dessus* et non *au-dessous* de cette couche. Il devint évident que la matière noire ne provenait pas de la peau ; qu'elle n'était pas sécrétée, produite par l'économie, mais *appliquée extérieurement*. Comment? Le *modus procedendi* pouvait nous être indifférent. On engagea les parents à voyager avec leur fille et à la conduire aux bains de mer. Depuis, il n'a plus jamais été question de taches noires à la figure. »

« Ce récit, ajoute M. Gubler, peut se passer de commentaire. Mes collègues seront frappés comme moi, sans doute, de l'excellence du moyen mis en usage pour découvrir la fraude. Il serait bon de le recommander en pareille circonstance, et je dois dire que notre président, M. le professeur N. Guillot, avait eu, de son côté, l'idée d'utiliser le collodion chez madame X... (voy. n° 27) ; mais, par malheur, il ne m'ouvrit ce conseil que trop tard, la commission venant de terminer ses séances. »

Nous ajouterons pour notre part que ce *modus procedendi* de la jeune fille, sur lequel M. Spring ne se prononce pas, et par lequel elle faisait reparaître la coloration noire, en présence de témoins, sans porter ses mains à sa figure, est désormais parfaitement expliqué par une réserve de matière noire accumulée sur les cils de la paupière supérieure, comme l'avaient entrevu plusieurs membres de la commission (voy. n° 28, p. 454), et comme M. Dechambre a su le démontrer par des expériences directes (voy. n° 29, p. 459).

M. *Bourdon* communique un cas d'*ataxie locomotrice progressive* avec autopsie. Le malade avait présenté tous les phénomènes décrits par M. Duchenne (de Boulogne) : défaut de coordination des mouvements avec conservation de la force musculaire, paralysie de la troisième paire, etc., seulement la sensibilité cutanée et même musculaire était restée intacte. L'autopsie ne montra aucune altération du cervelet ni de l'isthme de l'encéphale ; mais la moelle, et particulièrement les racines et les faisceaux postérieurs, ainsi que la substance grise centrale, présentaient une dégénérescence avec atrophie des cellules nerveuses, des tubes nerveux et des corpuscules ganglionnaires, accompagnée *d'une injection* vasculaire très prononcée. Ces lésions ont été étudiées au microscope et dessinées avec beaucoup de soin par le docteur Luys.

M. Bourdon, rapprochant ces lésions des symptômes présentés par le malade, explique le défaut de coordination des mouvements par l'altération des parties de la moelle qui servent à la transmission des impressions sensitives, M. Cl. Bernard ayant démontré la liaison qui existe entre ces parties et les mouvements volontaires ; il explique la conservation des forces musculaires par l'intégrité relative des faisceaux antérieurs et des racines correspondantes. Enfin, la conservation de la sensibilité peut tenir, soit à l'état normal des cordons latéraux, soit à ce que les parties malades n'étaient pas complétement dégénérées.

M. *Trousseau* a connu le malade dont M. Bourdon rapporte l'observation : c'était un homme de lettres fort malheureux que lui avait recommandé la Société des auteurs dramatiques pour le faire entrer à la maison de santé. Il présentait alors les symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice. Aussi n'est-ce pas sur le diagnostic que M. Trousseau veut appeler l'attention de la Société, mais sur la corrélation des troubles fonctionnels avec les lésions trouvées à l'autopsie. Les autopsies microscopiques, faites d'ailleurs avec tout le soin désirable, sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse spécifier à quelles séries de lésions microscopiques se rapportent telles séries de symptômes. « Pour ceux qui en sont encore, comme moi, dit le savant professeur, à la physiologie de Charles Bell, et qui ne sont pas suffisamment convaincus de l'exactitude des nouvelles théories physiologiques de M. Brown-Séquard sur la moelle épinière, il y a quelque chose de très anormal dans les lésions présentées par cet homme. En effet, quels sont les phénomènes capitaux de l'ataxie locomotrice progressive? Ce sont : 1° le défaut de coordination des mouvements ; 2° des paralysies survenant un peu plus tard, et portant sur des nerfs moteurs, tels que les nerfs de la troisième et de la sixième paire ; 3° enfin, dans la dernière période de la maladie, de l'anesthésie ; mais ce

dernier symptôme est loin d'être essentiel, il peut manquer dans des ataxies très prononcées et n'a pas la valeur des désordres de coordination qui sont l'élément même de cette affection. Or, dans le cas de M. Bourdon, il n'y avait que des désordres de mouvement, sans anesthésie ni analgésie. L'amblyopie que l'on a notée tenait sans doute à un défaut d'accommodation de l'œil causé par la paralysie des moteurs oculaires. On pouvait donc s'attendre à rencontrer à l'autopsie des lésions dans les cordons antérieurs de la moelle ou dans le cervelet. Eh bien, c'est précisément le contraire qui a été trouvé : rien dans le cervelet, rien dans les faisceaux antérieurs, et, par contre, lésion des faisceaux postérieurs, organes de la sensibilité, alors que cette fonction n'avait subi aucune altération.

M. Trousseau pense qu'il faut regarder cette autopsie comme une autopsie d'attente dont la valeur devra être confirmée par des autopsies de même nature. Des lésions aussi anomales pourraient être attribuées à la vie menée par le malade : c'était un ivrogne adonné à l'absinthe et à tous les excès, frappé plusieurs fois d'attaques épileptiformes avant d'être atteint de la maladie qui l'a tué. Les lésions qu'on a trouvées pourraient être celles de l'alcoolisme ou d'autres affections antérieures indépendantes de l'ataxie.

M. *Guérard* appuie cette manière de voir.

M. *Bourdon* avoue qu'il est difficile d'expliquer les troubles fonctionnels observés d'après les idées généralement reçues. Toutefois, l'intégrité des cordons antérieurs répond bien à la persistance de la contraction musculaire. Elle prouverait que la coordination des mouvements n'est pas sous la dépendance des mêmes cordons. Cette coordination réclame sans doute l'intégrité parfaite des parties de la moelle qui servent à la transmission des impressions sensitives (racines et faisceaux postérieurs), et celles qui établissent un rapport intime entre les organes de la sensibilité et ceux de la motilité (substance grise centrale). M. Bourdon rappelle à M. Trousseau que les lésions n'étaient pas seulement appréciables au microscope, mais que les altérations de couleur, de consistance et de volume ont été constatées à l'œil nu.

M. *Axenfeld* donne quelques détails sur deux cas relatés dans l'ouvrage de Romberg sur les maladies nerveuses, qui paraissent rentrer dans les faits d'ataxie locomotrice, et dans lesquels l'autopsie a montré, comme dans l'observation de M. Bourdon, des altérations appréciables à la simple vue, et très prononcées, des cordons et racines postérieures, avec intégrité complète des cordons antérieurs. Ces faits contrarient sans doute les idées de Ch. Bell; mais faut-il subordonner les faits aux théories physiologiques admises? Les altérations morbides n'ont-elles pas autant de valeur que les vivisections? Une science plus avancée expliquera sans doute ce qu'elles paraissent avoir de contradictoire.

M. *Hervieux* montre à la Société une pièce anatomique. C'est le cœur d'un enfant nouveau-né, avec absence ou oblitération congénitale du ventricule droit. Le cœur droit était représenté par une masse charnue pleine; en incisant celle-ci couche par couche, on arrivait dans le ventricule gauche; celui-ci était plus spacieux qu'à l'ordinaire; les orifices par lesquels il communiquait avec l'aorte et avec l'oreillette gauche n'avaient rien d'anormal; les deux oreillettes communiquaient entre elles par un large orifice. L'oreillette droite présentait, à la place de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, un petit pertuis très fin admettant à peine la pointe d'un stylet, et conduisant dans une cavité très petite, à peine capable de loger une lentille, et représentant un ventricule rudimentaire. Cette cavité n'avait aucune communication avec l'artère pulmonaire. Celle-ci, réduite à un cordon de 2 millimètres de diamètre, se divisait en deux branches inégales. C'est la branche gauche qui communiquait avec l'aorte par le canal artériel. La circulation ne se faisait que de la manière suivante : le sang des veines caves, arrivé dans l'oreillette droite, passait dans l'oreillette gauche, se mêlait au sang des veines pulmonaires, passait ensuite dans le ventricule gauche, puis dans l'aorte, qui l'envoyait en partie dans les artères de la circulation générale, et en partie dans le canal artériel, pour se rendre aux poumons par l'artère pulmonaire. M. Hervieux fait ressortir les analogies qui rapprochent cette pièce des cœurs à deux cavités qui existent à l'état normal dans la série animale, et que l'on a plusieurs fois signalés chez l'homme.. L'enfant avait vécu dix-sept jours. Il présentait une cyanose générale, et s'est éteint sans phénomènes de suffocation, ni convulsions. Toutefois il a été observé trop peu de temps pour qu'on puisse affirmer que ces symptômes aient manqué.us L'acultation du cœur n'avait fait entendre aucun bruit anormal.

D^r E. ISAMBERT.

---

IV

## BIBLIOGRAPHIE.

**Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, productions plastiques, diphthériques, ulcéro-membraneuses,** etc., par A. LABOULBÈNE, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8. Paris, Asselin, 1861.

S'il était encore aujourd'hui nécessaire de démontrer les inconvénients et les dangers des classifications nosologiques qui sont basées sur la considération exclusive de la lésion, certes l'histoire des angines nous fournirait de puissants arguments et nous donnerait l'occasion d'un triomphe bien facile; il nous suffirait, en effet, pour justifier notre thèse, de rappeler la confusion absolue qui a obscurci cette question aussi longtemps qu'on a cherché à classer les diverses espèces d'affections angineuses d'après leurs caractères anatomiques. Lorsque Samuel Bard, revenant aux errements de Baillou, de Ghisi et de Starr, eut cherché à établir l'identité de l'affection pelliculaire du larynx et de l'angine pharyngée avec fausse membrane; lorsque M. Bretonneau eut fait accepter cette conclusion, peut-être prématurée, que la fégarite, l'angine gangréneuse et le croup, sont de même nature, alors l'exsudation pseudo-membraneuse devint à la fois la base du diagnostic et de la classification, et la notion *fausse membrane* domina et absorba à son profit tous les autres caractères des angines graves et malignes; la confusion fut à son comble le jour où une terminologie vicieuse vint consacrer cette erreur nosologique, le jour enfin où l'on fit des expressions *angine pseudo-membraneuse* et *angine couenneuse* les synonymes d'*angine diphthérique* et d'*angine maligne*.

Cette interprétation a régné dans la science pendant trente années, et il a fallu, pour revenir en arrière, plus que l'observation des faits, il a fallu la révolution doctrinale que nous voyons s'accomplir depuis quelque temps au milieu de nous. Et pourtant, il faut le dire, l'erreur eût été facile à éviter, car le médecin de Tours, qui avait tout d'abord envisagé la question dans son ensemble, avait eu soin de décrire, comme espèce parfaitement distincte, l'angine couenneuse commune, et le néologisme qu'il avait créé pour désigner l'angine grave avait précisément pour but de prévenir toute confusion. En résumé, la fausse membrane peut fournir à la rigueur une qualification *générique;* mais elle ne saurait servir de désignation *spécifique*. Si donc l'on tient à faire de cette notion, purement anatomique, un élément de classification, on doit se borner à établir un genre, le genre des angines pseudo-membraneuses, dont l'angine diphthérique, l'angine couenneuse commune, l'angine scarlatineuse et bien d'autres, sont autant d'espèces.

Ces réflexions nous sont inspirées par le titre même de l'ouvrage de M. Laboulbène : « Le titre de ce travail, dit-il, en indique le but : l'étude des *affections pseudo-membraneuses* considérées spécialement au point de vue des *fausses membranes*, de ces productions morbides qui se rencontrent dans plusieurs maladies, et qui servent parfois à les caractériser. »

On le voit, l'auteur indique à la fois son but et sa manière de voir : il se propose d'étudier la *fausse membrane* dans les différentes maladies, dans les différentes affections où on la rencontre, et il

prouve ainsi, pour sa part, la réalité de la transformation dont nous avons esquissé rapidement l'histoire.

Du reste, M. Laboulbène ne s'est point borné à l'étude des productions membraneuses de la gorge et des voies aériennes ; il a étudié la fausse membrane partout où elle apparaît, soit comme élément constant, soit comme épiphénomène d'une valeur secondaire. Nos lecteurs conviendront sans doute avec nous que c'est là un cadre bien vaste, non pas que l'auteur ne fût parfaitement en mesure de le remplir, son œuvre est là pour attester qu'il n'a point entrepris un travail au-dessus de ses forces ; mais, avec un tel programme et animé, d'ailleurs, du désir très louable d'être complet, il s'est cru obligé d'étudier successivement les objets les plus divers, les plus disparates ; il a rapproché des états morbides, qui n'ont d'autre caractère commun qu'une production membraneuse quelconque ; il a dû même tenir compte des exsudations artificielles produites dans un but thérapeutique : c'est ainsi que nous trouvons à côté de la scarlatine angineuse pultacée les fausses membranes déterminées par l'émétique et le mercure ; les concrétions muqueuses et gélatiniformes de l'intestin se trouvent rapprochées des fausses membranes rénales cantharidiennes, et les productions plastiques des vésicatoires ne sont pas moins étrangement placées auprès de la pourriture d'hôpital pseudo-membraneuse, et des fausses membranes des vésico-pustules de la variole. Ce bizarre assemblage, cette étude simultanée de sujets multiples qui n'ont entre eux que des relations fort éloignées, sont incompatibles avec la précision et la clarté que l'on désire rencontrer dans tout ouvrage scientifique ; chacun de ces tableaux, envisagé isolément, est parfait, nous l'accordons volontiers, car c'est justice ; mais ils sont si nombreux que la multiplicité des lignes finit par nuire à la netteté des contours ; l'esprit, étonné d'abord, reste bientôt incertain et embarrassé, et le travail de l'auteur perd à la fois de son intérêt et de son utilité. Ce qui nous enhardit à formuler cette critique, c'est que M. Laboulbène eût pu éviter tout reproche de ce genre en ne sortant pas du cadre qu'il avait choisi tout d'abord. Que lui arrive-t-il, en effet? Il annonce des recherches sur les *affections pseudo-membraneuses*, sujet déjà fort vaste par lui-même ; puis, dès les premières pages, il substitue l'idée de *lésion* à celle d'*affection*, et il se trouve dès lors contraint de s'occuper d'un certain nombre de questions, que le titre même de son œuvre semblait devoir en exclure.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot, car la critique nous pèse, et nous avons hâte d'en finir avec cette partie de notre examen. Nous ne pouvons cependant dissimuler le profond étonnement que nous avons éprouvé en voyant l'auteur consacrer un article aux fausses membranes de la dysenterie. Cette question est une de celles que nous croyions définitivement jugées, et, pour la remettre en litige, il eût fallu autre chose, ce nous semble, que les quelques citations empruntées par M. Laboulbène aux travaux déjà anciens de Thomas, de Gély, de Haspel et quelques autres ; il n'eût pas été superflu tout au moins de discuter les conclusions auxquelles sont parvenus MM. Masselot et Follet ; il eût fallu comparer les résultats de l'examen microscopique des concrétions dysentériques avec ceux que fournit l'étude de la muqueuse intestinale ; il eût été bon surtout de faire comprendre et d'expliquer les ulcérations des prétendues fausses membranes, lésion tellement singulière qu'elle suffit à elle seule pour rendre inacceptable la doctrine de Thomas. Ce n'est pas tout encore : après les citations dont nous avons parlé, notre auteur déclare sans hésitation aucune que les descriptions publiées en Angleterre et en Allemagne concordent avec les siennes, et il renvoie à ce sujet à l'*Anatomie pathologique* de Rokitansky, 3e édition, IIIe volume, p. 207 et 210. Or, nous ouvrons le livre du professeur de Vienne (la même édition), et nous voyons que Rokitansky n'admet la présence des fausses membranes dysentériques que dans la forme grave de la maladie, et même alors les transformations de la muqueuse elle-même constituent les lésions les plus fréquentes. Voilà pour les pages 207 et 208. Quant à la page 210, l'anatomiste allemand y étudie la suppuration du tissu sous-muqueux, la chute de lambeaux de muqueuse *nécrosée ;* il signale la possibilité des perforations, et il n'y a pas un seul mot qui se rapporte à l'existence de fausses membranes.

Mais il est temps d'aborder les questions de détail ; nous le laissons d'autant plus volontiers que toutes les observations qui précèdent n'enlèvent rien de sa valeur à l'œuvre de M. Laboulbène et que ce travail considérable vient combler une lacune réelle dans notre littérature médicale.

Pour remplir le vaste programme qu'il s'est imposé, l'auteur a divisé son ouvrage en trois parties. La première comprend [illegible] chapitres, dont les titres indiqueront suffisamment l'objet : *R[illegible] clinique des affections pseudo-membraneuses, — Étude anatomo-pathologique des diverses fausses membranes, — Sur les végétations des fausses membranes, — Conditions de production et d'existence des fausses membranes dans les affections pseudo-membraneuses. Diagnostic et pronostic, — Du traitement de plusieurs affections pseudo-membraneuses*. La deuxième partie renferme vingt observations ; la troisième est consacrée à un historique très soigné des affections pseudo-membraneuses de la cavité buccale et de la région pharyngo-laryngienne.

Dès le début de son travail, M. Laboulbène avait une tâche très difficile à remplir, surtout en raison de la divergence des opinions et de l'obscurité des définitions antérieures ; il avait à définir et à classer les fausses membranes, et il s'en est acquitté avec beaucoup de bonheur. « *Une fausse membrane*, dit-il, *est une production morbide déposée le plus souvent sur une surface tégumentaire, muqueuse ou séreuse, quelquefois sur une surface accidentelle, et formée ou exsudée par la partie du corps qu'elle revêt.* » Cette définition, qui comprend la totalité des cas, est remarquable par la netteté des termes ; elle a, en outre, l'avantage de se borner à constater le fait élémentaire de l'apparition d'un produit membraneux sur un point du corps, et elle est également conciliable avec la doctrine de l'exsudation et avec celle de l'évolution cellulaire. Mais ces membranes anomales sont loin d'avoir constamment les mêmes caractères, et il est nécessaire d'introduire ici quelque division. Or, l'auteur n'a pas été moins bien inspiré en adoptant comme base de classification l'aptitude ou l'inaptitude de la membrane nouvelle à une organisation ultérieure. « Cette démarcation est évidente, elle a frappé tous les observateurs ; *elle sépare* nettement, en deux sections tranchées, des produits morbides différant par leurs éléments anatomiques et leurs propriétés physiologiques et pathologiques. Les fausses membranes qui ne s'organisent point, et qui siégent le plus souvent sur les muqueuses, sont composées en majeure partie de fibrine exsudée. Les fausses membranes qui s'organisent occupent presque toujours les surfaces séreuses et renferment moins de fibrine ; mais celle-ci est unie, dans des proportions convenables, à d'autres éléments qui composent le blastème, dans l'intérieur duquel les éléments embryo-plastiques, puis les éléments du tissu cellulaire ou lamineux, peuvent se former. » Cette distinction est consacrée depuis quelque temps dans la science par les expressions *pseudo-membranes* et *néo-membranes ;* mais, malgré les travaux de M. Robin, elle n'a pas encore été vulgarisée en France ; aussi doit-on savoir gré à M. Laboulbène de l'avoir aussi nettement précisée. Du reste, ici comme pour bien d'autres questions, la confusion et l'obscurité ont été le résultat d'une synonymie erronée : on employait indifféremment, et comme parfaitement identiques, les désignations *exsudation fibrineuse* et *exsudation plastique*. C'est là une faute grave : l'exsudation plastique, comme son nom l'indique, est susceptible d'organisation ; mais l'exsudation fibrineuse, c'est-à-dire l'exsudation de la fibrine du sang, ne doit point y être assimilée, car la fibrine épanchée ne s'organise jamais. L'auteur insiste avec juste raison sur ce point. En résumé, les produits morbides membraneux forment deux classes parfaitement distinctes, que l'on ne peut réunir sans risquer de tout confondre. Mais ici une question se présente qui est d'une importance considérable ; qu'il nous soit permis d'en dire quelques mots.

Ces aptitudes si diverses des membranes pathologiques, cette dualité des blastèmes dépendent-elles uniquement de la nature des tissus affectés? ou bien faut-il invoquer, pour s'en rendre compte, une œuvre d'un ordre plus élevé? La réponse ne saurait être douteuse. M. Laboulbène fait remarquer avec toute raison que si les fausses membranes des séreuses sont souvent persistantes et orga-

nisables, il en est cependant qui, « consistant principalement en matériaux solides du sang, fibrine épanchée, etc., ne s'organisent jamais, et peuvent être reprises par l'absorption ». D'un autre côté, il paraît hors de doute que, dans quelques circonstances rares, les fausses membranes des muqueuses sont susceptibles d'organisation; déjà Royer-Collard avait signalé la possibilité d'une vascularisation plus ou moins étendue dans les fausses membranes du croup; Sœmmering possédait des pièces qui montraient d'une façon incontestable cette organisation de la pseudo-membrane croupale; Albers, qui avait vu ces pièces, les regardait comme parfaitement probantes; enfin J. Frank, M. Bricheteau et d'autres encore ont admis, pour certains cas, cette faculté d'organisation des fausses membranes laryngiennes. Tous ces faits, il faut le dire, n'avaient été admis qu'avec une extrême défiance, et ils étaient regardés comme d'inexplicables exceptions; c'est qu'on ne connaissait pas alors la division des fausses membranes en deux classes parfaitement distinctes : aujourd'hui ces faits doivent reprendre toute leur valeur, et ils sont, à nos yeux, un puissant argument en faveur de l'existence du *croup pseudo-membraneux simple, non diphthérique* (croup plastique de M. Pidoux), auquel M. Laboulbène a d'ailleurs eu soin de réserver une place. Quoi qu'il en soit, ces considérations suffisent pour démontrer que la nature des fausses membranes n'est point invariablement liée à la nature des tissus sur lesquels elles se développent; en d'autres termes, ce n'est point dans les conditions anatomiques de leur siége qu'il faut chercher la raison des dissemblances profondes qu'elles présentent; il faut remonter plus haut, et reconnaître que les *caractères spécifiques* des fausses membranes tiennent à la *spécificité même des maladies* qui leur donnent naissance; on pourra voir le même tissu se recouvrir, suivant les cas, des produits morbides les plus divers, on ne verra jamais la même maladie déterminer la formation de productions pathologiques variables selon les tissus affectés; car la question de nature prime la question de siége, la maladie domine et commande la lésion, et à côté de la *spécificité* des *espèces* morbides il importe de tenir compte de leur immutabilité.

Nous ne pouvons assez féliciter M. Laboulbène du soin avec lequel il a décrit les nombreuses variétés de fausses membranes, et en particulier celles de la diphthérie. Il a étudié successivement les caractères qu'elles présentent à l'œil nu, au microscope et sous l'influence des réactifs chimiques. Ce travail consciencieux et riche de détails intéressants fait disparaître un véritable desideratum. Nous voudrions pouvoir transcrire ici tout ce chapitre, afin de faire profiter nos lecteurs des faits nombreux qui y sont consignés; une telle satisfaction nous est interdite, mais nous voulons au moins faire connaître les résultats qu'a donnés à l'auteur l'examen microscopique des fausses membranes de la diphthérie. Ces productions morbides présentent :

« 1° Une matière amorphe, une sorte de gangue parsemée de fines granulations moléculaires, qui, lorsqu'elles deviennent libres, sont agitées d'un vif mouvement brownien;

» 2° De la fibrine offrant l'aspect de fibrilles grêles, minces, très étroites, parfois parallèles, parfois irrégulièrement entrecroisées dans tous les sens; plus rarement la fibrine est disposée sous une forme granuleuse, et composée de granules très petits, placés bout à bout en séries linéaires.

» La matière amorphe et la fibrine enveloppent, emprisonnent ou circonscrivent les éléments suivants :

» *a*.) Des globules de pus (leucocytes) à noyaux et sans noyaux;

» *b*.) Des corps granuleux (leucocytes hypertrophiés et granuleux de diverses variétés).

» Il y a en outre, dans les fausses membranes de la diphthérie :

» 3° Une grande quantité de matières grasses, sous forme de globules arrondis, ambrés, de dimensions variables, réfractant fortement la lumière comme un verre lenticulaire;....

» 4° Des éléments d'épithélium à divers degrés de développement.....

» 5° Quand le sang épanché par suite d'ecchymoses a coloré ou taché les fausses membranes diphthériques, on trouve des globules rouges du sang, réguliers sur leurs bords, ou bien dentelés et déformés. Rarement et seulement dans les bronches j'ai trouvé des granulations pigmentaires.

» 6° Des cristaux de diverses formes, mais ceux que j'ai vus étaient peu réguliers.

» 7° Parfois des végétaux sous forme de spores ou de mycélium. Cette présence des végétaux est exceptionnelle dans la diphthérie.

» 8° Des vibrioniens des genres *Bacterium* et *Vibrio*, surtout du premier genre, ayant le corps filiforme et roide. »

Nous tenions d'autant plus à faire connaître cette description que la structure des fausses membranes diphthériques a donné lieu à de nombreuses discussions, qui ne sont même pas encore terminées. En Angleterre, par exemple, on est loin d'être d'accord sur la présence de la fibrine dans ces produits morbides. Pour ne parler que des auteurs les plus récents, nous rappellerons que si Hillier (*On Diphtheria; Med. Times and Gaz.*, 1859), Bristowe (*Cases of Diphtheria*, etc., *eod. loco*), Anderson (*Account of an Epidemic of Diphtheria; Britsih Med. Journal*, 1859), par exemple, admettent dans les membranes diphthériques l'existence de la fibrine, soit fibrillaire, soit corpusculaire; d'un autre côté Ranking (*Diphtheria; Lancet*, 1859) et Harley (*eod. loco*) la nient absolument; bien plus, la commission sanitaire de la LANCET déclare n'avoir jamais pu la constater; elle n'a trouvé dans les fausses membranes de la diphthérie que des corpuscules moléculaires, des cellules épithéliales diversement configurées, des globules sanguins et des globules de pus. La question, comme on le voit, valait la peine d'être étudiée, et nous espérons que les renseignements si précis fournis par M. Laboulbène en assureront la solution définitive.

Ajoutons que l'auteur proteste contre l'assimilation qu'on a cherché à établir depuis quelques années entre la diphthérie et la pourriture d'hôpital pseudo-membraneuse. « Il résulte pour moi, dit-il, des différents faits que j'ai étudiés, la conviction que la pourriture d'hôpital, qu'elle soit franchement ulcéreuse, ou qu'elle affecte la forme pseudo-membraneuse, est un mode spécial de gangrène. Des portions membraniformes grisâtres, examinées au microscope, m'ont toujours montré, parmi les produits exsudés, des fragments mortifiés du tissu cellulaire, des fibres musculaires, etc. Il semble que le tissu qui a exsudé, par ses interstices et à sa surface, la fausse membrane, s'est ensuite sphacélé. » C'est en se fondant sur ces différences anatomiques, et sur l'absence de toute manifestation pseudo-membraneuse généralisée, chez les malades de MM. Chavanne et Blin, que M. Laboulbène se refuse à admettre l'identité des deux processus morbides. Il a fait ressortir également les caractères distinctifs de la lésion qui caractérise la stomatite ulcéro-membraneuse; il s'est appliqué à montrer que, dans ce dernier cas, la plaque jaune n'est pas un produit d'exsudation, mais une partie sphacélée de la muqueuse buccale; après la chute de cette partie sphacélée, la muqueuse ulcérée, mise à nu à une profondeur variable se recouvre d'une production plastique; plus tard la muqueuse ulcérée se revêt d'une exsudation cicatricielle dans laquelle domine l'épithélium pavimenteux.

Nous ne saurions omettre de signaler les résultats auxquels l'auteur a été conduit par ses recherches personnelles sur les fausses membranes des vésico-pustules de la variole. Des dissidences règnent encore aujourd'hui sur ce point d'anatomie pathologique, et il n'est pas sans intérêt d'apporter quelques éléments nouveaux à la solution de cette question. Or, voici ce qu'a vu M. Laboulbène : « Sur le derme de la véritable pustule globuleuse qui a cessé d'être ombiliquée, et dont l'épiderme a été soigneusement détaché, on trouve une couche d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, mollasse, formée de points saillants et rapprochés, presque contigus ou même contigus, et dépassant la hauteur des aréoles fibreuses et vasculaires du derme.....

» Cette matière blanchâtre ou jaunâtre est évidemment une fausse membrane, ainsi que l'indiquent les résultats de l'examen microscopique. Elle adhère au derme qui l'a sécrétée; l'épiderme, d'abord fortement uni à elle au centre, s'en est détaché plus tard. De ces deux faces, la face adhérente tient donc au derme, la face libre regarde l'épiderme soulevé. La forme de la fausse membrane est celle d'un cône tronqué, déprimé en cratère au centre, ou d'un

disque à bords épaissis, parfois d'une espèce de cupule. » C'est à cette forme toute particulière de la fausse membrane, et non point à la présence des conduits sudorifiques, que l'auteur attribue l'ombilic de la vésico-pustule. Il s'éloigne en cela des opinions de Cotugno, de Petzholdt et de M. Luys. Enfin, et cette interprétation lui appartient en propre, il regarde cette couche pseudo-membraneuse exsudée avant la période de suppuration comme étant destinée à préserver le derme et à en prévenir l'érosion. « Toutes les fois que le disque pseudo-membraneux est détruit par la suppuration prolongée d'une variole normale, non modifiée par la vaccine, le derme est érodé, et une cicatrice lui succède. Toutes les fois que la suppuration de la variole se borne à détruire en partie la surface supérieure de la fausse membrane, le derme est préservé par celle-ci, la cicatrice n'apparaît jamais. »

Cette manière de voir est, sans contredit, fort ingénieuse; mais nous craignons qu'elle ne repose sur une condition inadmissible. Pour que les choses se passent comme le veut M. Laboulbène, il faut, de toute nécessité, que la suppuration se fasse entre la face supérieure de la fausse membrane et l'épiderme soulevé; or, ce n'est pas ce dernier assurément qui accomplit le travail pyogénique, il faudrait donc que ce fût la fausse membrane; mais la suppuration suppose l'organisation, et le disque pseudo-membraneux n'est point organisé. Tout porte à croire, par conséquent, que le travail de suppuration se fait à la surface du derme lui-même, et que c'est la face profonde de la fausse membrane qui est soumise la première à l'action du liquide purulent. De nouvelles recherches nous paraissent nécessaires sur ce point.

Parmi les nombreuses questions qu'a traitées M. Laboulbène dans son ouvrage, bien d'autres assurément mériteraient encore d'être signalées, mais nous croyons en avoir dit assez pour convaincre nos lecteurs de la valeur de cette œuvre éminemment utile. Déjà nous avons dépassé les limites d'un simple compte rendu, mais nous espérons que l'importance du sujet pourra nous servir d'excuse.

D<sup>r</sup> JACCOUD.

## V

## VARIÉTÉS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Le lundi 4 novembre 1861, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination aux places d'externes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Les élèves qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration; les inscriptions seront reçues depuis le lundi 30 septembre 1861, jusqu'au samedi 19 octobre suivant.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 27 octobre prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Cette séance sera suivie d'un banquet offert par le conseil général et les membres de la Société centrale à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales des départements.

Le banquet aura lieu à sept heures du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli. Le prix de la souscription a été fixé à vingt francs. On souscrit directement, ou par lettre, chez le trésorier de la Société centrale, M. le docteur Brun, rue d'Aumale, n° 23.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques seront reprises à l'École pratique le lundi 14 octobre. A dater de cette époque, les pavillons resteront ouverts tous les jours de onze heures à quatre heures. Ceux d'entre eux qui désireront se livrer à ces études, peuvent, dès aujourd'hui, se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

— Un concours pour la nomination d'un chef interne des hospices civils de Toulon, s'ouvrira dans cette ville le 12 décembre prochain. Les émoluments sont fixés à 500 francs; une subvention de 200 francs est allouée comme répétiteur du cours d'accouchement. Le chef interne est de plus logé, nourri, éclairé, chauffé, blanchi dans l'établissement.

— Le roi de Danemark vient d'envoyer les insignes de chevalier de l'ordre du Dännebrog au célèbre professeur de clinique chirurgicale d'Édimbourg, Jame Syme.

— Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, du 19 juin dernier, a décidé que les élèves en pharmacie aspirant au titre de pharmacien de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> classe, ne peuvent être admis qu'à partir de l'âge de seize ans à s'inscrire, conformément aux dispositions du décret du 15 février 1860, comme stagiaire dans une officine.

— L'AMERICAN MEDICAL TIMES raconte un moyen ingénieux employé par un charlatan de la Nouvelle-Orléans pour se faire une immense réputation. Il rapportait toutes les maladies des femmes à une tumeur de la matrice, et, dès qu'il était appelé auprès d'une malade, sous prétexte d'examiner les organes génitaux, il introduisait jusque dans la matrice un petit morceau de viande crue. Survenaient bientôt des douleurs intolérables. « Très bien, le remède opère, disait notre homme, et je n'en donne pas pour longtemps à la tumeur avant qu'elle soit obligée de vider la place. » En effet, la viande était enfin expulsée, et, en même temps, les douleurs s'effaçaient comme par enchantement. La malade, guérie, pouvait palper la prétendue cause de ses maux, et payait en conséquence !

Le misérable qui se livrait à cette spéculation a été condamné à 500 francs d'amende.

## VI

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 43. Fièvre intermittente des Indes, par *Crockerry*. — 44. Renseignements administratifs. — 45. Fracture du crâne, par *Jamison*. — Clinique. — 46. Tumeur de l'os maxillaire supérieur, par *Egan*. — 47. Deux cas d'anévrysme de l'aorte, par *Benson* et *Geoghegan*. — 48. Digitale contre le *delirium tremens*, par *Sharkey*. — Le premier symptôme de la famine, par *W. Crooke*. — 49. Composition incertaine de l'eau de laurier cerise, par *Draper*. — 50. Glossite idiopathique, par *Geoghegan*. — 51. Injections iodées dans un cas d'empyème avec fistule, par *Malmsten*. — Tétanos traumatique, par *Hutchinson*. — 52. Sur la glycérine, par *Gore*. — *Idem*, par *Moore*. — Absence congénitale du nez avec bec-de-lièvre, par *Brewster*. — 53. Revues de sociétés et cliniques.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Novembre. Clinique chirurgicale, par *J. Spence*. — Mortalité des enfants au-dessus de cinq ans, par *W.-J. Marshall*. — Bandages plâtrés, par *Traneus*. — Sur la chirurgie dentaire, par *J. Smith*. — Sur la mortalité des enfants, par *Gairdner*. — Cas de petite vérole intra-utérine, par *R. Simpson*. — Clinique chirurgicale, par *Edwards*. — Décembre. Amputation de la cuisse. — Application de quatre aiguilles à acupressures. — Enlèvement des aiguilles quarante-neuf heures après l'amputation. — Attelle de Sayre pour la coxalgie. — Abcès du larynx, par *Thin*. — Trichina spinalis. — Résection du coude.

### Livres.

ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN, par les docteurs *Bonamy*, *Broca* et *Beau*. 51<sup>e</sup> livraison. Paris, Victor Masson et fils. Prix de la livraison, avec planches noires. 2 fr
Avec planches coloriées. 4 fr

LEÇONS SUR LES FAMILLES NATURELLES DES PLANTES, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *J.-B. Payer*. 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> livraisons. Paris, Victor Masson et fils. Prix de chaque livraison. 60 c.

LEÇONS DE CHIMIE ÉLÉMENTAIRE APPLIQUÉE AUX ARTS INDUSTRIELS, par M. *J. Girardin*. Fascicule 2 du tome II, avec nombreuses figures et 136 échantillons en papier, étoffes de soie, étoffes de laine et étoffes de coton, intercalés dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.
L'ouvrage complet coûte :
Tome I<sup>er</sup>, *Chimie inorganique*, in-8 de 880 pages, avec 343 figures dans le texte. 15 fr.
Tome II, *Chimie organique*, in-8 de 910 pages, avec 647 figures et 136 échantillons de teintures et d'indiennes dans le texte. 15 fr.
Chaque volume est vendu séparément.

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le docteur *A. Cullerier*. 2<sup>e</sup> livraison. Paris, Méquignon-Marvis. 3 fr.
L'ouvrage formera 1 vol. in-18 de 7 à 800 pages, avec 80 planches dessinées d'après nature dans les hôpitaux spéciaux, gravées au burin sur acier et coloriées avec le plus grand soin. Il sera publié en 10 livraisons, chacune de 8 planches et d'un texte correspondant, qui paraîtront de trois en trois mois.

DE LA DIPHTHÉRIE DU PHARYNX, par le docteur *Aug. Millet*. In-8 de 111 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 25

DU CHOIX D'UN CLIMAT D'HIVER DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHRONIQUES DE LA POITRINE, ET SPÉCIALEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par le docteur *Bonnet de Malherbe*. In-8 de 48 pages. Deuxième édition. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 18 OCTOBRE 1861. N° 42.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Rapport de M. le professeur Gosselin sur un mémoire de M. Léon Le Fort relatif à la résection de la hanche. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : De la maladie du sommeil. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Bibliographie.** Observations topographiques et médicales recueillies dans un voyage à l'isthme de Suez, sur le littoral de la mer Rouge et en Abyssinie. — Des ténifuges employés en Abyssinie. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VII. **Feuilleton.** Revue professionnelle à l'étranger.

## I

Paris, le 17 octobre 1861.

*Académie de médecine :* RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR GOSSELIN SUR UN MÉMOIRE DE M. LÉON LE FORT RELATIF A LA RÉSECTION DE LA HANCHE (1).

On accuse parfois les académies de garder dans le secret de leurs archives les mémoires qui leur sont adressés, lesquels trouvent souvent dans le portefeuille des rapporteurs une tombe prématurée. Ce reproche ne saurait être fait à M. Gosselin ; en quelques mois cet académicien a donné lecture de trois rapports faits avec cette élégance de style, cette clarté et cette sagesse d'esprit qui distinguent l'auteur du COMPENDIUM. Aujourd'hui, M. le professeur Gosselin a lu à l'Académie un rapport sur un mémoire relatif à la résection de la hanche ; l'importance du sujet et la manière remarquable dont le rapporteur a su mettre en lumière de graves questions de thérapeutique chirurgicale, sur lesquelles on annonce une importante discussion, nous engagent à publier ce rapport presque en totalité. Nous poserons ainsi, au profit du lecteur et de nous-même, une excellente base pour l'appréciation du débat. A. D.

(1) Voy. un résumé du travail de M. Le Fort et quelques remarques de la *Gazette hebdomadaire* sur ce travail, année 1860, p. 785 et 787.

Nous avons été chargés, MM. Larrey, Jobert (de Lamballe), Velpeau et moi, de vous rendre compte d'un travail considérable de M. le docteur Léon Le Fort, prosecteur à la Faculté de médecine, sur la résection de l'articulation coxo-fémorale.

Ce travail est l'expression d'une pensée générale, ou plutôt d'un désir que l'auteur ne dissimule pas, celui d'entraîner la chirurgie française dans une voie où elle s'est peu engagée jusqu'à présent, la résection des grandes articulations pour les maladies spontanées ou traumatiques, dont elles sont si fréquemment le siége.

Déjà notre jeune confrère a rassemblé dans un grand travail des documents importants sur la résection du genou. Aujourd'hui il soumet à votre appréciation ceux qu'il a trouvés dans les annales de la science sur la résection de la hanche dans la coxalgie ou à la suite de coups de feu.

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle à l'étranger.

SOMMAIRE. — Le *puff* médical en Amérique. Un médecin inspiré. — Bataille de *Bull's-Run;* détails sur le corps de santé. — Invasion de la Cochinchine par l'armée française et la syphilis ; mesures sanitaires. — Assimilation des grades des médecins militaires à ceux des officiers de l'armée en Angleterre. — Association d'un médecin et d'un pharmacien en Angleterre et à Paris. Un pauvre diable. — Tarif des honoraires médicaux en Italie. — Fâcheuse position des esprits .. frappeurs en Espagne.

On sait à quel degré de perfection est arrivé en Amérique l'art de la réclame ; le *puffiste* a surtout besoin que l'on parle de lui. Le sublime du genre est de se faire adresser dans les colonnes d'un journal politique des critiques plus ou moins acérées que l'on paye soi-même à tant la ligne, dépense que les clients, attirés par le mérite jusque-là inconnu mais en apparence persécuté, viennent bientôt rembourser avec usure. Le NEW-YORK HERALD du mois dernier renferme un de ces articles sur la nature duquel le doute est permis ; est-ce une satire, est-ce une réclame? Pour ma part j'hésite, mais je penche pour la dernière hypothèse. Le titre est appétissant : *Les miracles du Christ renouvelés. — Les boiteux marchent, les sourds entendent, les aveugles voient. — Guérisons étonnantes obtenues par un médecin de New-York. — Perplexité de la Faculté,* etc.... Puis viennent les récits merveilleux et avant tout l'adresse du héros : Dans une magnifique maison, au n° 32 de la huitième rue sud-est, à New-York, habite le docteur J.-R. Newton, qui s'intitule médecin praticien pour la guérison de tous les maux qui affligent le corps. Ce médecin voyageur, car il arrive de Boston, où en dix mois il a guéri dix mille malades réputés presque tous incurables, est un homme de quarante-cinq ans, auprès duquel les Vriès noirs ou blancs sont bien pâles. Il n'a pas besoin d'aller chercher des herbes à Java ou ailleurs ; il guérit par un simple effort de sa volonté. — Voilà un médecin qui ne doit pas plaire aux pharmaciens de New-York ! Le traitement n'exige aucun médicament, aucune opération

§ Ier. — *Coxalgie.*

Sur la coxalgie, M. Le Fort rappelle que cette maladie se termine souvent par suppuration avec carie des surfaces articulaires, et il émet comme incontestable que, parmi les sujets ainsi atteints de coxalgie suppurante, le plus grand nombre succombent minés par la suppuration, les autres moins nombreux survivent, mais avec la cuisse fléchie sur le ventre, croisée sur celle du côté opposé, et gênante pour la marche, d'où l'obligation de se traîner indéfiniment sur deux béquilles, et une infirmité des plus déplorables.

Ce point de départ une fois accepté, M. Le Fort en déduit qu'une opération capable de sauver la vie dans le plus grand nombre des cas, et en la sauvant de laisser après elle un membre utile pour la marche, est une ressource précieuse que la chirurgie doit s'empresser d'offrir aux patients. Cette opération c'est la résection du col du fémur seul, ou du fémur et de la cavité cotyloïde. Ainsi posée, la question est déjà capitale et digne de tout votre intérêt; mais comme ce sont les chirurgiens anglais, allemands et américains qui ont, dans ces dernières années, pratiqué souvent cette opération, tandis que nous sommes restés à l'état d'inaction en France, il n'est pas possible d'approfondir le sujet sans comparer sur ce point la chirurgie française avec la chirurgie étrangère, notamment avec la chirurgie anglaise, sans chercher pourquoi nous n'avons pas suivi les mêmes errements, sans nous demander si, par hasard, nous ne sommes pas restés en arrière au lieu de suivre le progrès.....

Comme il importe, avant tout, de faire passer sous vos yeux les immenses matériaux accumulés par M. Le Fort, nous accepterons provisoirement, nous réservant de la discuter plus loin, la justesse de son point de départ, à savoir la terminaison habituelle de la coxalgie osseuse suppurée par la mort ou par une affreuse difformité.....

Après avoir exposé l'historique de la question et montré l'opération successivement introduite et abandonnée, puis définitivement reprise en Angleterre et en Allemagne, M. Gosselin continue ainsi :

M. Le Fort examine longuement les motifs qui militent en faveur de la résection. Tirant parti de quelques exemples de guérison après expulsion spontanée de la tête fémorale nécrosée, il se demande pourquoi l'art n'imiterait pas la nature, et ne chercherait pas à obtenir la guérison en enlevant cette même tête du fémur. Puis il dépeint, en assombrissant un peu le tableau, les conséquences fâcheuses de la maladie lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et établit que la résection est indiquée toutes les fois que des abcès ossifluents ont laissé des fistules fournissant beaucoup de pus, que la suppuration mine les malades, et semble menacer prochainement leur existence.

Il établit d'ailleurs avec soin une distinction entre les cas où le pus vient des parties molles et ceux où il vient des os. L'opération lui paraît indiquée seulement pour ces dernières, et une condition indispensable avant de la décider est d'avoir constaté avec le doigt ou les instruments la carie de la tête fémorale. Nous pourrions, chemin faisant, adresser quelques objections à l'auteur sur la signification qu'il attache à ce mot carie, lui demander, par exemple, comment on peut distinguer avec le doigt ou les instruments une ostéite de ce genre, qu'il paraît considérer comme incurable, de l'ostéite suppurante non ulcérative, susceptible de guérison. Mais encore nous ne voulons pas nous montrer trop exigeant, et demander à l'auteur des notions plus précises que celles qu'il a trouvées à ce sujet dans les livres.

Parmi les cas de coxalgie osseuse suppurée, les uns sont accompagnés de luxation spontanée, les autres non. La résection est tout particulièrement indiquée pour les premiers; mais elle n'est pas contre-indiquée dans les seconds, et l'auteur rapporte trente observations dans lesquelles l'opérateur est allé chercher la tête du fémur dans la cavité cotyloïde.

Mais la lésion nommée carie peut occuper cette cavité cotyloïde en même temps que la tête fémorale. N'est-ce pas là une contre-indication? Ici M. Le Fort, tout en admettant avec M. Erichson que la situation des trajets fistuleux à l'aine indique une affection concomitante de l'acétabule, reconnaît cependant que ce diagnostic est le plus souvent impossible à faire à l'avance; mais qu'importe? On commence par le col, et si, après cette première opération l'on reconnaît que les deux surfaces articulaires sont très malades, on resèque la seconde, c'est-à-dire la cavité cotyloïde; si l'on ne peut la reséquer tout entière, on la rugine du moins, et la guérison peut s'ensuivre.

En effet, dans 30 des observations citées par M. Le Fort, les deux os ont été attaqués par les chirurgiens, et 15 succès ont été obtenus.

Lorsqu'il y a suppuration, fistules, lésion certaine de la tête fémorale, l'attitude du membre, par rapport au tronc et par rapport à l'autre membre, est variable. Qu'il y *ait ou non luxation spontanée*, la cuisse peut être fléchie ou étendue, portée dans l'adduction et croisée sur l'autre, ou placée dans l'abduction et la rotation en dehors. Les cas où il y a flexion et adduction sont ceux qui nécessitent le plus impérieusement la résection. Les autres l'indiquent encore, pour peu que l'épuisement et l'hecticité commençante fassent craindre une mort plus ou moins prompte.

Enfin la coxalgie suppurée s'accompagne souvent d'autres lésions, soit du squelette, soit de l'appareil respiratoire, qui sont l'expression de la même cause générale portée à un très haut degré. M. Le Fort admet que ces lésions sont des contre-indications positives, et il réserve l'opération pour les cas dans lesquels, la lésion coxo-fémorale étant la seule expression de la diathèse lymphatique, on a le droit de craindre qu'elle porte à la santé les plus graves atteintes...

---

chirurgicale et ne cause aucune douleur ; la volonté du médecin, voilà la seule drogue nécessaire ; elle ne manque jamais, pourvu toutefois qu'on la paye assez cher. En trente minutes elle guérit les maladies les plus invétérées, et son effet est si sûr que peu d'affections résistent à une première séance, excepté toutefois la surdité, l'épilepsie et la phthisie. Les fractures, les luxations, les déviations du rachis ne sont pas non plus guéries instantanément, mais elles sont toujours améliorées. Les maladies certainement guéries en une seule séance sont les affections utérines, la faiblesse d'esprit, celle des organes génitaux, l'aphonie, la dyspepsie, la bronchite, le rhumatisme, le diabète, les maladies du cœur, du foie, etc., etc. On ne parle pas de la stérilité.

Si on questionne le docteur Newton sur les moyens qu'il emploie, il répond qu'il lui a toujours été impossible de se faire une idée de la puissance vitale qu'il a en lui et qu'il emploie ; il sait seulement qu'il possède une telle vertu curative, qu'il lui est impossible d'opérer sur un malade sans lui communiquer une forte dose de sa force vitale, agent inépuisable à ce qu'il paraît, mais un peu homœopathique, puisqu'à l'instar de ces mystérieux médicaments, plus on l'affaiblit, plus il acquiert de force.

Le procédé varie. Quelquefois l'apposition des mains suffit, quelquefois l'opérateur frotte avec une incomparable vigueur la partie malade ; dans les cas de surdité, il place sur une oreille un lambeau de flanelle bleue, sur l'autre un morceau de laine blanche, frotte dessus quelques minutes, souffle dans l'oreille, et le tour est fait.

Le docteur noir avait découvert à Java des plantes inconnues qu'il achetait rue des Lombards ou ailleurs; l'homœopathie a besoin de globules; le docteur Newton, lui, n'a besoin de rien.

Vriès prétendait tenir son secret des sauvages et peut-être du prophète Ezéchiel, qui avait bien voulu lui rendre visite pour lui ordonner d'aller à Paris. Hahnemann, après avoir pris du quinquina, fit un mauvais rêve, et crut, au réveil, que le quinquina lui avait donné la fièvre qu'il n'avait pas eue. Le docteur Newton fut médecin malgré lui. A l'âge de dix ans, c'est toujours le New-York Herald qui nous l'apprend, Newton s'aperçut qu'il possédait à un

Le rapporteur examine les moyens les meilleurs pour pratiquer une opération moins difficile qu'elle ne paraît au premier abord, facile même lorsque la luxation spontanée existe; puis il arrive à la partie du travail qui concerne les résultats obtenus.

Ici, la commission doit de grands éloges à M. Le Fort pour le soin qu'il a pris de relater toutes les observations qui sont consignées dans les annales de la science, d'en présenter des tableaux statistiques bien faits et des résumés très clairs. Cette partie de son mémoire sera d'une grande utilité pour tous ceux qui voudront approfondir ce sujet.

M. Le Fort a donc réuni 85 cas de résection pour coxalgie, provenant :

42, d'Angleterre ;
37, d'Allemagne ;
6, d'Amérique ;
1, de France (celui de Roux).

Sur ces 85 observations, 13 sont incomplètes et douteuses quant aux résultats, parce qu'elles ont été publiées avant la fin, et qu'on ne sait pas quelle a été celle-ci. Restent 72, dont le résultat définitif a été 42 succès (ou 58 pour 100), 29 morts (ou 40 pour 100), 1 suivie de récidive d'ostéite suppurante........

Or, parmi les 42 guéris, 27 sont mentionnés comme ayant un membre très utile qui leur permettait de marcher sans béquilles, le plus souvent avec une canne, et avec le seul assujettissement d'un soulier à talon élevé. Quelques-uns de ceux-là font à pied plusieurs kilomètres; un de ceux de M. Fergusson peut en faire 32 sans trop de fatigues. Il est probable que tous ces opérés sont plus ou moins boiteux; mais on ne le spécifie pas dans les observations, de même qu'on a oublié de nous dire si leur démarche est bien assurée, s'ils ne tombent pas trop souvent, s'ils peuvent prendre toutes les attitudes.

Quant aux 15 autres portés comme guéris, les auteurs n'ont pas dit s'ils marchaient beaucoup ou peu, s'ils se servaient ou non de béquilles ou de cannes; ce qu'on sait seulement, c'est qu'ils ne sont pas morts.

Pour ce qui est des 29 cas de mort, M. Le Fort les divise en deux catégories : 21 dans lesquels la mort est bien imputée à l'opération, et 8 où on l'a attribuée à des lésions viscérales indépendantes de cette dernière.

M. Le Fort a compris qu'il y aurait inconvénient à englober dans une même statistique les opérations faites sur les enfants et celles pratiquées sur les adolescents et les adultes........

En résumé, de 5 à 19 ans, 17 morts sur 49 opérés, ou 2 sur 6;

De 20 à 50 ans, 7 morts sur 18 opérés, ou 2 sur 5.

Enfin, ainsi que nous l'avons déjà dit, la résection a porté sur la tête du fémur et la cavité cotyloïde 30 fois; 3 fois le résultat est resté incertain, parce que l'opération a été publiée trop tôt. Les 27 autres ont donné 11 décès et 15 guérisons, ce qui donne, à peu de chose près, la même proportion que tout à l'heure, 1 mort sur 3 opérés environ.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de faire quelques remarques sur ces chiffres, car si tout d'abord ils sont séduisants, au fond ils laissent quelque chose à désirer. Que doit-on conclure, par exemple, quant à la déambulation pour les 15 malades qui n'ont pas succombé, mais chez lesquels on ne signale pas ce qui est relatif à cet acte important? On persuadera difficilement aux anatomistes que tous les sujets privés de tête fémorale et des moyens d'union que la nature a si admirablement répartis entre le fémur et l'os coxal, que tous, disons-nous, aient assez de solidité pour marcher sans béquilles, et, en présence d'une longue énumération de faits dans lesquels on n'en signale pas un seul où la marche ait été difficile, impossible même, on est invinciblement entraîné à se défier du merveilleux, et à croire que les malades pour lesquels cette omission a été faite se trouvaient probablement dans cet état d'impotence que la théorie fait prévoir pour un certain nombre de malades.

Messieurs, cette critique ne s'adresse pas à M. Le Fort, mais bien aux auteurs dont il a emprunté les observations, et lui-même exprime le regret que vous venez d'entendre.

M. Gosselin se demande brièvement si la statistique est l'expression vraie de l'état des choses, si tous les faits ont ou n'ont pas été publiés; après quoi il recherche, pour le passé, quels sont les motifs qui ont détourné les chirurgiens français de l'opération ; pour l'avenir, s'il faut conseiller de la pratiquer plus souvent. La coxalgie lui paraît avoir moins de gravité en France qu'en Angleterre, soit par elle-même et à cause de la constitution différente des sujets affectés, soit parce qu'elle y est mieux traitée.

En définitive, pour savoir jusqu'à quel point l'on pourrait nous reprocher de n'avoir pas fait la résection, il faudrait qu'on pût placer à côté de la statistique des reséqués, une statistique des non reséqués, et voir quelles seraient les différences, quant au nombre des morts et quant au degré de l'infirmité pour ceux qui guérissent. Personne ne possède les matériaux de cette statistique, et nous ne pouvons aujourd'hui invoquer à l'appui de notre temporisation que des souvenirs. Parmi ces souvenirs, il en est d'assez précis pour que nous ne craignions pas de les mettre en évidence. Aussi bien, pour le faire, serons-nous obligé d'établir, parmi les sujets atteints de coxalgie osseuse suppurée, trois classes, dont la distinction nous servira pour les développements ulterieurs de notre travail, savoir, première classe, les malades, presque tous enfants, de la pratique particulière; deuxième classe, ceux des hôpitaux d'enfants; troisième classe, ceux des hôpitaux d'adultes. Or, pour les malades de la ville, nous pouvons affirmer que, dans le plus grand nombre des cas, la guérison est obtenue,

---

degré extraordinaire le pouvoir de guérir. Il se borna d'abord à exercer ses talents sur les verrues, les cors aux pieds et autres embellissements de la peau de ses amis et connaissances. Ses succès ne tardèrent pas à le faire connaître, et il eut bientôt à sa suite une foule de malades qui laissaient tout pour le suivre. A Boston, à Cincinnati, toujours suivant le HERALD, ses succès se comptèrent par milliers; à New-York, il reçoit chaque jour des centaines de malades dans la salle d'opération. Le docteur Newton a une ferme confiance dans l'efficacité de la foi et de la prière; il pense que le pouvoir de guérir, que le Christ donna à ses apôtres, subsiste toujours, mais qu'il a été seulement suspendu à cause de l'absence de la foi. Cependant le docteur n'appartient à aucune des sectes chrétiennes, car il n'a jamais été baptisé; la foi dans le Christ et la prière conservent seules son pouvoir.... Mais c'est assez mêler la religion à la plus indigne jonglerie, et nous ne l'eussions pas fait si nous n'avions voulu, en citant presque textuellement des passages d'un long article d'un journal très répandu en Amérique, montrer ce que peut oser la réclame de l'autre côté de l'Atlantique, et tout le parti que peut partout tirer un charlatanisme éhonté de la superstition et de l'ignorance des masses populaires.

— Vous parler aujourd'hui de la fameuse bataille de Bull's Run, c'est faire de l'histoire fort rétrospective. Vous n'avez pu oublier, indulgent lecteur, que l'armée fédérale des États désunis d'Amérique, jalouse de montrer avec quelle rapidité elle pouvait se porter d'un point à un autre et surprendre l'ennemi, surprit à la fois amis et ennemis par la rapidité avec laquelle elle courut loin du champ de bataille. Officiers, sous-officiers et soldats firent assaut sinon de courage, du moins d'haleine et de jarrets; parmi ceux, en fort petit nombre, qui restèrent fermes au poste confié à leur honneur, nous n'avons pas été surpris, mais nous avons été heureux d'apprendre que l'on comptait les médecins de l'ambulance, et il ne faut pas croire, pour diminuer les éloges que leur donne M. Russell, correspondant du TIMES et témoin oculaire, que leur qualité de non combattants mettait nos confrères à l'abri du danger; le contraire

sans trop de difformité, et la mort a lieu très rarement. Votre rapporteur, en particulier, pourrait citer cinq faits qui lui appartiennent, et dans lesquels, après une suppuration d'assez longue durée, et quelques phénomènes d'hecticité, la guérison a été obtenue : les sujets sont restés boiteux, sans doute, mais ils avaient le membre dans l'extension, et tous sont parvenus à marcher sans béquilles. Ils étaient âgés de cinq, sept, dix et quatorze ans, lorsque les premiers symptômes se sont montrés. Les autres membres de la commission possèdent des faits analogues, et nous savons que presque tous les chirurgiens de Paris en possèdent aussi ; nous sommes donc autorisé à soutenir que si, d'une manière générale, la suppuration et la carie coxo-fémorale peuvent conduire à la mort, cette éventualité est chez nous assez rare, et conséquemment l'opération qu'on propose pour l'éviter n'est presque jamais indiqué chez les sujets de cette première classe.

Pour ce qui est de la seconde classe, plus nombreuse, sans contredit, celle des enfants admis, à Paris, dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, nous n'avons pas à invoquer de souvenirs, puisque nous n'avons pas été attaché à ces établissements, et, comme nous ne connaissons pas de relevés livrés à la publicité, il faudra bien nous en tenir à quelques renseignements que nous devons à la complaisance de plusieurs de nos collègues. N'est-ce pas le lieu d'exprimer en passant un regret sur ce vice de notre organisation nosocomiale, qui ne permet pas aux chirurgiens d'observer sur la même échelle les maladies des enfants et celles des adultes. Les hôpitaux anglais et allemands nous paraissent mieux comprendre les intérêts de la science, et, sous beaucoup de rapports, ceux de l'humanité, en autorisant la réunion, dans les mêmes asiles, des sujets de tous les âges. Des renseignements que nous avons pris auprès de MM. Bouvier, Guersant, R. Marjolin et Giraldès, de ceux qui sont fournis par la thèse de M. Gibert, il résulte qu'un bon nombre de coxalgies suppurées se terminent par la mort, et d'autres guérissent avec une difformité variable, mais en général moins grande que celle indiquée par M. Le Fort; et il nous est impossible de savoir, même approximativement dans quelle proportion se trouvent les morts et les guérisons, et d'en déduire qu'il y a lieu de regretter l'abstention de la résection, abstention qui paraît avoir été, jusqu'ici, la règle de nos hôpitaux d'enfants.

Reste enfin la troisième catégorie, celle des adolescents et des adultes, admis dans nos grands hôpitaux d'adultes : ils sont peu nombreux; car, plus on avance dans la vie, et plus est rare la suppuration des coxalgies. Ici encore, nous n'avons pas de chiffres concluants à présenter, mais nos souvenirs cliniques sont en faveur du pronostic grave énoncé par M. Le Fort. Les rares sujets qui ont eu, sous nos yeux, des caries de l'articulation coxo-fémorale ont succombé par l'hecticité ou par la phthisie pulmonaire, et il n'est pas impossible que cette dernière ait été la conséquence de la suppuration prolongée, ou du séjour forcé, pendant des mois ou des années dans le milieu insalubre de l'hôpital. Parmi ceux-là, peut-être l'indication de la résection aurait-elle pu être saisie quelquefois, si nous n'avions pas été arrêté, soit par l'insuffisance des notions que nous possédions, jusqu'à présent, sur cette opération soit par certaines contre-indications dont nous parlerons tout à l'heure.

Au milieu de l'obscurité que laisse sur la question de mortalité relative l'insuffisance des documents relatifs aux hôpitaux d'enfants, on trouve peut-être exagérée et peu fondée l'opinion que nous avons émise sur la mortalité moindre de cette maladie en France que partout ailleurs, mais nous sommes vivement influencé, comme nous l'avons déjà dit, par les résultats de la pratique privée. Cette impression résulte aussi de la confiance que nous avons dans les moyens de traitement dont nous disposons, moyens qui, si l'on s'en rapporte à la lecture des observations mises sous nos yeux par M. Le Fort, sont moins employés à l'étranger. Il nous semble, en un mot, que chez nous les indications de la résection sont rendues plus rares par notre thérapeutique, et cette seconde raison, liée à la précédente, a pu faire reculer les chirurgiens français.

M. Gosselin démontre alors par un exposé rapide des traitements actuellement usités en France, comment ils exercent cette heureuse influence de rendre la nécessité de la résection beaucoup plus rare dans notre pays qu'en Angleterre.

Mais si les indications se sont présentées quelquefois, n'avons-nous pas, dit-il, été arrêté par des contre-indications, et n'avons-nous pas là une troisième raison qui justifie notre pratique passée? Les contre-indications qu'il examine successivement sont : 1° la diathèse tuberculeuse; 2° le refus des parents, et ici nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement les paroles de M. Gosselin :

Pour les enfants, l'indication paraissant précise, l'opération peut être contre-indiquée par le refus des parents. Notez en effet, messieurs, que le chirurgien qui propose à une famille la résection, ne peut pas dissimuler, d'une part, que cette ressource ne préservera pas inévitablement de la mort, et que, d'une autre part, à supposer la vie sauve, elle n'empêchera pas de boiter, peut-être même de marcher indéfiniment avec des béquilles. Or, nous ne savons si à l'étranger les parents sont plus faciles, mais il est certain que chez nous cette perspective les effraye et les fait reculer. M. Marjolin nous en citait encore dernièrement un exemple, et le chirurgien est d'autant moins disposé à encourager les parents que la claudication ultérieure, si elle avait lieu, serait inévitablement attribuée à l'opération et acceptée avec moins de résignation que celle qu'eût occasionnée la maladie elle-même.

Pour les hôpitaux d'adultes, nous avons une autre contre-indication puisée dans la rareté des succès à la suite des grandes opérations, succès plus rares à Paris qu'en Angleterre.....

Pour nous résumer sur cette question du passé, nous croyons

---

est malheureusement vrai, car l'un d'eux fut tué. On aime à se persuader que le projectile s'était trompé d'adresse, mais il n'en a pas moins privé l'armée fédérale d'un homme de cœur, qui sut montrer ce que peuvent le courage et le sang-froid soutenus par le sentiment du devoir.

Six médecins furent faits prisonniers et pansèrent, dans les ambulances sécessionnistes, fédéraux et confédérés. Les blessés furent soignés le mieux possible, et non pas, comme on l'avait dit, égorgés sans pitié par une soldatesque barbare. Sans doute il y eut des actes isolés d'atrocité dans la bataille et dans la poursuite, mais il en est malheureusement ainsi dans toutes les guerres civiles. Si un bâtiment servant d'hôpital a été incendié par un obus, c'est un de ces terribles malheurs dont le hasard seul est coupable, et il est juste de rendre cette justice aux autorités confédérées qu'elles ont fait tout ce qui leur était possible pour améliorer le sort des blessés tombés entre leurs mains. Nous avions fort à cœur de donner ces renseignements, que nous tenons de source authentique.

—De la guerre à la vérole, des travaux de Mars aux plaisirs de Vénus, la transition peut paraître brusque ; Mars et Vénus formèrent pourtant jadis un couple trop uni. Je puis donc passer assez facilement d'Amérique en Cochinchine. Nous donnons à ce pays la civilisation; lui avons-nous aussi importé la syphilis? Il serait difficile de le dire. Civiliser et syphiliser ne sont sans doute pas synonymes, mais il est à craindre que le mal français ne soit dans quelques siècles en Cochinchine comme il est depuis longtemps à Naples, et, avec autant de raison à Naples qu'en Asie, le synonyme de ce que nous appelons en France *le mal napolitain*. Dans tous les cas le mal existe, et les beautés ammanites n'en sont pas exemptes.

D'après la lettre d'un de nos amis, médecin attaché à l'expédition, l'administration a dû se préoccuper avant tout de la création d'un dispensaire et de la fondation d'un hôpital de vénériennes. Mais le spéculum n'entre pas, et pour cause, dans l'arsenal de la chirurgie navale ; heureusement un Vulcain intelligent, qui n'était autre que le mécanicien d'un navire, a pu fournir à Mars l'instrument qui devait le garantir des présents de Vénus; et il en était

donc pouvoir établir que si la résection a été souvent pratiquée en Angleterre et en Allemagne, cela peut tenir, ou bien à ce que le nombre des coxalgies graves sans altération trop profonde de la santé y est plus considérable que chez nous, ou à ce que la maladie n'y est pas aussi bien traitée, et cela peut tenir à ce que nous avons été plus sévère dans l'appréciation des indications, et à ce que les contre-indications provenant des maladies concomitantes, de la volonté des parents et de la mauvaise hygiène de nos grands hôpitaux, nous en ont détourné; peut-être faut-il aussi l'expliquer par l'insuffisance de nos connaissances sur les résultats obtenus à l'étranger.

Vient maintenant la question de l'avenir. Faut-il rejeter à jamais la résection dans les cas de coxalgie suppurée? Il semble à votre commission, messieurs, que la réponse se déduit tout naturellement de l'étude rapide que nous venons de faire. Sur les malades de la ville, l'indication sera toujours exceptionnelle; dans les hôpitaux d'enfants, il doit rester entre les cas qui guérissent et ceux dans lesquels les contre-indications sont évidentes, un nombre beaucoup plus limité, qu'on ne paraît le croire à l'étranger, de sujets chez lesquels la résection pouvait être tentée; nous voulons parler de ces enfants chez qui l'ostéite suppurante entretient une hecticité menaçante. Nous ne voudrions pas, à l'exemple de Roux, de M. Fock (de Magdebourg), qu'on se décidât à opérer des sujets qui n'ont pas encore de suppuration, et chez lesquels on se proposerait seulement de remédier à la douleur, à une attitude vicieuse, ou à la longue durée de la maladie, pour ces cas où l'immobilité et la substitution d'une bonne à une mauvaise position nous rendent tant de services, et nous considérons les indications posées par M. Le Fort comme étant les seules que la prudence puisse accepter.

Il en est de même pour les hôpitaux d'adulte; il conviendrait de se laisser aller aux indications, surtout aux époques de l'année où l'infection purulente et l'érysipèle sévissent le moins, et il conviendrait de les suivre surtout si quelque jour la diminution de l'encombrement et une meilleure aération de nos salles nous donnaient, pour les grands opérés, l'assainissement qui nous manque encore aujourd'hui.....

Si quelques chirurgiens avaient été arrêtés jusqu'ici par des doutes sur la possibilité des guérisons et de la marche après cette opération, ils devront à M. Le Fort d'avoir mis sous les yeux tout ce que la science d'aujourd'hui possède d'arguments pour lever la plus grande partie des incertitudes à cet égard. Sans doute ils n'admettront pas, sans un examen ultérieur, que tous les opérés guéris pourront marcher sans béquilles, mais ils seront autorisés à l'espérer pour un certain nombre et à penser que ceux auxquels la ressource des béquilles continuerait à être nécessaire auraient du moins gagné la conservation de la vie. Que si, contrairement à nos prévisions, la résection continuait à être presque universellement rejetée parmi nous, le travail de M. Le Fort devrait au moins trouver des imitateurs et provoquer des statistiques contradictoires. Ceux qui ont l'occasion de voir des coxalgies, les chirurgiens, des hôpitaux d'enfants surtout, devraient rassembler des observations de coxalgies avec carie en nombre important, et nous montrer dans quelle proportion sont les morts et les guérisons. Placés à côté de la statistique de M. Le Fort et de celles que la résection de la hanche pourrait ultérieurement faire naître, les chiffres que nous provoquons seraient pour tous les chirurgiens un grand enseignement, et ce serait encore pour M. Le Fort un titre sérieux que d'avoir été parmi nous le promoteur de ce genre d'études.

§ 2. — *Résection pour les blessures par armes à feu.*

Lorsqu'un chirurgien se trouve en présence d'un blessé chez lequel un projectile a fracturé comminutivement l'extrémité supérieure du fémur, il a à choisir entre ces trois alternatives : la temporisation, la désarticulation de la cuisse, la résection. La première, on le sait, se termine presque inévitablement par la mort; la seconde est encore très menaçante pour la vie, et laisse après elle, si la guérison est obtenue, une triste mutilation; la troisième offre toujours de grands périls, mais, si elle réussit, l'infirmité est beaucoup moindre.

En tout état de choses, les chances de mort sont beaucoup plus grandes que celles d'une guérison; mais si on s'en tient aux données de la théorie, il semble que la résection soit le parti le moins mauvais à choisir. Telle est l'opinion de M. Le Fort, et telle serait aussi la nôtre. Malheureusement les faits manquent ou sont insuffisants pour juger définitivement la question, et même, au premier abord, ceux que l'on connaît semblent opposés à la théorie et plus favorables à la désarticulation qu'à la résection.

Aussi, en compulsant toutes les relations de chirurgie militaire, on trouve six succès de désarticulation de la cuisse pour coup de feu et un seul succès de résection.

Mais M. Le Fort avait fait observer, avec beaucoup de raison, qu'il ne serait pas juste de s'en tenir à ces chiffres bruts, et que, pour en apprécier la valeur, il conviendrait de connaître le nombre des opérés et de pouvoir comparer le chiffre des morts à celui des guérisons. Or, cette statistique ne peut être faite pour la désarticulation; car, au moment de la vulgarisation de cette opération par Larrey et Guthrie (vers 1810), on ne faisait connaître que les succès, et ce n'est que depuis une quinzaine d'années, depuis l'impulsion donnée par M. Malgaigne aux études statistiques, que ce moyen d'instruction a été introduit dans la chirurgie militaire comme dans la chirurgie civile, et bien plus dans celles d'Angleterre, d'Amérique et d'Allemagne que dans celle de France. Or, pendant la seule guerre de Crimée, 43 désarticulations ont été faites, et elles ont donné 43 morts. Sur 6 soldats anglais soumis à la résection de la hanche, 1 succès a été obtenu par M. O'leary. M. Le Fort a ajouté à ces 6 observations, 5 autres qu'il a recueillies de divers côtés : en tout 11 résections donnant 10 insuccès.

L'auteur reconnait que ces chiffres ne suffisent pas pour entraî-

---

temps, car sinon d'abord, du moins postérieurement, l'Amour luimême devint malade en voulant remplacer sa mère. Voici donc le spéculum introduit en Cochinchine. Cependant, si le portrait qu'on nous fait des beautés ammanites est vrai, elles sont loin d'être jolies. Vous ne pouvez rien vous imaginer, nous dit-on, de plus hideux que ces femmes aux yeux obliques, aux pommettes saillantes, au nez épaté, à la lèvre épaisse et lippue, sans cesse ensanglantée par le béthel qu'elles mâchent avec passion.

— Il y a un an, un décret impérial assimilait pour la première fois les grades des médecins militaires français à ceux de la hiérarchie militaire, mettant ainsi à exécution, quoique moins favorablement, le décret promulgué en 1848 par le gouvernement provisoire, décret qui était toujours resté une lettre morte. Une nouvelle assimilation vient aussi d'être donnée aux médecins de l'armée et de la marine anglaises; cette assimilation est la suivante :

Inspecteur général après trois ans de service, major général; inspecteur général au-dessous de trois ans de service, brigadier général; député inspecteur après cinq ans de service, colonel; député inspecteur au-dessous de cinq ans de service, lieutenant-colonel; chirurgien-major, chef de bataillon; chirurgien aide-major après six ans de service, capitaine; chirurgien aide-major au-dessous de six ans de service, lieutenant.

Cette assimilation, la même que donnait en France le célèbre décret de 1848, est beaucoup plus favorable que la nôtre, car elle est pour tous les grades supérieure d'un degré. Telle qu'elle existe, la nôtre n'est favorable qu'aux inspecteurs de service de santé, qui, avant l'assimilation, étaient mis simplement à la retraite, tandis qu'actuellement, en qualité d'officiers généraux, ils sont, après trente ans de service, placés dans le cadre de réserve, ce qui augmente notablement le traitement de retraite; elle est également favorable aux chirurgiens-majors de première classe, qui comptent au nombre des officiers supérieurs, à la table desquels ils ont le droit et non plus l'autorisation, l'invitation si l'on veut de s'asseoir.

Elle est défavorable, nous dirions injuste si ce n'était la loi, en-

ner la conviction sur l'utilité de la résection dans les coups de feu ; mais vous reconnaîtrez sans doute avec lui que les 6 succès de désarticulation, placés à côté du nombre inconnu, mais sans doute assez considérable, des cas dans lesquels on l'a faite, ne sont pas beaucoup plus encourageants, et qu'en présence des résultats obtenus à la suite des coxalgies, il soit permis de se demander si la résection n'est pas préférable lorsque le chirurgien a décidé qu'une intervention opératoire était indispensable.

M. Le Fort a donc le mérite, dans cette partie du travail, de poser, en s'appuyant sur l'analogie, une question fort importante de pratique chirurgicale, et de fournir encore aux praticiens, pour la solution, tous les documents que la science possède aujourd'hui. Il a d'ailleurs la prudence de ne pas précipiter cette solution et de laisser à l'avenir le soin de décider si celle qu'il désire est en réalité la meilleure.

Messieurs, nous voudrions vous avoir fait comprendre que, par l'utilité des questions pratiques posées dans ce travail, par l'étendue et l'importance de matériaux qui y sont accumulés, par l'ordre et la netteté avec lesquels ils sont présentés, par le bon exemple qui nous y est donné de statistiques aussi bien ordonnées que l'ont permis les documents, par le service que nous rendent les travaux empruntés à la chirurgie étrangère, et enfin par la sagesse et le talent qui ont présidé à la rédaction, M. Le Fort s'est écarté des sentiers battus, et nous a présenté un mémoire des plus remarquables et que l'Académie ne saurait trop encourager.

C'est pourquoi nous vous proposons :

1° D'adresser à M. Le Fort une lettre de remercîments et de félicitations ;

2° De renvoyer son travail à votre comité de publication.

---

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie interne.

DE LA MALADIE DU SOMMEIL, par M. le docteur AD. NICOLAS, chirurgien de la marine (1).

La *somnolence*, ou *maladie du sommeil*, n'est connue en France que depuis peu de temps; les médecins portugais des navires négriers l'avaient, dit-on, déjà décrite sous le nom de *somnolence;* mais avant ces dernières années elle était encore inconnue des chirurgiens de la marine attachés aux divers services des côtes occidentales d'Afrique. Bien que, depuis lors, nos collègues détachés au service de l'immigration africaine l'aient bien observée, et que quelques faits aient été publiés dans les journaux, son existence est encore mise en doute par plusieurs médecins, même aux Antilles, où il serait cependant facile de l'étudier, si les émigrants n'étaient pas disséminés dans l'intérieur du pays dès leur arrivée dans la colonie. Pour les uns ce ne serait qu'une forme de l'anémie ; pour les autres, qu'un symptôme d'une fièvre typhoïde méconnue, etc. Nous verrons que ces opinions ne peuvent plus se soutenir ; c'est pour y répondre que je publie cette note. Les chirurgiens d'immigration me sauront gré, sans doute, d'avoir groupé ici nos idées communes.

La maladie du sommeil est caractérisée exclusivement par les manifestations physiologiques du sommeil se prolongeant au delà de ses limites normales.

Le nom de *somnolence* lui convient parfaitement. Si l'on trouve ce mot trop peu précis pour désigner une affection distincte et essentielle, on pourrait lui consacrer le mot *hypnose*, qui a la même signification, et qui répond à tous les besoins.

On ne peut se former actuellement d'opinion sur la fréquence de la maladie. Sur un personnel de 1200 émigrants environ que j'ai eu successivement sous les yeux pendant une période de neuf mois, j'en ai observé 5 cas. J'estime que pour 100 émigrants africains qui meurent dans les traversées du Congo aux Antilles, on compte 1 somnolent. Si cette affection paraît plus commune dans les établissements français de la côte d'Afrique, cela résulte de ce que les somnolents que l'on découvre dans les contingents mis à la disposition des navires recruteurs sont laissés à terre au moment du départ. C'est donc dans ces établissements qu'il faut étudier la maladie, si l'on veut s'en former une idée exacte ; mais on se ferait une opinion fausse de sa fréquence en ne tenant pas compte du renouvellement constant du personnel de ces établissements.

Cette affection est propre aux nègres africains. On ne l'a pas observée aux Antilles chez les noirs indigènes ; mais un noir émigrant arrivé en parfait état de santé peut y contracter la maladie, même au bout d'un certain temps de séjour. L'un de mes collègues traite actuellement à la Basse-Terre (Guadeloupe) un émigrant qui se trouve précisément dans ce cas.

Relativement à l'influence de l'âge et du sexe, je crois que les femmes y sont moins prédisposées que les hommes, et les adultes moins que les enfants. Je ne puis malheureusement fournir un nombre de faits suffisant pour fixer ce point d'étiologie. Sur 10 cas que je connais, je compte 1 femme et 9 hommes. La femme était adulte. Parmi les hommes, 4 étaient également des adultes. Le chiffre des enfants me paraît relativement élevé, par la raison que les enfants sont en grande minorité dans les convois, et que, pour ma part, j'ai accompagné deux contingents qui ne comprenaient pas d'enfants.

Ce qui détruit de prime abord cette opinion que la maladie du sommeil est une forme de l'anémie, c'est que tous les cas que j'ai observés au début se sont présentés chez des noirs robustes et réunissant les signes d'une bonne constitution. Presque tous les

(1) Voyez sur le même sujet *Gaz. hebdom.*, 1861, n° 36, p. 572.

---

vers les aides-majors de seconde classe, qu'elle assimile aux sous-lieutenants. Nous ne pouvons qu'effleurer un sujet sur lequel nous regrettons de ne pouvoir maintenant nous appesantir ; mais nous ne saurions regarder comme exacte l'assimilation d'un aide major et d'un sous-lieutenant. Ce rapprochement pouvait être juste en 1848 pour les sous-aides supprimés depuis, et que les aides-majors de 2e classe n'ont pas remplacés. L'aide-major est docteur; comme tel il a fait au collége des études littéraires et scientifiques complètes, qui valent bien la préparation à l'école spéciale militaire. Il a passé dans une école spéciale, non pas deux ans comme le sous-lieutenant, mais cinq ans au moins et souvent six, lorsqu'il passe déjà docteur par le Val-de-Grâce, ne devrait-il pas être assimilé aux officiers sortant avec le grade de lieutenant des écoles de perfectionnement? Et croit-on par hasard que l'étude de l'anatomie est plus facile que celle de l'artillerie ; l'art de guérir plus aisé à apprendre que celui des siéges? Nous devons féliciter le conseil de la reine de l'avoir compris, et d'avoir placé nos confrères de l'armée anglaise dans une situation honorable et honorée, dans une position digne d'eux, car le meilleur moyen de bien recruter un corps est d'offrir à ceux qui y entrent des avantages en rapport avec leurs mérites et leurs légitimes aspirations.

Du reste, c'est, comme nous l'avons déjà fait pressentir dans une *revue* récente, une question à examiner que celle de savoir s'il ne serait pas possible de créer aux médecins des armées une position spéciale en rapport avec la spécialité de leurs fonctions et la dignité de leur ministère.

— Chacun peut, en Angleterre, vendre des médicaments à ses risques et périls ; mais il faut, pour être autorisé à faire une déclaration de décès d'un de ses malades, posséder un titre scientifique et être inscrit sur le *medical register*. Un droguiste, pour pouvoir tuer avec quelque sécurité pour lui-même les malheureux qui viennent implorer les lumières de son ignorance, est donc obligé d'avoir pour comparse un praticien légalement institué qui lui donne, quand il faut, les certificats nécessaires. Cette alliance du pharmacien et du médecin se voit aussi et surtout à Paris ; si cette

émigrants africains présentent des signes d'anémie plus ou moins prononcés ; il serait étonnant, si cette affection n'est qu'une anémie, qu'elle se fût déclarée précisément chez les sujets les moins anémiés.

On pourrait en conclure que le tempérament sanguin y prédispose; les médecins qui n'y voient qu'une encéphalo-méningite trouveraient peut-être un argument dans ce que je viens de dire. Mais, d'une part, on voit des encéphalites et des méningites se déclarer chez des noirs qui ne présentent aucun des caractères du tempérament sanguin, et, d'une autre part, ces caractères se rencontrent bien rarement chez les émigrants africains. Ceux que j'ai vus atteints de somnolence étaient loin de réunir ces caractères, quoiqu'ils fussent bien constitués, ainsi que je l'ai dit.

Je crois, sans en avoir de preuves, que les noirs libres du pays en sont moins fréquemment atteints que les esclaves. Le peu de confiance que l'on doit accorder au témoignage des noirs en pareille matière est cause que je n'accepte qu'avec réserve cette opinion. Si l'on ne considérait que la torpeur physique et morale dans laquelle vit souvent cette classe inférieure, on trouverait un côté séduisant à cette opinion ; mais ces conditions d'apathie, d'indifférence, de paresse sont souvent réunies, sans que pour cela la maladie paraisse bien fréquente. D'ailleurs j'ai pu la voir une fois se déclarer chez un enfant d'une dizaine d'années très gai et très vif, et l'un des plus espiègles du convoi.

Elle paraît nouvelle sur la côte d'Afrique, ainsi que je l'ai fait entrevoir. Si l'on en croit des témoignages recueillis par un de mes collègues, elle serait apparue d'abord dans le sud, aux environs de Saint-Paul-de-Loanda, et remonterait actuellement vers Gorée. Je ne crois pas qu'elle ait été observée ailleurs que dans cette partie de la côte comprise entre Saint-Paul et le cap des Palmes. Je la crois aussi commune au Gabon qu'au Congo, où elle se voit plus fréquemment, sans doute parce que le Congo est un grand centre de traite, et surtout parce que c'est le seul point où se fasse aujourd'hui le recrutement pour l'immigration dans les colonies françaises. Il n'y a rien dans l'état des lieux qui explique cette prédilection de la maladie pour les régions que je viens d'indiquer. Est-elle particulière aux races qui peuplent les Guinées et le Congo? Voilà ce que l'avenir décidera.

Je n'ai jamais trouvé de cause occasionnelle quelconque.

Le premier signe extérieur de l'invasion de la maladie s'observe aux paupières, que le malade tient à demi fermées, comme s'il ne pouvait plus les relever entièrement. En même temps, il est pris à divers moments de la journée d'un besoin de dormir plus ou moins impérieux. La manière dont chacun lutte contre ce besoin est en rapport avec son caractère et ses habitudes ; les enfants surpris au milieu de leurs jeux y résistent mieux et plus longtemps si le jeu qu'ils sont obligés de quitter les intéressait, mais tous finissent toujours par y céder. Comme le besoin de dormir peut surprendre les sujets dans la position debout ou assise aussi bien que dans la position couchée, il n'est pas étonnant qu'ils s'y laissent aller plus ou moins vite, suivant les circonstances.

En dehors de ces *accès* de sommeil, le sujet ne paraît pas malade. Il conserve sa physionomie normale, à part cette semi-occlusion des paupières, qui ne sont jamais complétement relevées, même chez ceux qui paraissent le mieux éveillés.

Peu à peu les accès se rapprochent et se confondent. Il faut éveiller le malade, et souvent l'exciter pour le faire manger, ce qu'il paraît toujours faire avec plaisir si on l'éveille suffisamment. Dès lors ses camarades s'éloignent de lui, non pas qu'ils le croient possédé du démon, comme on l'a dit (c'est faire honneur aux nègres d'Afrique d'idées qu'ils n'ont pas), mais par suite du même sentiment qui les fait s'éloigner des autres malades. Il est arrivé ainsi que des sujets oubliés dans un coin du navire ont dormi un temps très long.

Bientôt ils ne s'éveillent réellement plus; les stimulations de toute espèce ne provoquent qu'un effort incomplet. J'ai vu le malade que je pressais de boire essayer de porter le verre à sa bouche, et s'assoupir avant d'avoir achevé ce mouvement si simple. Il est facile de voir là toutes les nuances qui existent entre l'assoupissement et même la simple tendance au sommeil et le sommeil le plus profond. A ce moment de la maladie les malades dorment dans les positions les plus diverses et souvent les plus pénibles en apparence, mais dont aucune n'exige d'efforts musculaires; toujours le corps repose en entier sur le sol.

Ils s'éteignent ainsi progressivement, sans crises, sans douleur, et sans qu'on puisse saisir le passage du sommeil à la mort.

C'est là, on peut le dire, toute la symptomatologie de la maladie du sommeil; les autres symptômes sont insignifiants.

Souvent rien n'est changé dans l'habitude extérieure. J'ai vu l'embonpoint se conserver jusqu'à la fin, malgré la privation complète de nourriture. En général, cependant, surtout quand la maladie marche lentement, le malade maigrit et tombe dans un état de marasme qui explique la mort. La peau ne change pas de couleur, mais elle prend, dans tous les cas, cet aspect terreux qui s'observe chez tous les noirs malades, et qu'il faut attribuer à la suppression des soins de propreté auxquels les noirs sont soumis d'habitude. La chaleur est sensiblement conservée, mais la peau est sèche, au moins à la fin de la maladie. J'ai vu, dans un cas, de la bouffissure de la face, sans qu'il y eût de traces d'œdème en d'autres points. L'expression change à la longue, et les malades paraissent indifférents et comme hébétés.

Les fonctions peuvent rester normales pendant toute la maladie. L'appétit paraît conservé, mais l'état de somnolence empêche les malades de le satisfaire ; la langue est normale, les selles solides, ordinairement décolorées, comme cela s'observe souvent chez les noirs bien portants. J'ai vu deux malades séjourner pendant un mois et plus dans un hôpital de dysentériques, soumis à toutes les conditions mauvaises d'un pareil séjour sur un navire d'émigrants, n'éprouver aucun trouble des fonctions digestives. Il peut arriver

---

association, la honte de la profession, ne s'y trouve pas encouragée, comme le dit le DUBLIN MEDICAL PRESS, elle s'y trouve au moins sanctionnée par l'usage, autorisée par la loi mal appliquée et expliquée malheureusement trop souvent par la misère. Mais si cette complicité du médecin est à Paris fort mal rétribuée, son salaire est encore moindre en Angleterre, un procès récent vient de le démontrer.

Un M. Popham, droguiste à Clerkenwell, ne se contentait pas de vendre ses drogues, il trouvait encore bénéfice à les prescrire, mais il lui fallait de temps en temps fournir des certificats de décès, lorsqu'un de ses clients était assez malheureux pour mourir entre ses mains; il éprouvait aussi quelquefois le besoin d'une consultation, et il appelait à son aide, dans ces diverses circonstances, un médecin nommé Swectnam, qu'il présentait, suivant le cas, comme médecin ou comme chirurgien. 6 pence (60 centimes), tels étaient d'habitude les honoraires de ce digne praticien, lorsqu'il fournissait les certificats demandés; mais en cas de consultation, le salaire était encore moindre, car le droguiste faisait peu payer ses visites.

Que faisiez-vous, dit le président au droguiste, lorsque le prix de vos visites n'était que de 8 pence (80 centimes)? « Je donnais généralement, c'est-à-dire M. Swectnam me donnait la moitié. » M. Swectnam reconnut la réalité de ces faits, mais se défendit en disant que beaucoup faisaient la même chose. Le médecin, dit THE LANCET, qui s'associe à un droguiste, déshonore le *manteau d'autorité* dont une honorable corporation l'a recouvert. La LANCETTE a raison ; mais si l'on a le droit et le devoir de blâmer ceux qui oublient ainsi toute dignité personnelle et professionnelle, ne faut-il pas en même temps les plaindre tout bas, lorsque la misère pourrait servir, non à excuser, mais à expliquer leur conduite?

— Puisque nous en sommes sur le chapitre des honoraires, nous donnons un spécimen abrégé d'un tarif, publié dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE SARDE : pour une visite simple, 1 fr. 50 c.; pour une consultation chez le malade, 12 fr.; chez le médecin, 6 fr.; une saignée du bras, 1 fr.; du pied ou de la main, 1 fr. 50 c.; application et pansement d'un vésicatoire,

aussi que la dysenterie ou l'une des maladies régnantes dans le moment atteigne le malade, et termine prématurément la somnolence. La dysenterie étant l'une des plus communes chez les émigrants est aussi celle qui s'observe le plus souvent chez ces malades. On observe souvent dans le cours de la maladie des selles et des urines involontaires, non qu'il y ait paralysie des sphincters ou de la vessie, mais parce que le malade ou n'a qu'une conscience imparfaite de ses besoins, ou ne peut se lever pour les satisfaire.

L'état du pouls ne m'a rien présenté de particulier. Peut-être est-il un peu ralenti, mais il n'est pas accéléré; je n'ai jamais observé d'état fébrile en dehors des complications, soit au début, soit pendant le cours de la maladie.

L'étude des fonctions qui sont sous la dépendance de l'innervation mérite de nous arrêter un moment. L'intelligence est conservée jusqu'à la fin, bien qu'elle paraisse amoindrie et paresseuse; le malade est hébété comme un homme à demi endormi, mais il comprend toutes les questions qu'on lui adresse. Il n'y a d'ailleurs jamais de délire.

Pendant ce sommeil profond, sans contractions musculaires autres que celles des muscles respiratoires, sans apparence de vie, les perceptions sensorielles sont lentes, mais nettes; l'ouïe, le toucher restent impressionnables, quoique la transmission soit moins active. Il serait intéressant de poursuivre plus avant l'examen des fonctions cérébrales, mais chez ces noirs un pareil examen ne peut se pousser très loin. Dans les derniers temps de la maladie, les sujets peuvent paraître idiots, mais ils ne le sont pas, en ce sens que les facultés sont amoindries sans être éteintes, comme on peut quelquefois s'en assurer alors que, par une vive excitation, on a réussi à obtenir le réveil.

On n'observe pas de paralysie dans la somnolence non compliquée, à quelque période de son cours qu'on l'étudie. La sensibilité est conservée, quoiqu'elle soit moins vive; il n'y a ni anesthésie, ni analgésie. Tout le monde est d'accord sur ce point. Il n'en est pas de même à l'égard de la motilité. On a signalé, dans tous les cas, une paralysie du mouvement; mais cette paralysie n'est qu'apparente, ce n'est pas une paralysie véritable. Le malade marche difficilement, chancelle comme un homme ivre; ses mouvements sont incertains; ses jambes fléchissent sous lui; ses bras retombent quand on les soulève; ses paupières se ferment malgré lui; il ne peut souvent exécuter de mouvements complets; mais il y a entre cet état et la paralysie cette différence que, dans la somnolence, tous les mouvements sont possibles dans toute leur intégrité. Si le malade ne les exécute pas, c'est qu'il dort à demi; mais il se trouve alors dans le même état qu'un homme éveillé brusquement au milieu d'un profond sommeil; l'aspect extérieur est le même dans les deux cas. Il n'y a là rien qui ressemble véritablement à la paralysie. On n'observe même pas, dans la somnolence, ces tremblements qui caractérisent certaines maladies, et qui annoncent un désordre dans l'innervation ou un commencement d'inertie musculaire; en un mot, dans la maladie qui nous occupe, c'est plutôt la volonté qui est malade que les agents qui lui obéissent.

La marche de la maladie est continue, lente, progressive. Au commencement ce ne sont que des *accès* de sommeil, comme je l'ai dit, sans donner au mot accès sa valeur réelle. Puis c'est un sommeil plus ou moins prolongé. La maladie dure d'un à cinq mois et plus, et s'est terminée par la mort dans tous les cas observés jusqu'à ce jour.

S'il n'est pas possible de conclure de la description qui précède la nature de la maladie, au moins doit-on reconnaître qu'elle constitue une entité pathologique bien distincte. Elle diffère de toutes les maladies dont la somnolence constitue l'un des symptômes par l'absence de tout trouble fonctionnel, l'intégrité des organes et même des facultés cérébrales. Je n'ai plus besoin de démontrer, désormais, que l'*hypnose* n'est pas une forme de l'anémie, une fièvre typhoïde, une encéphalite, une encéphalo-méningite, une catalepsie. Avant de chercher la nature du mal, il faut attendre que la physiologie ait découvert la nature du sommeil, ou au moins sa cause, l'appareil dont il dépend. Or, elle n'a fait jusqu'à présent qu'exposer ses manifestations. La somnolence est une névrose qui marquerait le passage entre les névroses de l'intelligence et celles de la sensibilité et du mouvement. Là doivent s'arrêter nos conclusions.

Les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie sont insignifiantes. Sur cinq autopsies on a trouvé deux fois un léger ramollissement de la substance du cerveau, quatre fois une légère injection de l'encéphale et des méninges; dans un cas, le cerveau et les membranes étaient intacts. On trouve, en général, un peu de décoloration des tissus. Je ne connais pas d'autopsie où l'on ait examiné l'état de la moelle. Il ne m'a jamais été possible d'en faire moi-même une seule.

Il est à peine besoin d'exposer le diagnostic différentiel de cette affection. La fièvre typhoïde s'en distingue, dès le début, par un cortége de symptômes dont le moindre atteste l'existence d'une maladie; dans la somnolence, au contraire, le malade présente toutes les apparences de la santé. La catalepsie ne lui ressemble pas plus qu'au sommeil physiologique. La seule difficulté consiste à distinguer la somnolence au début du sommeil normal. Il faut consulter, dans ce cas, les habitudes du malade, le faire surveiller, l'observer souvent, et se défier surtout de la malveillance de ses camarades, qui chercheraient à le faire séquestrer pour profiter de sa ration de vivres ou pour tout autre motif.

Le pronostic de cette affection est aujourd'hui fort grave, et il est à craindre qu'il en soit longtemps de même.

Le traitement est nul ou à peu près. J'ai vu essayer et j'ai essayé moi-même le café, les divers excitants généraux, la strychnine, le sulfate de quinine, le musc et d'autres antispasmodiques, le fer, les vomitifs, les purgatifs, le chloroforme, le vésicatoire ou le séton à la nuque, le vésicatoire sur le vertex. Tous ces moyens

---

2 fr. 50 c.; d'un séton, 15 fr.; ouverture d'abcès, 3 fr.; cathétérisme uréthral, 5 fr.; opération d'hydrocèle, 10 fr.; accouchement, 20 fr.; pour aide dans une opération payée plus de 100 fr., 24 fr.; pour aide dans une opération payée moins de 100 fr., 12 fr.

Comme on le voit, les honoraires ne sont guère élevés en Italie, car il n'est pas probable que ce tarif ait été proposé par un confrère, qui se trouve trop payé des soins qu'il donne à ses malades. Quelles sont les opérations payées plus de 100 fr.? on ne le dit pas, mais, comme le fait remarquer la GAZETTE ITALIENNE, si on acceptait cette base d'évaluation, il s'ensuivrait que l'aide, dans une opération d'hydrocèle payée 12 fr., recevrait plus que l'opérateur, puisque la taxe ne lui donnerait que 10 fr.

Décidément, partout où l'on essaye d'établir un tarif, on joue de malheur!

— De l'Espagne, nous ne dirons qu'un mot aujourd'hui, et c'est pour donner un spécimen de ce travail de civilisation, auquel on dit qu'elle s'applique de toutes ses forces. Il n'y a pas plus d'une semaine, en pleine ville de Barcelone, sur la place même où se font les exécutions criminelles, on a, par ordre de l'évêque, brulé, *comme œuvre du démon*, trois cents volumes saisis chez un seul libraire et consacrés au spiritisme et aux tables tournantes. Rien ne manquait à cette scène d'inquisition : le prêtre, la croix, la torche; rien, si ce n'est les vrais coupables, ceux-là mêmes qu'on voudrait brûler, les esprits! Mais les esprits avaient fui la flambée, pour se réfugier sans doute dans le feu de l'enfer, dont ils ont plus l'habitude. Ah! de quelles régions de ténèbres était donc sorti celui qui a soufflé à l'autorité ecclésiastique la pensée de scènes aussi absurdes, aussi odieuses? Le peuple, autrefois, eût accueilli le prêtre avec terreur; cette fois, il a ri. C'est une leçon, et la meilleure de toutes. Nous sommes à une époque où nous croyons permis de rire tout ensemble du spiritisme et des autodafé.

ALIQUIS.

sont restés sans effet. A mon premier voyage d'immigration, j'avais cru guérir par le café et le sulfate de quinine un cas de somnolence au début. Mais à cette période de la maladie il est facile de se tromper sur le diagnostic. J'ai essayé depuis le même traitement sans aucun résultat.

J'en dirai autant de certains fruits du pays, auxquels les noirs attribuent des propriétés anti-hypnotiques ou plutôt aphrodisiaques, car ils confondent volontiers ces deux effets. C'est déjà un motif d'en douter. J'ai d'ailleurs essayé, d'une façon peu suivie, il est vrai, d'un fruit qu'on nomme *mbéni* au Gabon. Je n'ai constaté aucun des effets promis. C'est peut-être un essai à reprendre; car un remède qui chasse le sommeil devrait guérir l'*hypnose*, quelle que soit la cause qui agisse pour produire l'une ou l'autre.

L'exercice, la marche, le travail ont été dirigés contre cette maladie sans plus de succès. Il est impossible de décider un noir dans ces conditions à se mouvoir pour se guérir. J'ai essayé, pour ma part, de tous les moyens de distraction que mon imagination pouvait me fournir; je n'ai jamais pu obtenir autre chose, en somme, qu'une succession de mouvements analogues, monotones, peu propres, par conséquent, à fixer l'attention et la volonté des malades. Séparés de leurs camarades, qui ne leur viennent jamais en aide, ils n'en dormaient que mieux. On pourrait, dans ce but, marier les émigrants chez qui l'on voit se déclarer la maladie, mais je doute qu'on la guérisse ainsi.

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIOLOGIE. — *Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules; expérience faite à l'aide d'un appareil enregistreur* (sphygmographe), par MM. *Chauveau* et *Marey*. — Plus de vingt théories ont existé dans la science relativement à l'ordre de succession des mouvements du cœur, à la cause de ses bruits normaux et aux rapports qui existent entre le choc du cœur et les mouvements de l'oreillette et du ventricule.

Le nombre de ces théories s'est bien réduit de nos jours, mais les opinions sont encore partagées, en France du moins, entre deux théories rivales. L'une, la plus ancienne et la plus répandue, soutient que le choc du cœur se fait pendant la *systole* ventriculaire, dont il est l'effet immédiat, et la manifestation extérieure; l'autre attribue ce choc à la contraction de l'oreillette, et le considère comme l'expression de la *diastole* du ventricule. L'importance de la question a soulevé des discussions nombreuses; des expériences ont été faites pour rallier l'un des partis; mais toujours après avoir vu, palpé, ausculté le cœur d'un animal dont on avait ouvert la poitrine, chacun croyait trouver la confirmation de la théorie à laquelle il croyait à l'avance.

Puisque la contradiction existait entre des observateurs témoins d'un même fait, c'est probablement que la démonstration n'était pas suffisamment claire pour tout le monde; que l'œil ne peut pas toujours saisir la succession rapide de ces mouvements multiples qui constituent une révolution du cœur.

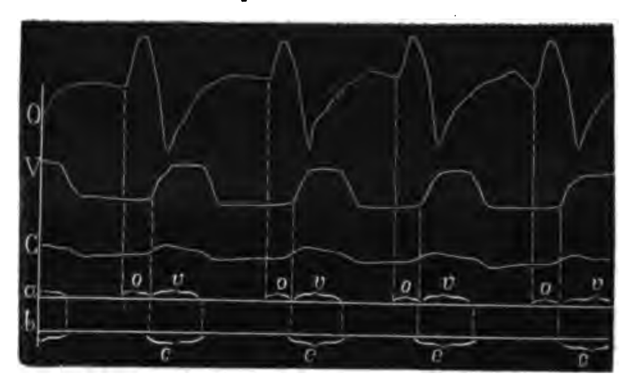
Une seule chose restait à faire pour mettre fin aux dissidences : c'était de tâcher d'obtenir, à l'aide d'un appareil enregistreur, sur des animaux non mutilés, la représentation pour ainsi dire autographique des mouvements du cœur et du choc cardiaque, de manière à ne plus rien laisser à l'appréciation des sens dans la détermination des rapports de l'un avec les autres.

Lorsque l'oreillette ou le ventricule se contracte, il survient une brusque augmentation dans la pression du sang que contiennent ces cavités. Signaler à l'aide d'un instrument enregistreur ces changements dans la pression nous a paru la meilleure manière de constater l'instant de la contraction de l'oreillette et du ventricule.

L'expérience que nous avions déjà tentée il y a deux ans, au moyen de leviers de sphygmographe mis en communication avec les cavités du cœur par des tubes remplis d'eau, avait échoué à cette époque à cause des résistances trop grandes que causaient l'inertie et les frottements d'une longue colonne liquide. Nous la reprîmes dans ces temps derniers avec un succès complet en nous servant comme moyen de transmission de tubes à air, d'après le procédé de M. Buisson (1).

L'expérience fut faite sur un cheval vigoureux, qui est resté pendant tout le temps debout et parfaitement calme (on observa cependant une accélération sensible des battements du cœur). Une petite boule de caoutchouc gonflée d'air fut introduite dans un espace intercostal, du côté gauche, au niveau du ventricule; elle recevait le choc développé par la pulsation cardiaque, et le transmettait au moyen d'un long tube à un premier levier. Une sonde poussée dans l'oreillette droite par la jugulaire, et terminée par une mince ampoule élastique pleine d'air, transmettait à un deuxième levier les impulsions développées par les systoles auriculaires. Enfin un troisième levier recevait les impulsions ventriculaires; il communiquait au moyen d'un long tube avec une sonde solidaire de celle de l'oreillette, mais plus longue et descendant jusque dans le ventricule. Une ampoule élastique le terminait également; un plomb adapté à son extrémité assurait sa descente. Quand on se fut assuré que les trois leviers fonctionnaient régulièrement, on leur fit écrire simultanément leurs indications sur un cylindre tournant recouvert d'un papier glacé enduit de noir de fumée.

La figure ci-dessous reproduit ces indications.




Le tracé supérieur O appartient à l'oreillette. Au début, l'oreillette est en relâchement, et se remplit peu à peu par l'afflux veineux : aussi la ligne du tracé s'élève-t-elle graduellement. L'ascension brusque et brève qui succède à cette première partie du tracé indique ensuite la systole auriculaire. L'abaissement non moins brusque qui vient après résulte de l'aspiration que le vide thoracique cause sur l'oreillette relâchée. Puis arrive une nouvelle réplétion de l'oreillette, et la série des mouvements se répète comme tout à l'heure (2).

Le tracé V indique le mouvement du ventricule; il débute pendant la systole. Le levier est alors relativement très haut; il se tient un instant dans cette position; après quoi il descend brusquement au moment du relâchement du ventricule, reste abaissé pendant toute la durée de ce relâchement, et remonte de nouveau à la systole suivante. La durée de l'état d'élévation du levier correspond à la durée de la systole.

La ligne C, qui donne le tracé du choc, commence au milieu d'une pulsation. Le commencement et la fin des pulsations suivantes sont indiqués par une série de mouvements d'ascension et d'abaissement de la ligne du tracé.

Considérons maintenant ces trois tracés dans leur ensemble, afin d'établir les rapports des mouvements de l'oreillette et du ventri-

(1) Voy. la *Gazette médicale de Paris*, 18 mai 1861.

(2) Les oreillettes dans ce tracé ont beaucoup plus d'amplitude que dans les deux autres, parce que, vu la faiblesse de l'oreillette, nous avions donné à l'appareil transmetteur une exquise sensibilité. Les dimensions des tracés ne peuvent donc nullement donner une idée de l'intensité relative des systoles de l'oreillette et du ventricule : ils n'expriment que leurs rapports de succession.

cule avec la pulsation cardiaque. Comme les trois tracés ont leur début sur une même verticale, il suffit d'abaisser des perpendiculaires du début des systoles de l'oreillette et du ventricule sur la ligne des chocs pour savoir laquelle des systoles coïncide avec le choc ventriculaire.

On voit alors : 1° que la systole de l'oreillette débute et même finit longtemps avant le choc ventriculaire ; 2° que la systole du ventricule commence exactement au début du choc et finit avec lui.

Nous avons essayé de rendre la chose plus visible en reportant sur la ligne *a* la durée des systoles et leur position respective, tandis que la ligne *b* indique la position et la durée du choc.

Il est inutile d'insister davantage sur la signification de ces tracés, qui nous semblent démontrer d'une manière irrécusable que le choc du cœur est un effet de la systole du ventricule, et que par conséquent il ne saurait y avoir de doute entre les deux théories rivales. Si l'erreur était possible lorsque la vue et le toucher devaient saisir les rapports de ces mouvements rapides, il n'en saurait être de même avec des appareils qui accusent l'apparition de chaque mouvement avec une approximation d'un vingtième, et au besoin d'un cinquantième de seconde. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — M. *Poiseuille*, à l'occasion des cas de maladie qui ont été observés à Saint-Nazaire, demande qu'il soit fait un rapport sur une communication qu'il a faite précédemment relativement à un mode particulier de ventilation pour les navires.

MM. Bernard et Duperrey sont adjoints aux deux membres déjà nommés de la commission, MM. Regnault et Despretz.

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Marquet* sur le service médical de l'hôpital militaire des eaux d'Hammam-Meskoutine (Algérie) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° M. le ministre d'État adresse à l'Académie une demande d'instructions pour une mission médicale qui doit être confiée à M. *Prosper de Pietra Santa*, dans le but d'étudier, au point de vue des affections chroniques de la poitrine, l'influence du climat de Pau, d'Hyères, de Cannes, de Menton, de Nice, de Pise, de Rome et de Naples. (*Comm.*: MM. Louis, Regnault et Barth.)

3° L'Académie reçoit : *a*. Un travail de M. le docteur *Auphan*, médecin inspecteur des eaux d'Alet, intitulé : *Observations relatives à la pulvérisation*. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Une note de M. le docteur *Tempier* sur le moyen de remédier au refroidissement de l'eau pulvérisée. — *c* Une note de M. le docteur *Labalbary* (de Bourg-la-Reine) sur les végétations dites syphilitiques. (*Comm.*: M. Gibert.)

4° M. *Lüer* soumet au jugement de l'Académie une seringue perfectionnée pour l'injection des substances médicamenteuses à action énergique, comme la strychnine, la morphine, le perchlorure de fer.

Déjà, *depuis deux ans*, M. Lüer avait adapté à ses seringues un piston gradué muni d'un curseur à vis, disposition qui permet d'avance de limiter la course du piston et de la proportionner exactement au nombre de gouttes à injecter. Un grand nombre de praticiens ont entre les mains cet instrument, et apprécient la rapidité et la sécurité de sa manœuvre.

Pour arriver à une simplicité plus grande encore, M. Lüer a supprimé l'ajutage à vis qui unissait la seringue à sa canule; il l'a remplacé par un ajutage à frottement très précis. La canule elle-même, faite en or, échappant, par conséquent, à l'oxydation, est munie d'une pointe acérée qui permet de faire très aisément la ponction.

L'injection avec l'ancienne seringue comportait les temps suivants :

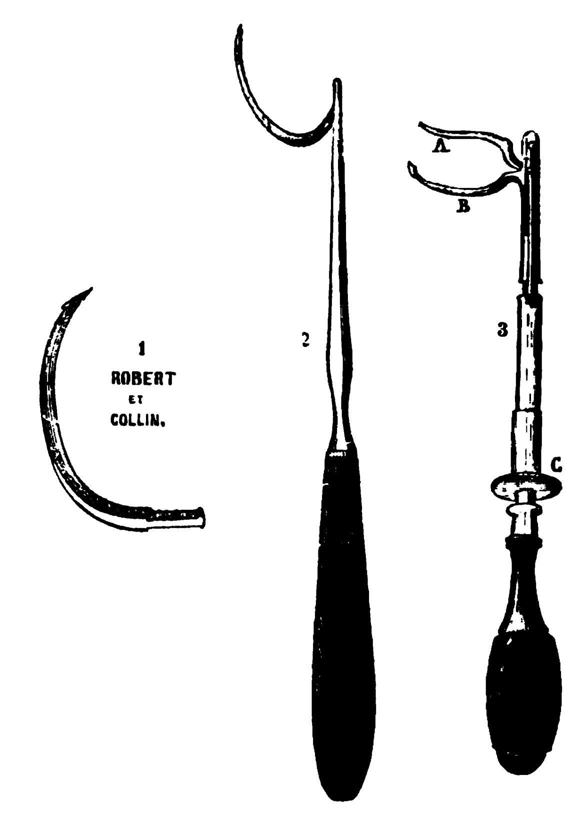
1° Ponction avec la canule munie de son trocart;
2° Retrait du trocart ;
3° Vissage de la seringue sur le trocart;
4° Injection très lente par tours de vis successifs.

Avec la seringue de M. Lüer, on a :

1° Ponction ;
2° Ajutage à frottement ;
3° Injection rapide et d'un seul coup.

Le nombre des temps est moindre, et chacun d'eux est plus simple.

5° MM. *Robert* et *Collin* présentent à l'Académie trois modèles d'un nouvel instrument, dit *trachéotome*, qu'ils ont fabriqué, sur les indications de M. Maisonneuve, pour servir à l'exécution d'une nouvelle méthode de trachéotomie.




Le premier, trachéotome simple, a la forme d'une aiguille courbe, tranchante sur sa concavité. Sa pointe est aplatie en fer de lance; son *talon est épais et mousse*; il est destiné à être saisi par un porte-aiguille.

Le deuxième modèle n'est autre que le premier monté, comme l'aiguille de Deschamps, sur un manche fixe.

Le troisième modèle, trachéotome dilatateur, est muni d'un mécanisme fort simple qui permet de tenir la trachée ouverte aussitôt après l'incision, afin d'y introduire la canule.

*Lectures.*

CHIRURGIE. — M. *Gosselin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Larrey*, *Jobert* et *Velpeau*, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Léon Le Fort*, relatif à la résection de la hanche. (Voir p. 665).

HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — M. le docteur *Ménière* donne lecture d'une note sur la correspondance de Linné avec Sauvages, récemment publiée par M. d'Hombres-Firmas.

La séance est levée à cinq heures.

## Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 7 JUIN 1861.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE; ABSENCE DE PARALYSIE.

M. *Oct. Foucher*, interne aux Madelonnettes, lit l'observation suivante, prise dans le service de M. de Pietra Santa :

*Congestion cérébrale. — Ramollissement antérieur. — Absence de lésions de la motilité et de la sensibilité. — Défaut de coordination entre la parole et les objets extérieurs, seul phénomène coïncidant avec une altération profonde de l'encéphale; marche rapide de l'affection.* — Écroué à la prison des Madelonnettes le 23 juin 1860, le nommé G... entre à l'infirmerie le 9 avril 1861. Cet homme, exerçant avant son entrée à la prison la profession de raffineur de sucre, est d'une bonne constitution ; son tempérament est lymphatico-sanguin ; il n'a jamais été malade. Depuis trois jours il éprouve la perte d'appétit, violents maux de tête ; douleur épigastrique, goût amer de la bouche, langue blanchâtre, vomissements bilieux, constipation, léger mouvement fébrile.

Diagnostic : embarras gastrique et crainte d'une fièvre typhoïde légère.

Traitement : potion vomitive, ipéca 1 gramme, tartre stibié 5 centigrammes. Vomissements bilieux abondants.

10 *avril*. Amélioration, mais persistance de la douleur de tête.
11. État saburral, un peu de fièvre Huile de ricin, 10 grammes.
12. Amélioration sensible.
13 et 14. L'appétit revient; on augmente la ration alimentaire.
Le 15, le malade quitte l'infirmerie pendant cinq jours; bon état de santé.

Le 23, il rentre à l'infirmerie. Aux questions posées par M. de Pietra Santa, il se contente de répondre qu'il souffre de la tête, et que la douleur est générale, quoiqu'un peu plus forte au niveau du front. Le malade n'offre ni bourdonnement, ni vertiges, ni troubles de la vision; rien d'anormal dans les phénomènes de la sensibilité et de la motilité; nous observons cependant une certaine tendance du malade à s'incliner en avant, les regards fixés vers le sol.

Prescription : quatre ventouses scarifiées à la nuque; légère amélioration.

25. Une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes.
26. Inappétence, constipation. 40 grammes d'huile de ricin.
28. Céphalalgie moins intense, affaissement progressif, regard terne et languissant, parole difficile, tête penchée sur la poitrine; insomnie.
2 *mai*. Sa femme vient le voir; soulagement moral de courte durée.
4. Vésicatoire à la nuque; le mal de tête continue.
9. Au matin, il ne s'était pas plaint et semblait plus tranquille que les jours précédents; il voulut se lever, mais à peine debout il s'aperçut que tout semblait tourner autour de lui; il se recoucha se tenant assis sur son lit, la tête appuyée dans ses mains.

A une heure de l'après-midi, il s'écoula de sa bouche une salive abondante et ressemblant à de l'écume; il se renversa sur son lit, ses yeux se fermèrent, et il ne répondit plus aux questions qu'on lui faisait; sa respiration devint stertoreuse, son pouls, faible et lent. Cependant la sensibilité et la motilité n'étaient pas abolies, car le malade s'agitait quand on le pinçait dans les différentes parties du corps; mais il ne pouvait proférer aucune parole.

On lui applique inutilement plusieurs sinapismes aux mollets. A deux heures il était mort.

*Autopsie.*—Immédiatement après la mort, le visage devint d'une pâleur extrême, et des marbrures violacées apparurent disséminées sur les membres inférieurs. L'autopsie fut pratiquée trente-six heures après la mort. Ce qui frappa d'abord fut le volume énorme du cerveau qui semblait pour ainsi dire disproportionné avec l'aspect extérieur de la boîte crânienne. Les méninges de la surface convexe du cerveau étaient fortement injectées, surtout en trois endroits différents ayant l'étendue d'une pièce de 50 centimes. En suivant la dure-mère, au niveau de la partie inférieure du lobe moyen du cerveau, il s'écoula environ quatre cuillerées à bouche d'un sang noir et très fluide. Au niveau de cet épanchement sanguin, la pulpe cérébrale est ramollie, et elle offre une coloration d'un brun assez intense; autour de cette portion brune et ramollie, la substance cérébrale, qui a sa coloration normale, semble avoir perdu un peu de sa consistance.

L'incision de la partie altérée du cerveau nous a permis de constater les lésions suivantes, en allant des parties superficielles vers les parties profondes : 1° une première couche de la largeur de 3 centimètres à 3 centimètres 1/2 environ, ramollie et offrant une coloration jaune paille dont l'intensité s'affaiblit graduellement pour se perdre d'une manière insensible dans le tissu cérébral sain; 2° une deuxième couche de l'étendue de 2 centimètres, et offrant l'aspect et la consistance de la gelée de groseille; 3° enfin, au centre, un caillot de sang noir d'une consistance assez prononcée et du volume d'un œuf de pigeon.

Quant aux viscères thoraciques et abdominaux, ils n'étaient le siége d'aucune altération.

D'après ces faits, nous croyons pouvoir avancer que cet individu a succombé à une congestion cérébrale avec épanchement, c'est-à-dire à une apoplexie; que cet épanchement s'est fait dans une partie du cerveau préalablement ramollie.

Nous ajouterons que ce ramollissement ne s'est pas présenté, pendant la vie, avec les symptômes ordinaires, car il n'y a pas eu de lésions de la sensibilité ni de la motilité, et pourtant l'observation de ce malade nous a permis de révéler un symptôme assez important, je veux parler de l'absence de coordination de la parole qui existait chez lui. Quand il voulait demander un objet, il le désignait par le nom d'un autre objet complétement différent : ainsi il demandait ses ciseaux pour demander ses sabots, et ses sabots voulant désigner son couteau, etc.

Ce fait a déjà été observé, et indique, en général, une lésion profonde du cerveau.

Enfin nous mentionnerons la marche rapide de l'affection; c'est le 9 avril qu'il entra pour la première fois à l'infirmerie (jamais il n'avait été souffrant auparavant), et c'est le 9 mai qu'il a succombé.

M. *Deville* pense que le malade qui fait le sujet de cette observation a succombé à un ramollissement cérébral de forme aiguë. La cause déterminante du ramollissement aigu du cerveau lui paraît être quelquefois un chagrin, une vive préoccupation. Notre collègue, à l'appui de cette opinion, rapporte l'observation de M. ***, qui, après avoir acheté une maison, fut très profondément contrarié lorsqu'il apprit de son architecte qu'il était nécessaire d'y faire de grands travaux de consolidation. Après trois ou quatre jours passés dans un état de surexcitation violente, et au milieu de vives préoccupations, à la suite de quelques légers étourdissements, il tomba, à la suite d'un bain, comme frappé d'une attaque d'apoplexie. M. Deville lui donna les premiers soins; mais, quoique le malade parût d'abord se remettre, notre collègue appela M. Barthez en consultation. La céphalalgie était alors le principal, presque l'unique symptôme; néanmoins, trente heures après l'attaque la mort survint. Quoique l'autopsie n'ait pu être faite, nos confrères pensèrent que l'affection cérébrale consistait dans un ramollissement aigu du cerveau ayant déterminé une hémorrhagie cérébrale. Antérieurement, M. Barthez aurait eu l'occasion de recueillir trois cas analogues, l'un d'eux, entre autres, sur un malade de la Charité.

M. *Delasiauve*. Il me semble difficile, dans le cas présenté par M. de Pietra Santa, de dire au juste l'époque à laquelle remonte l'origine du ramollissement. Dans mon opinion, l'hémorrhagie est de formation récente, puisque le sang a été trouvé en partie noir et fluide. Sans doute, son effusion a été favorisée par la disgrégation des molécules cérébrales, au centre de laquelle se sont rompus quelques filaments vésiculaires. Mais on se demande si une pareille lésion a pu se produire sans être suivie d'accidents hémiplégiques.

Ces cas ne sont pas positivement rares. J'ai cité ailleurs celui d'un malade qui fut atteint d'une apoplexie subite. Grâce à des émissions sanguines réitérées et à de puissants dérivatifs les accidents cessèrent au bout de plusieurs jours. Néanmoins, le malade resta sujet à divers accidents : céphalalgie, étourdissements, mauvaises digestions. En vain reprit-il ses occupations, il ne put les continuer plus d'un mois. Sa vue s'affaiblit peu à peu, et de plus il éprouva dans l'un des bras de petites secousses épileptiformes; séton à la nuque, purgatifs drastiques, rien ne fit. L'amaurose devint complète. Environ un an après eut lieu une deuxième attaque, qui causa la mort en deux heures.

Au centre d'un des hémisphères logeait une tumeur fibreuse, même lardacée, autour de laquelle le cerveau était ramolli dans une grande étendue. Le chiasma des nerfs optiques, complétement détruit, explique la perte de la vue. Il y avait à la base du crâne et dans les ventricules latéraux une quantité notable de sérosité.

Chez ce malade, évidemment la désorganisation était ancienne; elle tenait à la tumeur, et néanmoins, quelque profonde qu'elle fût, il n'y eut pas d'hémiplégie. M. Rochard a rencontré chez un pensionnaire de la rue Marbeuf, il y a plusieurs années, un exemple analogue. J'ai soigné à Bicêtre un employé des contributions indirectes qui succomba à la suite de quatre attaques congestives. La base du cerveau était le siége de deux coques cartilaginiformes, au voisinage desquelles la substance était en bouillie. Une chute de cheval avait eu lieu cinq mois auparavant. La force et l'intelligence s'étaient progressivement affaiblies; il n'y avait point eu de paralysie localisée. Plusieurs fois nous avons trouvé de vastes kystes hydatiques dans le cerveau d'individus aliénés ou épileptiques sans complication hémiplégique. J'ai cru remarquer qu'il en était souvent ainsi quand le désordre local occupait la partie moyenne et la base des hémisphères, et que le contraire existait si c'étaient ou les parties centrales, couches optiques, corps striés, etc., ou les parties périphériques qui étaient intéressées.

Quant à la nature de la congestion, tantôt elle est active, tantôt passive, et pour ainsi dire mécanique. C'est ainsi, du moins, que j'ai cru pouvoir me rendre compte de ce qui arrive dans la paralysie générale, où la distension vasculaire tient plutôt à un embarras circulatoire qu'à une irruption sanguine véritable. Elle serait

dès lors, non une cause, mais un effet, l'expression d'un travail pathologique latent, et ses diversités d'intensité se lieraient, jusqu'à un certain point, aux fluctuations, aux hauts et bas de la maladie.

M. *Duparcque* insiste sur le fait signalé par M. Delasiauve que des tumeurs cérébrales se développant lentement ne déterminent parfois aucun symptôme. Suivant lui, la congestion et l'inflammation cérébrales sont souvent précédées par un état nerveux particulier se manifestant par des étourdissements passagers.

M. *Cavasse*, tout en méconnaissant que, chez le malade de M. Pietra Santa, les symptômes fussent peu intenses par rapport aux lésions anatomiques, remarque que l'absence de coordination de la parole avec les idées, symptôme signalé chez cet homme, est déjà un indice de lésion grave. Ce défaut de coordination se serait probablement manifesté encore davantage si l'on avait fait écrire le malade.

M. *Pietra Santa* fait remarquer que son malade offrait si peu de symptômes manifestes que ce n'est qu'après sa mort inattendue que l'on s'est rappelé ce défaut de coordination dans la parole, et conséquemment qu'il n'était plus temps de songer à faire d'autres investigations.

M. *Géry* dit que ce défaut de coordination dans les idées ne permettant pas au malade d'associer convenablement les mots se montre souvent à la suite d'attaques apoplectiques. Un monsieur de sa clientèle, devenu subitement hémiplégique, ne tarda pas à guérir de sa paralysie, mais il conserva une altération profonde de la mémoire.

M. *Lagneau* croit aussi que ce défaut de coordination des idées et cette abolition de la mémoire, telle que parfois le malade semble oublier la fin des mots par lui commencés, se manifestent souvent au début et dans le cours d'affections cérébrales graves. Il a surtout été frappé de cette abolition de la mémoire chez une vieille femme syphilitique morte d'une affection cérébrale après avoir présenté une carie de la voûte palatine et des accidents du côté des fosses nasales (voy. *Maladies syphilitiques du système nerveux*, obs. 229, p. 513). A propos du ramollissement cérébral ordinaire, il remarque que parfois cette affection semble être héréditaire, et paraît très commune dans certaines familles. Consulté dernièrement pour une malade atteinte d'une affection cérébrale à marche chronique lui paraissant consister en un ramollissement de la base de l'encéphale, il apprit, en questionnant les personnes entourant cette dame, que dans la famille, soit parmi les ascendants, soit parmi les frères, sœurs, oncles, tantes, etc., on avait observé sept ou huit cas d'affections cérébrales analogues, ordinairement à marche insidieuse, lente et progressive, quelquefois au début plus ou moins brusque, apoplectiforme.

## SÉANCE DU 21 JUIN 1861.

### HÉMORRHAGIE OU RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU; INCOHÉRENCE DE LA PAROLE. — HÉRÉDITÉ DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES.

M. *Rigaud*. Dans la dernière séance, notre honorable collègue, le docteur de Pietra Santa vous a fait part d'un fait très remarquable de ramollissement du cerveau observé par lui à la prison des Madelonnettes. Je voulais, dans cette même séance, communiquer à la Société un fait présentant une grande analogie avec celui rapporté par notre confrère; mais mon observation remontant à plusieurs années, et ayant la crainte d'oublier quelques détails, j'ai cru devoir attendre la réunion d'aujourd'hui pour vous le présenter, après avoir consulté les notes prises par moi à l'époque où j'ai donné des soins au malade qui en fait le sujet.

OBS. I. — M. Ch..., architecte, demeurant rue de Fourtelle, à Belleville, est âgé de cinquante-deux ans; sa constitution est forte et vigoureuse; son tempérament sanguin; il a toujours joui d'une excellente santé; il vit en famille, avec sobriété, ne se livre jamais à aucun excès; ses affaires sont prospères; il n'a de soucis que ceux occasionnés par les soins à donner à cinq enfants. M. C... est veuf, et n'a, pour le seconder dans son intérieur, qu'une fille âgée de dix-sept à dix-huit ans. Il se livre à des travaux de cabinet nécessités par sa profession, et à la surveillance au dehors, des bâtiments en voie d'exécution, surveillance partagée avec son fils aîné âgé de vingt-cinq ans.

Dans le courant du mois de décembre, après avoir dîné, il passe dans son jardin pour fumer un cigare, suivant son habitude; à peine dix minutes se sont-elles écoulées, qu'il éprouve un malaise indéfinissable; il est pris d'une violente céphalalgie; il se hâte de rentrer; il veut parler, il veut expliquer ce qu'il ressent, les mots lui manquent, la mémoire fait défaut; il ne se rappelle plus les noms de ses enfants; il nomme un objet et il en désigne un autre; il ne peut lier les mots entre eux, il lui est impossible de former une phrase. Veut-il boire? Après avoir cherché longtemps dans ses souvenirs, il dit *car... carafe;* il désire prendre un bain de pieds, il prononce avec lenteur, *bain, genoux;* il veut écrire, supposant qu'il se fera mieux comprendre, il en est de l'écriture comme de la parole, la moitié des mots sont oubliés, parfois des mots tout entiers; il a néanmoins la conscience de son état, c'est en vain qu'il cherche à la rectifier.

Je visite M. Ch... le lendemain du jour où il a été pris de ces accidents: les traits sont empreints plutôt d'inquiétude que de stupeur; la face est colorée, la conjonctive injectée; le pouls est plein, résistant, donne 90 pulsations; il y a une violente céphalalgie, ce que le malade fait comprendre en répétant souvent les mots, *mal tête*, et en portant fréquemment les mains vers le front; il n'y a rien du côté de la myotilité; la sensibilité tactile n'a rien éprouvé.

En presence de ces symptômes, je ne balançai pas à pratiquer une saignée du bras de 500 grammes; prescription d'un purgatif, réfrigérants sur la tête, rubéfiants sur les membres inférieurs; repos absolu, position couchée, demi-horizontale; le sang provenant de la saignée offre un caillot sans sérum; une très légère couenne existe à la surface. En me retirant, je fis part de mes inquiétudes à la famille. Ici, je n'avais pas affaire à une simple congestion, et, bien que je ne pusse définir d'une manière exacte l'affection de mon malade, je penchais à croire à un ramollissement du cerveau, ce que me confirmèrent bientôt les professeurs Chomel et Rostan, appelés en consultation. Ces deux illustres maîtres furent mandés quelques jours après le début de la maladie; j'avais pratiqué une deuxième saignée de 500 grammes environ; vingt sangsues avaient été appliquées à l'anus, deux purgatifs avaient été administrés sans amendement dans les symptômes. Le résultat de la consultation fut que l'on devait revenir à de nouvelles émissions sanguines, qu'il fallait insister sur les dérivatifs sur le canal intestinal, et appliquer un séton à la nuque. Pour les deux éminents professeurs, le diagnostic est grave; tous deux disent ramollissement du cerveau; ils ne diffèrent que sur un seul point: l'un pense que c'est la substance corticale qui est malade, l'autre que c'est la substance médullaire.

Pendant les quinze jours qui suivent cette consultation, une nouvelle saignée du bras est pratiquée; quatre purgatifs sont administrés. M. Ch... se lève, marche sans difficulté; l'appétit est bon, les digestions faciles; la céphalalgie a presque complétement disparu; il y a parfois des insomnies. Le malade se livre à quelques distractions; il veut diriger quelques plans de bâtiments, mais il ne peut toujours exprimer ses pensées; il ne peut écrire qu'en traçant des caractères incomplets; non-seulement, il ne trouve pas l'expression propre à l'objet désigné, mais quand il le trouve, il le prononce et l'écrit d'une manière incomplète; c'est toujours la première syllabe qui lui échappe. S'il veut dire qu'il est malade, il prononce ainsi, je suis *lade;* il écrit de même, quand il commence une phrase, il s'arrête et ne sait comment achever; il a parfaitement conscience de ce manque de mémoire; il s'écrie avec un profond désespoir: *j'oublie, j'oublie.*

Tout travail lui est interdit; il prend le parti d'aller passer quelques semaines à Versailles; on le met à la diète lactée; il fait à pied de longues excursions en pleine campagne, malgré un temps assez froid; nous sommes à la fin de janvier. Sa mémoire semble revenir un peu; il ne se trompe plus quand il voit ses enfants, il les appelle par leur nom; une foule d'expressions reviennent à son souvenir; il peut soutenir une conversation de quelques minutes; au delà ses idées s'embrouillent, il ne trouve plus le mot qui convient à l'expression de sa pensée. Vers le mois de mars, c'est-à-dire, trois mois après le début de la maladie, M. Ch... veut reprendre, non les travaux du cabinet qu'il abandonne à son fils, mais la surveillance des bâtiments en construction; il observe la plus grande sobriété, se purge une ou deux fois chaque semaine; l'amaigrissement est très sensible; cet état, légèrement amélioré, persiste pendant dix-huit mois environ, quand un matin, au moment de se lever, mon malade est frappé d'apoplexie; la mort est instantanée. L'autopsie n'a pas eu lieu.

J'ai trouvé dans cette observation une grande analogie avec celle de notre confrère; j'ai pensé qu'il pouvait y avoir un certain intérêt à les rapprocher l'une de l'autre; je ne trouve de différence entre elles que par la durée de la maladie: chez la malade de M. de Pietra Santa, quelques jours; chez le mien, plusieurs mois.

Je n'ai trouvé aucune trace de semblable affection chez les

ascendants de M. Ch... Ses enfants, jusqu'à présent, ont une bonne santé.

La cause de ce ramollissement peut, dans ce cas, être rapportée au passage subit d'une température très élevée à un froid assez rigoureux : le cigare peut bien aussi y être pour quelque chose.

— A propos de ce fait, je veux dire que dans celui que vous a relaté notre collègue, la question d'hérédité a été soulevée. Permettez-moi de citer un exemple remarquable de transmission héréditaire d'affection cérébrale d'autant mieux observé qu'il appartient à une famille qui me touche de près.

Cet exemple de transmission héréditaire ne fait que confirmer ce qui a été bien des fois signalé; mais il a ceci de remarquable : c'est la transmission toujours directe de la mère aux enfants du sexe masculin, de ceux-ci aux filles, et de ces dernières aux garçons. Ainsi, dans cette famille, on commence à la bisaïeule morte d'affection cérébrale pour arriver à l'arrière-petit-fils atteint d'aliénation mentale.

Obs. II. — Madame A..., mariée à dix-sept ans, donne le jour à dix-huit enfants, et meurt à soixante-cinq ans d'une affection cérébro-spinale qui, pendant deux ans, l'a laissée dans un état voisin de l'imbécillité.

Sur ces dix-huit enfants, neuf sont morts en bas âge; des neuf autres, tous se marient, à l'exception d'un fils qui meurt d'un épanchement pleurétique à l'âge de vingt-huit ans.

Restent cinq filles et trois garçons; trois des filles succombent à des maladies diverses; deux de celles-ci ont dépassé quatre-vingts ans; les deux autres meurent de ramollissement, l'une sans enfant; l'autre laissant deux fils qui, jusqu'à présent, se portent bien, et une fille qui est morte à trente-quatre ans, d'une amygdalite aiguë. Les trois garçons de madame A... sont morts d'un ramollissement du cerveau, et comme leurs deux dernières sœurs, vers l'âge de soixante-quatre ans. L'aîné a eu deux enfants, garçon et fille : le garçon est mort à vingt ans, d'une scarlatine; la fille, qui aujourd'hui a soixante ans, est atteinte de manie religieuse portée au plus haut point; elle a donné le jour à deux enfants, garçon et fille; celle-ci est mariée, a trente-quatre ou trente-cinq ans, et jouit d'une bonne santé. Son frère, qui a quelques années de plus, est atteint d'aliénation mentale. Placé dans une maison de santé à Nantes, il a, trompant la surveillance dont il était l'objet, incendié l'établissement et occasionné la mort du directeur; il est actuellement à la maison de santé d'Ivry où il reçoit les soins du docteur Marcé.

Le deuxième fils de madame A... a succombé aussi à un ramollissement du cerveau; il a eu trois filles et un garçon; rien chez le garçon qui, aujourd'hui, a cinquante-neuf ans et est père de douze enfants ayant une bonne santé : des trois filles, l'une est morte d'un ramollissement à quarante-quatre ans, la deuxième est morte d'une apoplexie foudroyante au même âge, la troisième consacre la plus grande partie de son temps à des exercices religieux, comme sa cousine dont j'ai parlé tout à l'heure. Les enfants de ces trois filles n'offrent, jusqu'à présent, rien de grave dans leur santé.

Enfin le troisième fils a succombé comme les deux frères; il a eu neuf enfants : trois ont été victimes de maladies diverses; les filles, à l'exception d'une seule, vivent dans une honteuse paresse et une affreuse misère, sans avoir, malgré tous les moyens qui leur sont offerts, le courage de travailler pour vivre et faire vivre leurs enfants; elles préfèrent tendre la main.

---

## Société médicale des hôpitaux.

### SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1861.

#### DES KYSTES ACÉPHALOCYSTIQUES DE LA PLÈVRE. — CONSTITUTION MÉDICALE DE PARIS.

M. Henri *Roger* lit un travail intitulé : *Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants*. Les kystes acéphalocystiques qui se développent le plus souvent dans la jeunesse et dans l'âge moyen, sont beaucoup plus rares aux extrêmes de la vie; aussi dans l'ouvrage si complet de M. Davaine (*Traité des entozoaires*, Paris, 1860), ne sont-ils mentionnés qu'à titre de faits exceptionnels chez les enfants, et les cas d'hydatides développées dans l'appareil respiratoire ne sont qu'au nombre de trois. M. Roger a pu dernièrement en observer deux cas. Le premier est celui d'un jeune garçon de huit ans qui, en outre d'antécédents héréditaires suspects, avait présenté, pendant toute son enfance, des accidents thoraciques qui l'avaient fait considérer comme phthisique par plusieurs médecins distingués. Le printemps de 1856 amena une notable aggravation des accidents, consistant principalement en des paroxysmes de toux convulsive analogue à celle de la coqueluche, et en une dyspnée extrême, surtout la nuit. Trois mois plus tard, à la suite d'un vomitif, il fut pris d'une angoisse inexprimable, et, avec des efforts inouïs, expectora une masse de matières purulentes et fétides au milieu desquelles on remarqua un fragment membraneux, à surface lisse et nacrée, qui fit penser à un kyste acéphalocystique. Douze jours après, eut lieu une seconde évacuation de matière hydatique, et cette fois la membrane, mise de côté, fut parfaitement reconnue. Les symptômes généraux et locaux s'améliorèrent, et à la suite d'inspirations iodées, la convalescence marcha rapidement, et la guérison se maintint. Les signes physiques présentés par ce petit malade, après la seconde évacuation, avaient été une dilatation de la partie inférieure de la poitrine du côté droit, avec une matité complète à la percussion, en avant et en arrière, dans les deux cinquièmes inférieurs; absence de respiration vésiculaire au même point, et présence, au niveau de la bronche droite, d'un rhonchus à grosses bulles, analogue à celui des hémoptysies abondantes; mais pas de souffle, ni bronchique, ni caverneux. Le foie paraissait hors de cause. Cinq ans plus tard, la santé de l'enfant était bonne; il ne toussait plus, pouvait jouer et courir, et, sauf une légère dépression de la base du thorax, en arrière à droite, on ne trouvait plus, ni à la percussion, ni à l'auscultation, aucun signe physique de la maladie grave dont il avait été atteint.

Le second cas se termina au contraire par la mort. Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans, chétive et cachectique, qui fut prise, au printemps de 1860, d'une petite toux sèche d'abord, puis quinteuse et accompagnée d'une expectoration particulière, « semblable à des coques de gros raisin », comme les parents s'en souvinrent plus tard. L'ensemble des symptômes fut attribué à une pleurésie chronique par un de nos confrères les plus expérimentés, qui conseilla une saison de Bagnères-de-Luchon. A cette station thermale, la malade rendit une quantité de matières que le docteur Lambron reconnut positivement pour des hydatides. Il y eut une amélioration considérable, l'hiver fut passé à Amélie-les-Bains, et la santé semblait presque satisfaisante.

Le mois de mai 1861 ramena les accidents observés à Luchon; la jeune fille revint à Paris. La fièvre, la toux, les phénomènes cachectiques et les crachats mêlés d'hydatides avaient reparu. La dyspnée était extrême, le décubitus n'était possible que sur le côté malade, et la nuit se passait dans l'orthopnée. L'inspection du thorax montra une dilatation manifeste de la base droite, sans que le foie parût augmenté de volume; une matité notable dans les deux tiers inférieurs; l'absence de respiration vésiculaire au même niveau, et au sommet seulement un murmure rude et bronchique; à gauche, sonorité normale et respiration supplémentaire. On chercha vainement le frémissement hydatique.

Les symptômes généraux s'aggravèrent, le 29 juillet une vomique fut rendue, la poche, loin d'avoir diminué, semblait avoir augmenté, la matité remontait presque jusqu'à la clavicule; l'opportunité de l'empyème fut discutée, on y renonça, à cause de l'imminence de la mort, qui survint une heure après. Dans cette seconde observation, l'ensemble des symptômes aurait pu faire croire à une tuberculisation pulmonaire, et la localisation des signes physiques à la base de la poitrine à une pleurésie chronique; mais les caractères de l'expectoration avaient révélé à de nombreuses reprises la nature de la maladie, c'est-à-dire l'existence d'une hydatide de la cavité thoracique, vaste poche qui se vidait par les bronches. Cherchant à préciser le siége exact et le point d'origine de cette poche, M. Roger se demande si l'hydatide s'était originairement développée dans le foie, celui des viscères où ces helminthes se rencontrent le plus souvent, pour s'ouvrir ensuite un passage à travers le diaphragme, les deux feuillets de la plèvre, et le parenchyme pulmonaire jusqu'aux bronches; mais l'absence de désordres du côté du foie lui fait rejeter cette idée dans ce cas particulier. Était-elle primitivement dans la plèvre ? Bien qu'on cite quelques cas de ce genre qui paraissent authentiques, l'origine du kyste est douteuse, et semble plutôt devoir être cherchée dans le tissu cellulaire extra-pleural, si ce n'est dans le parenchyme pulmonaire.

Quelque fût d'ailleurs le point de départ, on pouvait se demander si la poche était développée dans le parenchyme pulmonaire, ou bien si elle était extra-pulmonaire, et s'était vidée dans les bronches par une fistule. L'absence de phénomènes stéthoscopiques répondait mieux à cette seconde hypothèse, l'étroitesse et l'obliquité du trajet fistuleux pouvant empêcher l'accès de l'air dans la poche et la production de bruits révélateurs d'une caverne. L'évacuation successive et prolongée des hydatides, l'augmentation de la tumeur à la période ultime, malgré ces évacuations, font penser également que le kyste n'était pas unique, ou était au moins multiloculaire.

Ainsi cette *phthisie pulmonaire hydatique*, si semblable à la phthisie tuberculeuse, présente cependant des caractères particuliers qui permettront d'en établir le diagnostic. M. Vigla, dans un remarquable mémoire (*Archives générales de médecine*, septembre 1855), a parfaitement indiqué les moyens qui peuvent distinguer cette affection au début, lorsqu'on peut la confondre avec une tumeur solide du poumon ou avec un épanchement pleural, ce sont : les commémoratifs, la marche lente et progressive de la dyspnée, la forme particulière de la matité, l'irrégularité de la tumeur, l'absence fréquente de l'égophonie et du souffle, enfin, au besoin, la ponction exploratrice dès que la collection liquide est bien constatée.

Quand l'hydatide s'est ouverte dans les bronches, il existe, en réalité, une cavité en rapport avec l'air extérieur, et l'on devrait percevoir les mêmes phénomènes stéthoscopiques que pour les cavernes tuberculeuses, similitude dont Laennec (édition de Mériadec, 1831, t. II, p. 201), et après lui M. Davaine (ouvrage cité) avaient déjà signalé l'existence. Ces signes ont pourtant manqué dans les deux observations de M. Roger : dans un cas il n'y a eu que l'absence du bruit vésiculaire, et dans l'autre qu'un gros rhonchus humide qui n'avait rien de caractéristique. Cette absence des bruits indicateurs de la fistule bronchique s'explique surtout dans le cas d'une hydatide extra-pulmonaire, soit primitivement thoracique, soit venue du foie, la fistule étant dans ces cas plus étroite, plus longue et plus immense, et par conséquent dans des conditions moins favorables à la production de phénomènes acoustiques.

Quant au traitement de cette affection, quand la poche a déjà commencé à se vider spontanément par les bronches, l'auteur discute la possibilité de tenter un traitement curatif par la ponction de la poche et l'injection iodée. D'une part, les cas assez nombreux de guérison spontanée après issue des hydatides par les bronches, l'existence d'une fistule déjà démontrée par l'expectoration caractéristique des entozoaires, recommandent l'expectation avec l'addition de moyens simples, tels que les inspirations camphrées ou iodées, les calmants pour diminuer les douleurs, en évitant toutefois de supprimer la toux, dont les secousses sont nécessaires à l'expulsion des helminthes ; mais d'autre part, quand, malgré l'évacuation répétée des hydatides, la poche paraît se remplir incessamment, que la voie d'évacuation est insuffisante et que la tumeur reste stationnaire ou s'accroît, quand la fièvre hectique est imminente, alors il paraît indiqué de pratiquer sans plus attendre l'opération de l'empyème. L'existence de la fistule bronchique ne constitue pas par elle-même une contre-indication absolue, et ne s'oppose pas à la guérison définitive : on en possède un exemple (voy. Davaine, ouvrage cité, obs. XXXIV). L'injection iodée est ici d'autant plus indiquée qu'il ne s'agit pas d'une cavité séreuse normale, qui pourra se remplir de nouveau par la sécrétion pathologique, mais d'une collection liquide de nature spécifique, dont l'évacuation sera suivie de l'occlusion du kyste qui la contenait. Mais cette ressource ultime devra toujours être réservée après une sage expectation, pendant laquelle on pourra d'ailleurs appeler à son aide divers moyens considérés comme capables de tuer les entozoaires, tels que les préparations hydrargyriques, et notamment le calomel à doses fractionnées, le camphre, le chlorure de sodium *intus et extra*, etc. ; enfin, dans les mêmes circonstances, il y aurait peut-être lieu d'essayer les moyens qui sont aujourd'hui à l'étude pour faire pénétrer les substances médicamenteuses dans les voies respiratoires.

A la suite de cette lecture, M. Roger demande à ceux de ses collègues qui ont eu l'occasion d'observer des hydatides du thorax ce qu'ils ont noté sous le rapport des phénomènes stéthoscopiques. M. *Goupil* a vu un cas de kyste vidé spontanément par les bronches ; l'auscultation faisait alors entendre un souffle intense. Le malade mourut peu de temps après.

M. *Marotte* a connu un homme de trente ans qui avait à plusieurs reprises rendu par les bronches des quantités de liquide [illegible] d'hydatides. On entendait à la base du poumon du souffle et du gargouillement. Il paraît que les acéphalocystes provenaient du foie, car six mois plus tard le malade revint avec un kyste du foie qui fut ponctionné par M. Nélaton ; une péritonite survint, et le malade succomba. Quant à la question thérapeutique, M. Marotte croit que l'empyème ne peut être tenté que quand la poche du kyste s'est substituée à la plèvre.

M. *Boucher* (de la Ville-Jossy) a vu chez un Italien de vingt-[illegible] ans, considéré comme phthisique, survenir une expectoration d'hydatides. Les deux bases du thorax présentaient une matité intense, une pectoriloquie.

M. *Empis* a connu un malade chez lequel on avait diagnostiqué une pleurésie chronique, car l'inspection montrait de la matité, du souffle et de l'égophonie. La thoracentèse fut pratiquée sans qu'il sortît aucun liquide. Une seconde ponction donna issue à un litre de pus verdâtre. Enfin il survint une vomique. L'autopsie fit voir un kyste suppuré du foie sans pleurésie.

M. *Vidal* a vu un malade atteint de kyste hydatique provenant probablement du foie, et chez lequel on nota de la matité, de l'égophonie et presque du souffle tubaire.

M. *Lallier* avait proposé, dans une précédente séance, que la Société s'occupât de donner le bulletin des maladies régnantes, d'après les renseignements que chaque membre aurait recueillis dans son service nosocomial. Une commission a été nommée à cet effet, et M. Lallier veut aujourd'hui donner l'exemple. Trois maladies ont, dans ces derniers temps, prédominé dans son service : 1° des fièvres typhoïdes, dont le nombre et la gravité ont diminué ; 2° des pneumonies à marche insidieuse, d'apparence typhoïde ; 3° des varioles de toutes variétés (13 cas en dix-huit jours).

M. *Blache* rapporte qu'à l'hôpital des Enfants, où la variole est si fréquente, les cas ont été peu nombreux depuis le mois de juillet, sauf une petite épidémie qui sévissait il y a quelques jours dans un des services de maladies chroniques. La rougeole, la scarlatine, se sont montrées plus fréquemment, ainsi que des dysenteries et des cholérines.

M. *Béhier* n'a pas vu de pneumonies ni de varioles à Beaujon ; mais il y a eu beaucoup de dysenteries.

M. *Marotte* a observé des pneumonies catarrhales, des diarrhées et des dysenteries.

D^r E. ISAMBERT.

---

IV

## BIBLIOGRAPHIE.

**Observations topographiques et médicales recueillies dans un voyage à l'isthme de Suez, sur le littoral de la mer Rouge et en Abyssinie,** par le docteur A. COURBON. 1861, in-4°.

**Des ténifuges employés en Abyssinie,** par le docteur E. FOURNIER. 1861, in-4°.

Les documents que les chirurgiens de la marine peuvent recueillir durant leur séjour sur divers points du globe sont fréquemment employés par eux, comme on sait, pour écrire leur dissertation inaugurale, et en raison même des conditions spéciales dans lesquelles se trouvent nos honorables confrères, leurs thèses renferment presque toujours des faits extrêmement curieux, et qui méritent de fixer l'attention. M. le docteur Courbon, déjà connu par

des observations intéressantes qu'il avait publiées à la suite de son séjour dans diverses contrées éloignées, à Montevideo par exemple, où il a signalé une espèce très curieuse de cantharide, a réuni, dans la thèse qu'il a soutenue au commencement de cette année devant la Faculté de médecine, les faits les plus importants qu'il avait eu occasion de vérifier pendant une excursion sur les bords de la mer Rouge et en Abyssinie. Il nous a fait connaître tout particulièrement, avec beaucoup de détails, tout ce qui a rapport à la matière médicale des Abyssins, et est venu compléter ainsi les premiers renseignements dus au zèle de MM. d'Abadie, Schimper, etc.

Le travail intéressant de M. Courbon renferme des renseignements sur la topographie et l'état de la végétation des divers points que l'*Yemen*, à bord duquel il était embarqué, a successivement visités, ce qui lui a permis de rédiger des considérations médicales sur chacun de ces pays, considérations qui ne peuvent manquer d'avoir une grande utilité, en instruisant, par avance, les médecins de la marine des accidents auxquels pourront être sujets leurs équipages, et leur indiquant les moyens hygiéniques préventifs. Quel que soit l'intérêt que présente cette première partie du travail de M. Courbon, nous ne ferons que l'indiquer, pour faire connaître plus particulièrement la portion relative à l'Abyssinie, et pour laquelle l'auteur est entré dans des développements beaucoup plus grands.

Parmi les nombreux remèdes usités par les Abyssins, on doit citer en première ligne ceux qui sont usités contre le ténia, et dont quelques-uns sont parvenus jusqu'en Europe, où ils jouissent également d'une grande faveur. L'Abyssinie est peut-être un des pays du monde où le ténia est le plus commun, et cela tient particulièrement à l'habitude qu'ont ses habitants de se nourrir de *brondo*, c'est-à-dire de viande de bœuf crue. C'est un mets journalier parmi les Abyssins, et, comme le fait remarquer M. Courbon, toutes les classes de la société en font usage, à tel point que chaque bœuf est dépecé *toujours* en cinquante-deux parts, qui toutes ont un nom, et dont chacune a sa destination spéciale, suivant le rang et la qualité des individus. Le fait de la présence du ténia est tellement fréquent chez les Abyssins que ceux qui n'en ont pas se considèrent comme très malheureux. La preuve de cette assertion sera dans un fait rapporté par M. d'Abbadie, qui fut consulté par un jeune indigène d'une santé florissante auquel il ne pouvait trouver de maladie, et comme il le lui déclarait : « Vous voyez bien que je suis très malade, s'écria le jeune homme, puisque je n'ai pas le ver. » Depuis les expériences de MM. van Beneden, Kuchenmeister, etc., on s'explique facilement la formation du ténia chez l'homme, surtout lorsqu'il se nourrit de viande crue, par la transformation en ténias des cysticerques qui ont été introduits dans le tube digestif vivants, en même temps que l'aliment. On se rappellera aussi que les enfants, à Saint-Pétersbourg, ont été atteints beaucoup plus fréquemment du ténia depuis que les médecins russes, pour les guérir de diarrhées rebelles, ont pris la coutume de les traiter avec du suc de viandes crues. M. Courbon fait connaître avec soin les caractères auxquels on reconnaît, en Abyssinie, que les malades sont atteints du ver solitaire ; il n'a jamais observé les coliques et douleurs abdominales que l'on indique souvent comme typiques ; les signes de la maladie se réduisent à un sentiment de constriction se manifestant de temps à autre au-devant des tempes ; à une espèce d'engourdissement se montrant également de temps à autre dans les articulations, principalement dans celles du poignet et du genou ; à un trouble passager de la vision, produit comme par un voile qui passerait devant les yeux ; à des démangeaisons dans les narines ; parfois à une sorte de gêne à l'épigastre, comme si l'estomac se trouvait trop chargé ; enfin et surtout *à une bave abondante qui s'écoule de la bouche pendant le sommeil*, et *à l'issue par l'anus de fragments de ténia ;* ce dernier phénomène a lieu certainement lorsque le ténia a acquis un certain développement.

Les documents recueillis par M. Courbon, pendant son exploration, sur les divers anthelminthiques usités en Abyssinie, renferment de nombreux détails qui contribueront à élucider leur histoire, et parmi eux nous citerons particulièrement le *Mesenna*, dont l'origine botanique avait été rapportée successivement au *Juniperus virginiana* (*Abyssinica*) par M. Aubert Roche, et à une légumineuse, le *Besenna anthelminthica*, par Achille Richard ; il résulte des échantillons rapportés par M. Courbon, et soumis à l'examen de M. A. Brongniart, que ce médicament est l'écorce d'une légumineuse du genre *Albizzia*, à laquelle M. Courbon a donné le nom d'*Albizzia anthelminthica*. Faisons remarquer, avec l'auteur du travail que nous examinons, que les insuccès qui ont eu lieu en Europe tiennent certainement à l'emploi de trop faibles doses ; car, en Abyssinie, on en prend toujours une soixantaine de grammes, tandis que nos médecins ne l'ont presque jamais donné qu'à la dose de 15 à 20 grammes. Il serait d'autant plus fâcheux de voir abandonner ce ténifuge que son action sur l'helminthe est plus efficace que celle des autres remèdes, et qu'il a le grand avantage de ne déterminer ni douleurs, ni nausées, ce que fait souvent le cousso, par exemple.

Un fait sur lequel nous appellerons aussi l'attention, et qui est indiqué dans la thèse de M. Courbon, est l'inefficacité complète du *Cucumis Abyssinica*, qui avait été indiqué par M. Rochet d'Héricourt comme le spécifique de la rage, et dont l'expérience a démontré l'inefficacité absolue. Regrettons, à ce sujet, la légèreté avec laquelle certaines personnes prônent, contre une aussi terrible maladie des substances dont l'action est nulle, et qui ne peuvent qu'être un obstacle à l'emploi de moyens plus efficaces.

A la suite du travail important de M. Courbon, et dans l'intention de donner une étude monographique de la plante nouvelle dont cet habile chirurgien avait rapporté, le premier, des échantillons en France, M. E. Fournier, aide-adjoint (bénévole) d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, a présenté une thèse intéressante dans laquelle il a réuni tous les matériaux déjà publiés sur les divers ténifuges de l'Abyssinie.

M. le docteur E. Fournier a emprunté aux divers voyageurs qui ont visité l'Abyssinie la plus grande partie des détails qu'il a consignés dans sa thèse, et a formé ainsi un travail qui sera utile à toute personne qui voudra s'occuper de l'étude des ténifuges. La partie véritablement originale de cette thèse consiste en une étude botanique du genre *Albizzia*, et spécialement de l'*Albizzia anthelminthica ;* mais ces détails, tout spéciaux, offriraient trop peu d'intérêt aux médecins pour que nous en fassions l'analyse ici.

Nous terminerons cet article en faisant remarquer tout l'intérêt que présentent des monographies du genre de celles de MM. Courbon et E. Fournier : les unes nous apportent le résultat d'observations prises sur les lieux, et servent à élucider des points encore obscurs de la science ; les autres nous permettent de trouver en un même recueil l'ensemble des divers travaux qui ont été publiés sur un sujet donné.

Léon Soubeiran.

---

V

## VARIÉTÉS.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 27 octobre prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Cette séance sera suivie d'un banquet offert par le conseil général et les membres de la Société centrale à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales des départements.

Le banquet aura lieu à sept heures du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli. Le prix de la souscription a été fixé à vingt francs. On souscrit directement, ou par lettre, chez le trésorier de la Société centrale, M. le docteur Brun, rue d'Aumale, n° 23.

— M. le docteur Haumonté, ancien chirurgien militaire, vient de mourir à Bar-sur-Aube.

— Le docteur Francis Médina, médecin en chef de la marine espagnole, a reçu la mission de parcourir les principales contrées civilisées pour y étudier l'état sanitaire.

— Le docteur Yunge, de Saint-Pétersbourg, vient d'être envoyé à Utrecht pour y étudier le mode de traitement qu'emploient contre l'ophthalmie granuleuse les docteurs Donders et Snellen. Cette maladie ferait, dit-on, de grands ravages en Russie.

— M. Bault, médecin en chef de l'hospice de Saint-Brieuc, a été nommé président de la Société de prévoyance des médecins des Côtes-du-Nord.

— M. le docteur Morisseau vient de succomber à la Flèche (Sarthe).

— Les juges du concours de l'internat sont MM. Vidal, Bouchut, Bouillaud, Velpeau et Laugier, titulaires; MM. Bernutz et Denonvilliers, suppléants.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques ont été reprises à l'École pratique le lundi 14 octobre. Depuis cette époque, les pavillons restent ouverts tous les jours, de onze heures à quatre heures. Ceux d'entre eux qui désirent se livrer à ces études peuvent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

— M. Dagron, directeur-médecin de l'Asile des aliénés de Napoléon-Vendée, est appelé aux mêmes fonctions à l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. Seraine, ancien médecin en chef de l'Asile de Niort, est nommé directeur-médecin de l'Asile de Napoléon-Vendée. — M. Rousseau, médecin adjoint de l'Asile d'Auxerre, passe en la même qualité à l'Asile de Dijon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Duportal, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, et ancien directeur de l'École de pharmacie de cette ville.

— M. N.-A. Follet, premier chirurgien en chef de la marine, en retraite, vient de mourir à Rochefort, à l'âge de soixante et douze ans.

— Un rapport officiel, qui vient d'être publié en Prusse, constate que 4,789 soldats, dont 2,609 du corps de Poméranie, sont atteints d'ophthalmie (*Gazette des hôpitaux*.)

---

## VI

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 540. Variétés de l'aliénation, par *J. Conolly*. — Sur la version partielle, par *Sedgwick*. — Nouvel instrument pour vacciner, par *Spratly*. — 541. L'ophthalmiâtrie à Utrecht, par *Z. Laurence*. — Médecine en Chine, par *Hobson*. — 542. *Idem*. — Action de certaines substances sur la phthisie, par *R.-P. Cotton*. — Sur le prolapsus du rectum, par *H. Smith*. — 543. Sur les instruments employés contre la fistule vésico-vaginale, par *B. Hilliard*. — Quelques suites de la scarlatine, par *W. Turner*. — 544. Variétés de la folie, par *Conolly*. — Cas d'iridectomie, par *Pr. Teale*. — Cas d'ovariotomie, par *S. Wells*. — 545. Sur l'infiltration albuminoïde de la rate, des glandes lymphatiques, etc., par *W. Jenner*. — Trois cas de lithotomie, par *Rigby*. — 546. Nouvelle opération d'iridectomie, par *Greenway*. — École ophthalmiâtrique d'Utrecht, par *Z. Laurence*. — 547. Mort par hémorrhagie après une fracture de côte sans traces extérieures de violence, par *Turner*. — Présence du plomb dans les dépôts calcaires de chaudrons, par *Osborn*. — 548. Cas de gonflement de la rate et du foie, par *G. Jackson*. — Médecine en Chine, par *Hobson*. — Ophthalmiâtrie à Utrecht, par *Z. Laurence*. — 1861. — 549. Affections parasitaires de la peau, par *Mac-Anderson*. — Compte rendu clinique sur le favus. — Guérison après l'opération césarienne, par *Edmunds*.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL. — Octobre. Clinique chirurgicale, par *Butcher*. — *Idem*, par *Porter*. — Action involontaire des muscles volontaires, par *Osborne*. — Recherches pathologiques, par *Richardson*. — Parasite dans l'œil d'une tortue, par *Canton*. — Névrotomie dans les affections douloureuses des membres, par *Canton*. — Affection particulière du genou, par *Lynch*. — Sur la syphilis tertiaire, par *Reade*. — Sur les affections cystiques, par *Collis*. — Nouveau signe du détachement du placenta après l'accouchement, par *Clay*.

THE LANCET. — N° 18. Cas extraordinaire d'érysipèle phlegmoneux de la face et de la tête, par *Mac-Gregor*. — Nouvel instrument pour la vaccination, par *Spratly*. — Divers cas cliniques (hémorrhagie utérine, scorbut, effets du chloroforme, impressions maternelles, rupture du foie, effets de l'opium). — 19. (Manque.) — 20. Dégénérescence des artères, par *Ed. Canton*. — Fièvre entérique, par *Wardell*. — Onze cas de fistule vésico-vaginale, par *Baker-Brown*. — Sur la rigidité du col utérin, par *Arnott*. — 21. Sur le scorbut, par *Ward*. — Cas de fistule vésico-vaginale (suite), par *B. Brown*. — 22. Traitement chirurgical du glaucome, par *Hulke*. — Onze cas de fistule vésico-vaginale (suite). — Danger des couleurs grises dans les fleurs artificielles, par *A. Hill Hassall*. — Empoisonnement par les papiers arsenicaux, par *Metcalfe*. — 23. Sur le scorbut (fin). — Sur le favus, par *Pirrie*. — 24. Sur le favus, par *Pirrie*. — Cas de *typho-entérite*, par *Harris*. — 25. Clinique et leçons. — 26. Tumeur encéphaloïde du cou; oblitération de la veine jugulaire interne; mort. — Cancer épithélial de la langue; extirpation, guérison. — Abcès du cerveau méconnu, ouvert dans les narines dans un cas de phth...

ATLANTA MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Octobre. Considération sur l'hy... par *Sanders*. — Teinture éthérée de valériane contre les convulsions des ... par *Byrd*. — Novembre. (Manque.) — Décembre. Hygiène des enfants.

THE CINCINNATI LANCET AND OBSERVER. — Novembre. Notes sur la jurisprudence médicale, par *Hartman*. — Cas de gangrène sénile consécutif à une pneum... par *J. Price*. — Sur l'ongle incarné, par *Weber*. — Version céphalique... *Crane*. — Persulfate de fer contre l'hémorrhagie *post-partum*, par *Mendes*... — Décembre. Sur certaines conditions de l'œuf et de ses enveloppes, par *Lee*. — Sur l'ongle incarné, par *Black*. — Clinique obstétricale, par *Purdy*.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Novembre. Sur la physiologie expérimentale, par *E. Chaillé*. — Anatomie et physiologie compar... *Bennet Dowler*. — Fistule vésico-vaginale; emploi du spéculum double de S... par *Ester*. — Sur l'hydrologie minérale, par *B. Dowler*. — Absence partielle ... vagin; utérus rudimentaire, par *Bozeman*. — Albuminurie des femmes gros... par *H. Peake*. — Propriété *antigalactique* de la belladone, par *Young*. — Remarques sur l'obstétrique, par *S.-C. Young*.

THE NORTH AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW. — Septembre. Dysenterie ses symptômes, ses causes, etc., par *Ayres*. — Trachéotomie dans le croup, par *Fenner*. — Coup de soleil; autopsie, par *Peake*. — Cas d'éclampsie à six mois de la grossesse, par *Hargis*. — Tumeur colloïde de l'abdomen, par *Gross*. — Traitement de l'écoulement uréthral par la compression, par *Hachenberg*. — Cas de tuberculose générale, par *Kluge*. — Novembre. Origine de l'ovariotomie (article de la *Rédaction*). — Clinique chirurgicale, par *E. Fischer*. — Corps étranger dans la bronche droite; trachéotomie, guérison, par *Adler*. — Cas de procidence de l'utérus, par *G. Roy*. — Graves effets d'un calcul rénal, par *Triplett*.

THE PACIFIC MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — N° 34. Cautérisation du ... de l'oreille dans le rhumatisme aigu, par *Davis*. — Maladies des enfants, par un *étudiant*. — Structure de la moelle, par *Trask*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 44. Sur les glandes sanguines (fin), par *Œhl*. — De l'épilepsie (suite), par *Masparo*. — 45. *Idem*. — Service sanitaire de campagne, par *Castiglioni*. — 46 Épilepsie (suite). — Service sanitaire (suite). — Sur l'hygiène publique, par *F. Lussana*. — 47. *Idem*. — Épilepsie (suite). — Sur le traitement par l'électricité, par *Namias*. — 48. Épilepsie (suite). — Hygiène publique (suite). — Service sanitaire des campagnes (suite). — 49. Sur le crétinisme dans la vallée de Chamounix, par *Biffi*. — 50. Histoire de l'anatomie microscopique, par *Œhl*. — Hygiène publique (suite). — 51. Anatomie microscopique (suite). — Hygiène (suite). — 52. Gastro-hystérotomie après la mort de la mère, par *Vambiacchi*. — Service sanitaire des campagnes, par *Strambio*. — 53. De la pneumonie, par *L. Monti*. — Service sanitaire des campagnes (suite).

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati sardi). — N° 43. Histoire naturelle du ténia, par *S. Ricchiardi*. — 44. Miliaire avec amaurose, par *A. Sesia*. — 45. *Thérapeutique des fractures*, par *L. B.* — 46 et 47. Cas de polydactylie, par *de Carolis*. — 48. Clinique chirurgicale : résection de la hanche. — 49. *Idem*. — 50 et 51. Arsenic et strychnine contre les maladies, par *Grimelli*. — 52. — 1861. — N° 1. (Le journal, à partir de ce numéro, a remplacé STATI SARDI par PROVINCIE SARDI). Revue obstétricale, par *Macari*. — 2. (Manque.)

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO. — N° 20. Action de la strychnine sur le système nerveux des muscles et sur les glandes lymphatiques, par *Grimelli*. — Longévité et état sanitaire à Turin, par *Torchio*. — Anévrysme faux, suite d'un coup de couteau, par *Bertoldo*. — 21. Rapport médico-légal sur un cas de meurtre, par *Tomati*, *Porporati* et *Timermans*. — 22. Miliaire; emploi du vin généreux, par *Sella*. — Homicide présumé, par *Bertoldo* et *Polo*. — 23. Anatomie et physiologie de la rate, par *Peyrani*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Septembre. Clinique, par *Marisi*. — Octobre. (Manque.)

LO SPERIMENTALE. — N°s 5 et 6. Sur l'enseignement public, par *Buffalini*. — Histoire d'une épidémie de miliaire, par *A. Cantiari*. — Deux cas de diabète guéris par l'usage du sucre, par *Burresi*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 356. Traitement de la fièvre jaune, par *Sinigo*. — 357. Clinique. — Sur la paralysie diphthéritique, par *Carreras y Arago*. — 358. — 359. Analogie du choléra et du typhus, par *Pastor*. — 360. Hydrologie médicale espagnole. — Clinique. — 361. Clinique. — 362. De la xérophthalmie, par *Ramangé*. — 363. Origine de la maladie vénérienne, par *M. Padilla*. — 364. Origine de la maladie vénérienne, par *Padilla*. — 365. Rapports du typhus et du choléra, par *Pastor*. — Chloroforme contre les fièvres, par *Atienza*.

EL ECO DE LOS CIRUJANOS. — N°s 273, 274, 275.

EL MONITOR DE LA SALUD. — N° 21.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 21. Histoire de la diphthérie en Portugal, par *B. A. G.* — Épidémie de fièvre jaune (suite). — 22. Épidémie de fièvre jaune en 1857. — Voyage de la corvette *Nova-Goa*, par *C. Gomes*. — 23. — 24. Rapport sur la fièvre jaune (suite). — Relation médicale d'un voyage de la corvette *Nova-Goa* (suite).

GAZETA MEDICA DO PORTO. — 1re année. — N° 8. Falsification du lait et autres substances. — 9.

JORNAL DA SOCIEDADE DAS SCIENCIAS MEDICAS DE LISBOA — N°s 4 à 11.

### Livres.

DIE SYSTEM DER MEDIZIN ODER VERSUCH EINER ALLGEMEINEN DARSTELLUNG DER PHILOSOPHISCHEN SOWIE ALLER BEKANNTEN MEDIZINISCHEN SYSTEM UND NOSOLOGISCHEN CLASSIFICATIONEN (Du système de la médecine, ou essai d'une exposition générale des systèmes philosophiques, de tous les systèmes médicaux connus et des classifications nosologiques), par *N. Laux*. Bâle, J.-J. Mast. 7 fr. 50

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 25 OCTOBRE 1861. N° 43.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Circulaire portant que les candidats au baccalauréat ès sciences complet, ajournés à la session d'août dernier, qui répareront cet échec à la prochaine session de novembre, seront encore admis à prendre leur première inscription pour le doctorat en médecine, du 1er au 20 novembre prochain. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : De la cataracte secondaire. — Acide cyanhydrique. — Gangrène consécutive à la fièvre typhoïde. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Étude nouvelle sur la phlegmatia alba dolens. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Contributions à l'histoire du sclérème des adultes. — Intoxication saturnine par la poussière de cristal chez des ouvriers travaillant à la contre-oxydation du fer. — Blessure produite par une pastenague ; anévrysme poplité consécutif. — V. **Bibliographie.** Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux central. — Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

## PARTIE OFFICIELLE.

*Circulaire portant que les candidats au baccalauréat ès sciences complet, ajournés à la session d'août dernier, qui répareront cet échec à la prochaine session de novembre, seront encore admis à prendre leur première inscription pour le doctorat en médecine, du 1er au 20 novembre prochain.*

Paris, le 16 octobre 1861.

Monsieur le recteur, aux termes de ma circulaire du 20 octobre 1860, portant interprétation de l'article 4 du décret du 23 août 1858, les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet, avant le 1er novembre 1861, peuvent encore, *terme de rigueur*, être admis à prendre, du 1er au 20 novembre 1861, leur première inscription pour le doctorat en médecine, sans avoir à justifier ultérieurement d'autre diplôme pour parvenir au titre de docteur.

Cette mesure a eu pour but d'étendre à une période de trois années l'effet des dispositions transitoires de l'article 4 du décret du 23 août 1858, prises en faveur des jeunes gens qui, au moment de la promulgation du décret, se trouvaient engagés dans l'ordre d'études de la section des sciences de nos lycées. Or, il m'a paru équitable de fournir à ceux de ces jeunes gens qui ont échoué aux épreuves du baccalauréat pendant la session d'août, la possibilité de réparer, à la prochaine session de novembre, un échec qui leur ferait perdre tout le fruit de leurs études.

J'ai donc l'honneur de vous informer que, conformément au vœu exprimé par un certain nombre de recteurs, les jeunes aspirants au doctorat en médecine, qui, après avoir échoué aux épreuves du baccalauréat ès sciences complet, à la session du mois d'août dernier, subiront de nouveau et avec succès ces épreuves à la prochaine session de novembre, devront être appelés à jouir de la même faveur que ceux qui auront été reçus bacheliers ès sciences au mois d'août. Les registres d'inscription des Facultés de médecine et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie resteront ouverts pour eux jusqu'au 20 novembre.

Ces dispositions seront également applicables aux jeunes gens qui, ayant déjà subi avec succès la première partie de l'examen du baccalauréat ès sciences scindé, compléteront cet examen à la prochaine session de novembre, ou bien encore à ceux qui, ayant été ajournés antérieurement pour la première partie de l'examen du baccalauréat ès sciences scindé, subiront avec succès l'intégralité de l'examen. Mais elles ne sauraient, en aucun cas, être invoquées en faveur des jeunes gens qui se présenteront, pour la première fois, pendant la prochaine session, aux épreuves du baccalauréat ès sciences.

Veuillez donner immédiatement toute la publicité désirable à ces dispositions, et en assurer l'exécution en les notifiant à M. le doyen de la Faculté des sciences et à M. le doyen de la Faculté de médecine, ou à MM. les directeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de votre académie.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

*Le ministre de l'instruction publique et des cultes,*
ROULAND.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 24 octobre 1861.

*Académie de médecine :* DE LA CATARACTE SECONDAIRE. — ACIDE CYANHYDRIQUE. — GANGRÈNE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

De la discussion soulevée à l'Académie de médecine, par le travail de M. Mirault (d'Angers), relatif à la cataracte secondaire, il faut d'abord écarter une dispute de mots. L'auteur, se proposant d'établir l'utilité d'une médication antiphlogistique active dès la première apparition des opacités pupillaires, de nature phlegmasique, qui suivent si souvent l'opération, qualifie ces opacités, même naissantes, de *cataractes secondaires ;* et on lui objecte que, dans le langage usuel de la chirurgie, ce nom n'est attribué qu'aux opacités permanentes laissées par l'inflammation, survivant à l'inflammation, relevant alors de l'instrument et non plus des ventouses ou des sangsues. Nous sommes, avec MM. Velpeau et Malgaigne, pour cette dernière interprétation, parce que s'il est vrai, comme le dit M. Mirault, qu'il n'y ait pas « de limites précises » entre une opacité en voie de formation et une opacité constituée, la clinique saisit très bien le moment, — l'heure, la semaine, si vous voulez — où, l'inflammation s'étant retirée, l'opacité n'est plus qu'un *reliquat*, comme la vase après le retrait des eaux. Mais à quoi bon s'arrêter à cette difficulté ? Ce que soutient M. Mirault n'en est pas moins

clair. Il soutient qu'un traitement antiphlogistique local et général, plus hâtif et plus énergique qu'on ne l'emploie d'ordinaire, est capable de réduire beaucoup le nombre des cataractes secondaires ; et, accessoirement, il incline à penser que ces cataractes résultent de l'opacité de la capsule. Deux questions, comme on voit, à examiner.

Sur la première, on peut douter que le conseil de M. Mirault, quelque autorité qui s'attache à son nom, modifie sensiblement la pratique des chirurgiens expérimentés. Ceux qui ont foi dans l'efficacité des évacuations sanguines ou autres moyens analogues y recourent volontiers à la première menace de phlegmasie. Il est possible — nous ne l'avons pas vérifié, — que les livres des maîtres ne formulent pas à cet égard un précepte aussi formel que le voudrait le chirurgien d'Angers ; mais en médecine, soit interne, soit externe, combien de pratiques usuelles ne sont pas consignées dans les livres, précisément parce qu'elles sont usuelles ! On recommande l'application des ventouses ou l'usage du calomel contre la phlegmasie consécutive à l'opération ; on néglige, nous le supposons, de dire que ces moyens doivent être employés de bonne heure ; est-ce là vraiment une lacune dans la science ? Nous ne saurions l'accorder ; et, néanmoins, nous tenons le mémoire de M. Mirault pour utile, pour opportun, en ce qu'il mettra le commun des praticiens en éveil contre les chances d'un fâcheux accident, les excitera à en épier les premiers signes, leur apprendra enfin à ne pas se laisser gagner de vitesse par des désordres qui marchent souvent avec rapidité.

Quant à savoir si les opacités pupillaires produites par la phlegmasie occupent plus ou moins souvent le tissu même de la capsule, c'est une question fort controversée de nos jours, et sur laquelle d'ailleurs M. Mirault lui-même, dans ses élégantes réponses à MM. Malgaigne et Gosselin, s'est tenu sur la réserve plus que dans le corps de son mémoire. Si M. Ch. Robin eût été présent à la séance, il eût sans doute plaidé la cause de la cataracte capsulaire secondaire, pour l'étude de laquelle il a prêté à M. Sichel le précieux appui de son talent de micrographe. D'un autre côté, des observateurs non moins autorisés, et à leur tête M. Desmarres, refusent à la capsule la propriété exsudative ; ils rapportent exclusivement la cataracte capsulaire, soit à un produit albumineux sécrété par l'iris et déposé sur la face externe de la capsule, soit à une couche épithéliale du cristallin, devenue adhérente à la face postérieure de la capsule. Il va sans dire que la première origine de cette espèce de cataracte secondaire est beaucoup plus commune que la seconde. Ceux qui voudront connaître l'état de la science sur ce point consulteront avec fruit la thèse de M. Richard et la note ajoutée à l'ouvrage de Mackenzie (t. II, p. 312) par MM. Warlomont et Testelin, qui concluent contre l'existence d'une cataracte capsulaire vraie.

Ce n'est pas, on le croira sans peine, pour prendre parti dans le débat que nous le rappelons, mais seulement pour motiver deux remarques applicables au travail de M. Mirault. S'il est permis à ceux que n'éclaire pas l'expérience personnelle de conserver des doutes sur la non-existence de la cataracte vraiment capsulaire, comme suite de l'opération et comme produit de phlegmasie, il est certain du moins que, dans l'immense majorité des cas, les opacités pupillaires ont leur point de départ dans l'inflammation exsudative de l'iris. Sous ce rapport donc, l'opinion de l'auteur, toute restrictive qu'elle est, accorde trop encore à la capsule, et il nous eût paru plus conforme à l'état présent de la science de douter qu'aucune des observations insérées dans le mémoire dût être rapportée à la cataracte vraiment capsulaire que d'incliner à les y rapporter toutes. En second lieu, même en laissant de côté, avec l'auteur, les causes de cataracte secondaire autres que l'opacité pupillaire, même en ne considérant que la perte de transparence de la capsule, ce serait une erreur grave de voir toujours dans ce fait un signe d'inflammation. L'inflammation est la source unique de cet enduit albumineux que l'iris dépose sur la capsule ; mais il n'en est plus de même à l'égard de cet autre enduit que nous avons dit provenir de la couche épithéliale du cristallin. Quand la lentille est extraite avant que l'opacité ne l'ait envahie jusqu'à sa surface, il reste après l'opération un épithélium *transparent*, et cet épithélium, qui va doubler la face interne de la capsule, devient opaque avec une extrême rapidité, *sans le concours de la moindre phlegmasie*. Il y a là une cause d'erreur bonne à signaler en face des préceptes de M. Mirault.

Un mot, pour finir, sur un agent thérapeutique dont M. Velpeau a fort vanté, et avec raison, l'utilité dans le cas de phlegmasie exsudative de l'iris. La dilatation de la pupille par l'instillation de la belladone, ou mieux du sulfate d'atropine, est, en effet, un excellent moyen de prévenir les adhérences de l'iris avec la capsule, ou de déchirer les adhérences si déjà elles sont établies. Dans ce dernier cas, a dit pittoresquement M. Velpeau, *on agit comme pour ouvrir un rideau accroché*. « L'iris, a-t-il ajouté (sinon textuellement, du moins en termes équivalents), l'iris en se repliant sur lui-même exerce une traction sur les adhérences ; tant qu'il ne parvient pas à les déchirer, on provoque des dilatations successives, jusqu'à ce que le résultat ait été obtenu ou reconnu impossible. » Si nous avons bien observé les résultats de la pratique de M. Desmarres à ce point de vue particulier, et si nous avons eu autant d'avantage *à l'imiter que nous* le pensons, il y aurait lieu d'ajouter quelque chose aux conseils de M. Velpeau. Dès le début de l'iritis exsudative, la pupille devrait être dilatée autant que possible, et *maintenue en permanence* dans cet état ; une traction continue sur les adhérences devrait être substituée à une traction intermittente, d'abord pour arriver plus sûrement à une déchirure ou à une élongation des brides, ensuite pour prévenir la formation d'adhérences nouvelles. Or, l'effet des substances mydriasiques est d'autant plus difficile à obtenir que l'iritis est plus intense ; et, quant au sulfate d'atropine, il est souvent nécessaire, pour obtenir la dilatation et la maintenir, d'en instiller une solution (de 1 à 2 centigrammes, par exemple, pour 10 grammes d'eau) huit ou dix fois et plus dans les deux premières heures, vingt à trente fois dans les premières vingt-quatre heures, six ou huit fois les jours suivants. Ce sel, du reste, quand il est parfaitement neutre, n'exerce aucune action irritante sur l'œil, ne porte aucune atteinte, dans la suite, à la contractilité de l'iris ; et il n'est vraiment d'autre barrière à son administration que la sécheresse extrême de la gorge, la rougeur de la face, et les autres signes d'un commencement d'action toxique.

— Après cette discussion, la tribune de l'Académie a été occupée par M. Réveil, qui a lu un travail plein d'intérêt sur l'histoire médico-légale de l'acide hydrocyanique.

— Quand nous avons contesté, il y a quatre ans (t. IV, p. 587 et 646), avec M. Béhier, la signification de deux cas de gangrène sèche d'un membre, considérée par M. Bourgeois (d'Étampes) comme liée à la fièvre typhoïde, nous ne sommes

pas allé au delà d'un simple doute quant à la nature de la pyrexie, et nous en avons appelé à l'observation ultérieure. Cette année même (*Gazette hebdomadaire*, n° 22, p. 349 et 350) nous avons dû reconnaître, dans une observation à nous adressée par M. Bourguet (d'Aix), « un exemple authentique du fait annoncé par notre confrère d'Étampes, » toute explication réservée sur le mode de formation de la gangrène. Voici maintenant, sur le même sujet (*Union médicale*, n°s 115 et 117), un travail de M. Gigon (d'Angoulême), suivi d'une polémique entre cet honorable confrère, M. Béhier et M. Bourgeois (*ibid.*, n°s 122, 125 et 127). L'opinion de ce dernier trouve-t-elle ou non un appui dans les faits relatés par M. Gigon?

Il y a plusieurs manières de comprendre un rapport entre deux maladies coexistantes, ou dont l'une est consécutive à l'autre; et, par exemple, le rapport peut être médiat ou immédiat. A cet égard, il est incontestable que les observations envoyées d'Angoulême, non plus que celle de M. Bourguet, non plus que le cas communiqué à M. Trousseau par M. Blondeau (*Clinique médicale*, t. I^er^, p. 210), ne répondent ni à l'espèce de gangrène notée par M. Bourgeois, ni à son interprétation. Notre confrère avait observé la gangrène *sèche*, et il l'avait présentée comme l'effet « d'une métastase de l'élément morbide typhoïde » sur un membre, comme le résultat direct d'un anéantissement de l'influx nerveux. Or, en écartant des observations de M. Gigon trois cas de simple œdème d'un membre inférieur, *sans gangrène* (avec *phlébite* constatée chez le seul des trois sujets qui a été autopsié), il reste quatre cas de gangrène *humide*, dont deux seulement sont accompagnés d'autopsie, et dans ces deux cas, il y avait obturation veineuse. L'œdème gangréneux avait envahi le bras, et le caillot obturateur occupait la partie supérieure de la sous-clavière; ce caillot adhérait fortement aux parois du vaisseau, et s'étendait, avec des adhérences moins solides, dans les veines scapulaires supérieures, l'axillaire, la céphalique, la mammaire externe; « la membrane interne était d'un rouge très foncé dans la sous-clavière, et cette couleur allait en diminuant vers les ramifications; les parois étaient épaissies, plus friables. » Dans le troisième cas, la gangrène humide siégeait à la commissure droite de la bouche, et, dans le quatrième, sur la parotide gauche. Quant aux observations de M. Bourguet et de M. Blondeau, elles sont bien relatives, comme celles de M. Bourgeois, à la gangrène sèche; mais, dans l'une, la gangrène de la jambe était accompagnée d'une « oblitération de l'artère tibiale postérieure et de l'artère poplitée par des caillots fibrineux; » dans l'autre, où la gangrène occupait le dos du pied, on sentait, à la face interne et postérieure de la jambe, à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen, un cordon dur assez volumineux et très douloureux.

On peut donc dire, comme M. Béhier dans sa lettre à l'UNION MÉDICALE, que tous ces faits ne sont pas les équivalents de celui que M. Bourgeois prétend introduire dans la science. Mais nous ne voudrions pas pousser l'opposition plus loin. Si les observations du genre de celles de M. Bourguet et de M. Blondeau se multipliaient, la présence d'une oblitération artérielle ne déposerait en rien contre une relation de cause à effet entre la fièvre typhoïde et le sphacèle; la relation serait médiate, voilà tout; et le fait de la gangrène sèche de tout un membre, dans le cours, ou au déclin, ou dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, serait toujours une acquisition nouvelle de la clinique. La fièvre typhoïde, en d'autres termes, serait une cause directe de thrombose artérielle, indirecte de gangrène sèche. Quant à la gangrène humide, suite de phlébite, il y aurait peut-être moins d'intérêt à rechercher sa liaison avec la fièvre typhoïde, parce qu'on la voit dériver d'un assez grand nombre d'autres affections telles que les lésions organiques du cœur, l'érysipèle, les scrofules, le cancer, etc. Nous avons vu une gangrène profonde du pharynx succéder à une dysenterie grave, contractée en Afrique.

Enfin, nous ne nous armerions pas avec autant de confiance que M. Béhier, pour l'étude d'une question de ce genre, de la théorie des oblitérations vasculaires comme causes de mortification, ni de la dichotomie classique sur la division des gangrènes. M. Béhier semble trop croire qu'il n'y a pas de gangrène profonde et étendue sans obturation des gros vaisseaux, et que toute gangrène sèche relève de l'oblitération artérielle, comme toute gangrène humide de l'oblitération veineuse.

Nous connaissons les observations de M. François (*Essai sur les gangrènes spontanées*); mais nous contestons qu'elles démontrent, pour la gangrène sénile, l'*imperméabilité préalable* des artères. Les recherches les plus attentives de ces derniers temps, celles d'Emmert et de Virchow entre autres (*Handb. der sp. Pathologie und Therapie*, I^er^ Bd. 1854), tendent précisément à déposséder les artères du membre inférieur du rôle qu'on leur attribue généralement dans la production de la gangrène sénile. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, les larges et profondes eschares *sèches* qu'on voit survenir parfois, sur des parties non comprimées, dans les maladies de la moelle épinière, dans les affections chroniques qui ont pour effet d'amener une détérioration profonde de l'organisme, comme nous l'avons vu dans un cas de carie vertébrale (l'eschare s'était formée sur le dos, mais le sujet couchait depuis longtemps sur le ventre). Il faut se souvenir surtout de cette espèce de diathèse gangréneuse observée par M. Géry à l'hôpital Sainte-Périnne, et dont parle M. Grisolle dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE (t. II, p. 252). De même il n'est pas absolument démontré aujourd'hui que l'oblitération des veines, même des grosses, puisse produire *à elle seule* la gangrène. Les expériences de Lower tendraient même à prouver le contraire (*Tractatus de corde*, 1669). En tout cas, la chose doit être rare. Quant à la différence d'origine de la gangrène sèche et de la gangrène humide, il est douteux également qu'elle soit aussi constante qu'on le répète partout. M. Béhier réserve son opinion sur l'*embolie*; mais, quant à présent, il a pu lire dans les auteurs qui se sont occupés de cette lésion, que l'embolie *artérielle* donne lieu parfois à la gangrène *humide*.

On le voit, toutes ces questions sont à l'étude et ne sont pas mûres pour la théorie des gangrènes. D'où la conséquence, d'une part, que la forme humide de la lésion ne constituerait pas une présomption défavorable à l'existence d'une gangrène typhoïde; d'autre part, que, au cas même de thrombose artérielle, on ne serait pas rigoureusement autorisé à y voir la cause du sphacèle, celui-ci pouvant au contraire avoir précédé la thrombose.

A. DECHAMBRE.

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie interne.

**ÉTUDE NOUVELLE SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS**, par le docteur W. TILBURY FOX, chirurgien de l'Hôpital général d'accouchements, etc. — ANALYSE ET TRADUCTION, par le docteur PIHAN DUFEILLAY, ancien interne des hôpitaux, membre des Sociétés d'anthropologie, anatomique et médicale d'observation.

(Suite et fin. — Voir le numéro 41.)

IV. — L'absorption d'une matière morbifique comme cause de la *phlegmatia* ne serait-elle parfois qu'une simple hypothèse? Nous ne le croyons pas, et le plus récent écrivain sur ce sujet, le professeur Simpson, remarque lui-même que, dans la *phlegmatia*, les lochies sont toujours d'une extrême fétidité; du reste, il suffit d'énumérer les affections avec lesquelles coexiste la *phlegmatia* (dysenterie, phthisie, ablation de polypes utérins, fièvres graves et malignes, etc.) pour lever tous les doutes à cet égard.

De tout ce qui a été dit jusqu'ici il nous faut donc conclure que chez les sujets où l'on voit coïncider d'abondantes hémorrhagies et des excrétions septiques les coagulations dans les vaisseaux sont d'une extrême fréquence, sans toutefois que les thrombus sanguins atteignent nécessairement un développement suffisant pour occuper les gros troncs lymphatiques ou veineux. Ce qui est vrai des veines du bassin l'est également des veines hémorrhoïdales et des veines thoraciques : aussi avons-nous vu maintes fois surgir en un point limité les symptômes de la *phlegmatia* sans pourtant qu'on pût, à proprement parler, donner ce nom aux accidents, et lorsque le malade succombait à l'affection principale, on trouvait l'explication de ces phénomènes dans l'oblitération de veines, encore trop éloignées du tronc principal pour entraîner la *phlegmatia* franche avec tout son cortége de symptômes.

Une statistique sévère des maladies épidémiques et virulentes, notamment de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle, montrera qu'elles se compliquent assez rarement de la *phlegmatia alba dolens*, mais que les cas où cette complication est survenue ont été d'ailleurs remarquables par des hémorrhagies et des excrétions septiques abondantes, si bien que le thrombus a été, nous croyons, le résultat de la réunion de ces deux ordres d'accidents, tandis que les symptômes généraux ont uniquement dépendu de l'action que la matière toxique absorbée a exercée sur tout l'organisme.

Il est donc de toute évidence qu'il existe deux formes distinctes et opposées de *phlegmatia*, l'une avec fièvre, l'autre sans fièvre : la première caractérisée par des symptômes extérieurs graves, grande fréquence et petitesse du pouls, tendance à la formation d'abcès multiples, douleurs erratiques, suppuration et inflammation diffuse des viscères, érythème, prostration, angioleucite et phlébite, toutes altérations qui découlent de l'action délétère exercée sur tout l'organisme par l'absorption d'une matière septique ou virulente; la seconde, uniquement locale, reconnaît pour cause l'action localisée de ce même virus, qui s'est bornée à produire une obstruction lymphatique et veineuse sans pénétrer plus loin et sans modifier tout l'organisme. C'est cette dernière variété qui reconnaît également pour cause la compression externe, et, dans quelques circonstances rares, une vraie phlébite.....

Résumons-nous donc, et présentons en quelques lignes l'ensemble de tout ce chapitre :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dans l'œdème simple | les veines seules sont malades. — Absence constante de plaies. | En tout cas, l'oblitération résulte d'une des causes ci-contre | 1° Compression.<br>2° Phlébite et angioleucite virulentes ou septiques.<br>3° Thrombose par introduction d'un liquide étranger sans propriétés septiques.<br>4° Coïncidence de l'inflammation vasculaire et de la thrombose.<br>5° Excès de coagulabilité de la fibrine du sang (causes d'*œdème* et dans aucun cas de *phlegmatia*) |
| Dans la *phlegmatia alba dolens* vraie | les veines et les lymphatiques sont lésés. Il y a toujours une plaie, sauf les cas où il y a pression extérieure. | | |

Quant à la *phlegmatia* en particulier, nous émettons les conclusions suivantes :

1° Dans la *phlegmatia* il y a obstruction simultanée des veines et des lymphatiques.

2° Cette oblitération procède parfois d'une simple compression extérieure.

3° Elle survient souvent par suite d'une action spéciale des substances virulentes ou septiques sur la tunique interne des vaisseaux; ces faits sont plus rares qu'on ne le croit, sauf pendant les épidémies de fièvre puerpérale.

4° Il est admis que l'introduction d'une notable quantité de liquides étrangers dans le sang produit sa coagulation spontanée; il est également certain qu'une perte abondante des liquides de l'économie entraîne une absorption compensatrice rapide. Cette double condition se trouve remplie quand à l'existence d'une plaie qui facilite l'absorption se joignent des déperditions abondantes qui l'accélèrent, et un liquide septique qui en fournit les matériaux.

5° Ces diverses circonstances peuvent exister séparément ou coexister.

## CHAPITRE II.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

..... C'est à dessein que nous avons jusqu'ici négligé de parler des transformations et des effets de l'exsudation dans le membre malade, pour ne point donner un aperçu trop incomplet des opinions que Virchow a émises à ce sujet. En tout ce qui regarde les métamorphoses et les altérations locales des tissus, les idées du physiologiste allemand nous semblent d'une grande vérité : aussi, laissant de côté cette partie de notre sujet, nous nous bornerons à étudier deux questions dont la saine appréciation et l'interprétation correcte suffisent pour asseoir les bases d'une bonne et vraie thérapeutique.

1° Quelles sont les conditions spéciales et les lésions pathognomoniques qu'offrent les membres atteints de *phlegmatia alba dolens?*

2° Comment ces conditions et ces lésions disparaissent-elles?

I. — Quelle est la lésion essentielle *qui constitue la phlegmatia?* Nous disons *essentielle*, car cette affection se complique de tant d'altérations variées qu'on retrouve dans beaucoup d'autres états morbides, notamment dans la pyohémie, qu'il nous les faut éliminer ici d'emblée pour nous occuper uniquement de l'altération essentielle et caractéristique de la *phlegmatia*.

C'est un sujet que les auteurs franchissent habituellement avec une entière insouciance; à peine font-ils quelques remarques sur « la distension par la sérosité du tissu cellulaire », dans lequel ils s'accordent cependant à localiser le siége de l'affection, oubliant qu'elle envahit également le derme, voire même les couches profondes de l'épiderme, et que c'est précisément l'altération de ces parties qui occasionne la coloration blanche spéciale et caractéristique de la *phlegmatia*, de même qu'elle explique l'arrêt de la transpiration, les douleurs névralgiques aiguës superficielles, l'engourdissement des parties affectées, tous phénomènes qui trouvent leur raison d'être dans l'épanchement d'une matière fibrineuse entre les fines radicules des plexus nerveux cutanés. Jusqu'à ce que cet épanchement se soit résorbé et que les parties malades aient repris leurs caractères naturels, le chirurgien ressent au toucher une sensation d'épaississement et d'empâtement des couches superficielles du derme et, suivant l'heureuse expression de Churchill, de dureté ligneuse des couches sous-cutanées profondes du membre.

La manière la plus logique et la plus pratique d'apprécier cette lésion est de la considérer comme un œdème auquel est venue se surajouter une autre altération, et c'est précisément cette dernière modification pathognomonique de la *phlegmatia* qu'il nous faut rechercher ici. L'œdème est constitué par l'épanchement d'une sérosité peu coagulable dans les aréoles du tissu cellulaire, qui se distendent et s'agrandissent au delà des proportions normales. Dans ces circonstances, malgré l'oblitération des veines, cette sérosité trouve encore dans les lymphatiques une voie d'élimination. C'est précisément l'obstruction de ces derniers vaisseaux qui se surajoute dans la *phlegmatia* aux conditions anatomo-physiolo-

giques qui ont engendré l'œdème. Or, nous connaissons de longue date l'histoire de l'œdème et son étiologie; il ne nous reste donc plus à étudier que cette nouvelle altération dont l'adjonction le métamorphose en *phlegmatia*.

La ponction d'un membre atteint de *phlegmatia* laisse à peine sourdre quelques gouttelettes de liquide, et on ne peut jamais, ainsi qu'il arrive dans l'œdème, faire varier sous des influences diverses le volume du membre; la sérosité épanchée est gélatineuse, sa consistance notable; l'examen du tissu cellulaire nous montre sa trame plus visible, ses aréoles moins distendues, ses parois comme épaissies et hypertrophiées, ses mailles infiltrées d'un liquide épais et filant. Certes il y a loin de ces caractères, les seuls que l'on rencontre habituellement dans la *phlegmatia*, aux lésions des formes compliquées et graves que caractérisent le sphacèle du tissu cellulaire, la gangrène de la peau et des collections puriformes dues à l'accumulation de fibrine ramollie ou à de véritable pus. Mais, rappelons-le bien, ces altérations, malgré leur coïncidence avec la *phlegmatia*, n'en sont point un symptôme essentiel; elles témoignent de l'action d'une matière toxique sur l'organisme, et sont le propre des maladies virulentes (fièvre puerpérale et autres) qui coïncident fréquemment avec la *phlegmatia*; elles sont la manifestation de la force conservatrice de la nature, qui, dans toute maladie virulente ou septique, cherche à éliminer les matières ou les produits nuisibles, et donne lieu par ces efforts thérapeutiques à des phénomènes auxquels on a bien improprement donné le nom de *maladie*.

Soit, par exemple, une inflammation des lymphatiques à leur début et avant la formation du pus : on perçoit tout d'abord dans la partie malade une dureté charnue qui résulte de l'épanchement dans le tissu cellulaire d'une sérosité gélatineuse; c'est le premier stade de la maladie; celle-ci continue, et bientôt commence l'élimination des produits septiques engendrés par l'action sur tout l'organisme du virus, cause première de la coagulation vasculaire et de la *phlegmatia*. Si les voies ordinaires d'élimination sont insuffisantes en raison de l'abondance ou de l'énergie du poison, elles se multiplient par l'ouverture d'abcès, par la formation de gangrènes, etc. Telle est la différence qui distingue la *phlegmatia* compliquée de la *phlegmatia* simple, dont le type le plus bénin est celui qu'engendre la compression externe des vaisseaux.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

On a prétendu que l'élasticité des membres était due à leur distension par la sérosité de l'œdème; c'est encore une explication fausse, car parfois les veines sont demeurées libres et le gonflement élastique a persisté; la différence dans l'état du membre est donc une affaire d'espèce pathologique et nullement de degré ou d'intensité de lésion.

Il est encore un autre caractère qui différencie l'œdème de la *phlegmatia*, caractère qu'explique très aisément l'obstruction des lymphatiques : c'est le début fréquent de la tuméfaction par les parties supérieures et son extension vers les extrémités. Peut-être, dans ces circonstances, vaudrait-il mieux dire que la tuméfaction est générale, mais inégale; qu'elle débute autour des points lésés pour s'irradier dans tous les sens, et qu'elle est surtout remarquable et saillante aux deux extrémités des membres ou en tout autre point où abondent les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire.

Avant de traiter la seconde question, nous répéterons donc qu'un épanchement de sérosité fibrineuse et gélatineuse épanchée entre les mailles d'un tissu cellulaire hypertrophié constitue la lésion pathognomonique de la *phlegmatia*. Les ramollissements des tissus, les abcès, les sphacèles, loin de lui être spéciaux, sont communs à beaucoup d'autres maladies et résultent de l'élimination de quelque matière toxique contenue dans l'économie. Ces virus, ou ces matières septiques, produisent tout d'abord l'oblitération des veines par coagulation immédiate du sang, et celle des lymphatiques par coagulation suite d'angioleucite. Mais là ne s'arrête point leur effet : absorbés et portés dans le torrent circulatoire, ils altèrent le sang et produisent la pyohémie et son cortége d'abcès, de gangrènes, etc. La *phlegmatia*, qui tout d'abord jouait le rôle principal, passe alors presque inaperçue devant ces terribles accidents, et ne devient plus, en quelque sorte, qu'une simple complication de l'état général alarmant auquel appartiennent tous les symptômes généraux graves que nous avons mentionnés.

[L'auteur passe au second point qu'il s'était proposé d'examiner, à savoir comment s'effectue la guérison du membre affecté. Après quelques considérations un peu trop théoriques, selon nous, il continue ainsi : ]

III. — Il ne nous reste plus actuellement qu'à expliquer comment l'oblitération des lymphatiques produit la tuméfaction et la tension élastiques sans œdème des membres, car bien des auteurs, et Abernethy entre autres, ont noté cette tuméfaction, malgré l'intégrité du calibre des veines...

Le système lymphatique, nous le savons, possède trois propriétés principales :

1° Il entraîne les résidus de la nutrition;

2° Il est doué d'un pouvoir d'absorption nutritive;

3° Il est doué d'une action formatrice dans sa portion glandulaire.

Enfin il possède une quatrième fonction que nous espérons démontrer.

1° La puissance de résorption des résidus de nutrition et des éléments solides ressort de la disparition rapide de ces éléments, alors même que les veines sont oblitérées... Les analyses de M. Wurtz démontrent, à l'appui de cette opinion, que l'urée est plus abondante dans le contenu des lymphatiques que dans celui des veines. Or, tout le courant des liquides lymphatiques se jette dans le torrent circulatoire sanguin, au niveau de la jonction des veines sous-clavière et jugulaire. Aussi trouvons-nous dans cette disposition anatomique l'étiologie des thromboses des veines sous-clavières, dans les cas tels que la phthisie, la dysenterie, etc., où les lymphatiques absorbent une grande quantité d'éléments étrangers et de matières morbifiques qu'ils déversent dans le sang des vaisseaux sous-claviers et innominés. Cette opinion reçoit une nouvelle confirmation des rapports intimes et du mélange qu'affectent la fibrine et les corpuscules lymphatiques dans la composition des caillots des grosses veines et du cœur droit... En même temps que les éléments entraînés par ce courant lymphatique produiront la coagulation veineuse, ils iront peut-être infecter l'économie et enfanter la pyohémie, comme on le voit à la suite de grands traumatismes, de vastes ulcérations, de maladies des os, etc. Remarquons bien surtout que c'est à la période de résolution des inflammations, alors que disparaissent et se résorbent les sécrétions purulentes, que se forment les coagulations veineuses et la thrombose du cœur droit. Or, ce n'est point là une vaine théorie, et le simple examen des lymphatiques, tel que l'a fait pour la phthisie, il y a plusieurs années déjà, M. Guillot, montrera à ce moment ces vaisseaux complétement obstrués par de volumineux caillots...

[Suit une intéressante observation empruntée au docteur Worms, dans laquelle l'examen des pièces anatomiques avait porté ce médecin et la Société anatomique de Paris à admettre une phlébite de la veine sous-clavière. Notre auteur dénie complétement ce diagnostic, et s'appuie sur d'excellentes raisons pour n'y voir qu'une oblitération, une thrombose survenue par le mécanisme qu'il vient d'indiquer.]

... Il faut donc dorénavant songer à l'action des lymphatiques et se souvenir que leur puissance de résorption s'exerce après l'accouchement sur l'utérus désagrégé sur des parties ulcérées, blessées, et dans lesquelles ils doivent absorber un grand nombre d'éléments plastiques. Aussi ne faisons-nous aucun doute que, sauf quelques cas rares d'embolies, ce ne soit là l'étiologie et le mode de production des caillots du cœur et des grosses veines qui produisent la mort subite dans le cours des affections de cette nature.

2° La seconde propriété des lymphatiques, avons-nous dit, est l'absorption nutritive; ceci ressort de leur analogie avec les vaisseaux chylifères et des expériences faites à ce sujet par Schreger...

3° Les changements que subit la lymphe pendant sa progression à travers le réseau et les ganglions lymphatiques jusqu'au moment de son mélange avec le sang démontrent suffisamment la puissance formatrice et créatrice de ces vaisseaux...

Il existe, enfin, un rapport direct entre les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire, à l'égard duquel ils ont à remplir certaines fonctions spéciales; ajoutons de plus que les altérations de tissus qui constituent la *phlegmatia* résultent d'une modification dans l'élément fibrineux du sang; aussi pouvons-nous présenter d'une autre manière la question qui nous reste à traiter et demander quels sont les changements que subit dans la *phlegmatia* la lymphe élémentaire, et en quoi y contribue l'obstruction des lymphatiques?

Les autorités les plus compétentes à cet égard, Virchow, Zimmermann, Simon, Cappie, affirment que la fibrine n'est qu'un produit d'excrétion du tissu cellulaire, produit que reprennent les lymphatiques pour le déverser dans le sang... A cette théorie, le docteur Bond a déjà fait quelques sérieuses objections, entre autres il rappelle l'accroissement de fibrine qui se fait sans aucune trace d'inflammation, au début du rhumatisme par exemple; il signale également le mode de production des exsudations fibrineuses dans la membrane interdigitale des grenouilles, sans aucune participation des lymphatiques.

A ces objections, nous en pouvons joindre quelques autres qui ne permettent guère d'admettre, à l'exemple de Virchow, que la fibrine n'est qu'un produit d'excrétion, résultat de la combustion interstitielle du tissu cellulaire.

1° Son usage dans l'économie, son mode d'action dans les plaies, les coagulations, etc., démontrent qu'elle peut s'organiser lorsqu'elle est épanchée.

2° Sa production artificielle par l'oxydation de l'albumine, ainsi que le prouvent les expériences de Gairdner; l'excès de fibrine serait en raison de l'activité de l'oxydation.

3° Sa composition chimique et ses affinités, qui diffèrent totalement de celles des résidus de combustion, tels que l'urée.

4° Elle est le résultat d'un acte d'élaboration subi par l'albumine pendant son passage au travers des ganglions, et par suite, si l'on considère la fibrine comme excrémentitielle, il faut en faire autant de l'albumine. Le docteur T. William a vu, du reste, dans toute la série des animaux articulés le globule blanc lymphatique se rompre et son contenu offrir les caractères de la fibrine.

5° La relation constante entre la fibrine et les corpuscules blancs. Non-seulement leur multiplication ou leur diminution est en rapport direct, mais, à l'état de santé ou de maladie, les mêmes agents influencent ces deux produits. . . . . . . . . . .

...Si l'espace le permettait, nous montrerions dans toute la série animale l'existence constante du même rapport : d'abord, apparition des corpuscules lymphatiques, puis de la fibrine, et proportion toujours exacte entre ces deux produits.

6° De tous les arguments, le plus puissant, sans contredit, est l'analogie de la fibrine avec le tissu cellulaire. Liebig a victorieusement combattu la vieille doctrine qui admettait que la fibrine servait à l'alimentation des parties charnues du corps; il a démontré en même temps que ces propriétés chimiques et vitales la destinaient à alimenter les tissus cellulaire et gélatineux. Il devient donc impossible d'admettre qu'une substance qui sert d'aliment au tissu cellulaire ne soit, ainsi que le veulent Virchow, Zimmermann, etc., qu'un résidu de nutrition et une métamorphose de ce même tissu...

[Suivent des observations curieuses à l'appui de cette opinion faites chez des insectes par le docteur Newport.]

7° Le simple examen de l'acte digestif réfute l'opinion de Virchow par *la réduction à l'absurde*. Les systèmes splénique, porte, hépatique et mésentérique contiennent, après chaque repas un peu copieux une grande quantité de fibrine mal agrégée et de corpuscules blancs. Or, ces éléments, qui sont l'œuvre du premier acte de la nutrition, sont précisément ceux que Virchow prétend faire dériver des changements subis par le tissu cellulaire...

De tout ce qui précède, on doit naturellement conclure que l'origine de la fibrine est totalement étrangère au tissu cellulaire, et qui plus est, qu'elle est spécialement destinée à lui servir d'aliment.

..... Ces considérations une fois exposées et comprises, nous sommes désormais à même de répondre à la question que nous nous sommes posée en tête de ce paragraphe.

Les oblitérations veineuses ne produisent point la *phlegmatia*, tandis que les obstructions lymphatiques entraînent une accumulation de sérosité fibrineuse dans les mailles du tissu cellulaire, et puisqu'il résulte de tout ce qui précède que les lymphatiques ont pour fonctions d'enlever tous les matériaux de nutrition en excès, de maintenir en équilibre l'apport et la dépense, leur obstruction doit nécessairement amener l'hypertrophie du tissu cellulaire et l'accumulation de la fibrine entre ses mailles. De même l'hyperfibrinisation du sang, la congestion, etc., favoriseront cet état en jetant dans le tissu cellulaire un excès de matériaux alimentaires que ne pourraient plus entraîner les lymphatiques oblitérés.

Pour nous, il ne reste donc plus aucun doute sur le rôle actif et trop longtemps méconnu que jouent les lymphatiques dans le développement et la marche des processus inflammatoires. Ils sont souvent lésés, et leur altération contribue notablement à donner à la partie malade son aspect tuméfié, dense, comme charnu, et à entraver sa résolution. C'est là un des arguments les plus puissants à opposer à la doctrine de Virchow, puisque le chiffre de la fibrine est augmenté dans le sang, précisément dans les cas où les lymphatiques oblitérés sont dans l'impossibilité de puiser cette substance à sa prétendue source et de la transporter dans le torrent circulatoire, tandis que, dans les maladies virulentes, alors même qu'il existe une vaste inflammation du tissu cellulaire de nature à exagérer la sécrétion de la fibrine, celle-ci, loin d'augmenter, diminue et tombe dans le sang au-dessous de sa quantité normale.

IV. — L'ensemble de ce mémoire nous conduit à *faire quelques* remarques importantes et nouvelles d'une utilité *immédiate pour* le traitement.

Il existe deux grands types de *phlegmatia :*

*A*. La *phlegmatia* passive, sans complication, subdivisée en deux variétés :

1° La *phlegmatia* par compression externe, dont le traitement consiste dans l'ablation de la cause comprimante;

2° La *phlegmatia* par simple thrombose.

*B*. La *phlegmatia* fébrile aiguë, liée souvent à des maladies épidémiques (fièvre puerpérale par exemple). C'est dans ces circonstances qu'on a pu noter la phlébite, si jamais toutefois on l'a rencontrée. Elle comprend deux variétés :

1° La *phlegmatia* due à l'action d'une matière toxique sur la paroi interne des vaisseaux (fièvres puerpérales, érysipèles);

2° La *phlegmatia* due à la thrombose, avec complication de phénomènes généraux fébriles causés par l'action du virus sur toute l'économie. Dans ces deux variétés, les abcès servent souvent de voie d'élimination aux matières morbides.

La grande influence dévolue aux vices de l'absorption dans l'évolution de la maladie, et la rareté des altérations inflammatoires des vaisseaux indiquent l'usage des agents de déplétion, dont l'emploi après le travail de l'accouchement doit être attentivement surveillé lorsqu'il s'agit de sujets faibles et débiles. En tout cas, on ne doit jamais aller jusqu'à déprimer la circulation générale.

Cet état particulier du sang qui le prédispose à la coagulation mérite une sérieuse attention. En pareille occurrence, nous nous sommes bien trouvé de l'administration du calomel à dose réfractée. Après les traumatismes, et surtout lorsque le malade est anémique, il faut s'opposer avec un soin scrupuleux aux pertes de toute nature et entretenir les plaies dans une extrême propreté. Telle est, en résumé, la base de toute prophylaxie.

Quant à la maladie elle-même, s'il s'agit de la forme épidémique, la première indication est de maintenir la libre circulation des voies d'élimination, puis de soutenir l'organisme par l'usage des toniques, entre autres le fer et le quinquina. Quand le pouls s'affaiblit, que la chaleur du corps diminue, il faut recourir à une stimulation active, tant interne qu'externe. S'il s'agit de la forme sthénique, il faut se contenter des révulsifs et des antiphlogisti-

ques externes en se souvenant que c'est d'après l'intensité de l'excitation morbide elle-même qu'il faut mesurer la réaction et l'affaissement consécutifs des forces.

En ce qui regarde l'état local, les abcès sont la meilleure voie d'élimination des matières toxiques; l'important est d'obtenir alors une abondante production de fibrine saine qu'on ne peut créer qu'en surchargeant littéralement le malade d'aliments, tant par la bouche que par le rectum. Il faut en même temps user de l'action préservatrice qu'exercent les obstructions vasculaires de la *phlegmatia*, qui empêchent les matières nuisibles de pénétrer dans le sang et de se mêler dans le torrent général de la circulation. On ne doit donc chercher à lever l'obstacle et à rétablir le courant circulatoire qu'après l'élimination complète des agents toxiques, et à une époque où le sang a perdu sa propriété anormale d'hypercoagulation. Lorsque la tuméfaction du membre a commencé à diminuer, il est bon de l'activer à l'aide d'une potion ammoniacale qui aide à la résorption des matières plastiques, pour peu surtout qu'on corrobore son action par quelques frictions stimulantes énergiques.

Nous ferons la même remarque, quant aux conditions générales, dans les cas de simple thrombose. L'anémie trouvera son correctif dans le quinquina et le fer qui concourent puissamment à la reproduction des globules rouges; une alimentation abondante neutralisera l'irritabilité du système nerveux, aidera à la conservation de l'intégrité des canaux excréteurs. L'affection locale tend à hypertrophier le membre : aussi, après avoir rétabli l'intégrité du sang, et commencé à améliorer les parties lésées, doit-on prescrire l'ammoniaque selon la méthode de Humphrey et Richardson, en la combinant avec l'emploi de bandages compressifs et de liniments excitants. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dans les cas de simple thrombose compliquée d'intoxication virulente, on ne peut tracer aucune ligne de conduite. . . . . . . .

Enfin nous terminerons ces indications en signalant deux règles de thérapeutique pratique d'une haute importance.

1° Il faut toujours laisser s'écouler quelque temps avant de chercher à lever l'obstacle....., et il serait imprudent de tenter de ramener un membre à ses proportions normales avant de s'être assuré de l'état et des qualités du sang.

L'administration de l'ammoniaque, *dans tous les cas indistinctement*, pour aider à la disparition des caillots, est une pratique empirique, fondée sur des principes faux, qui cherche en vain à remplacer les procédés de la nature. Nous voulons parler surtout de la forme épidémique, où le virus a précisément opéré d'avance à lui seul les changements que devait accomplir l'ammoniaque. C'est qu'en effet, dans ces circonstances, loin d'avoir à combattre un excès de fibrine, le médecin observe que cet élément a diminué et que le sang contient un abondant résidu de matières azotées. Le virus a, du reste, pour ainsi dire, liquéfié ce fluide : aussi, dans la forme épidémique, doit-on s'abstenir de l'ammoniaque, et la remplacer par l'usage des stimulants, et notamment de l'eau-de-vie, s'il en est besoin. Employée dans de justes limites, l'ammoniaque, à l'intérieur, est un bon agent......, mais son action est passagère, et demande à être souvent renouvelée. Notons toutefois que les observations de M. Lister tendraient à prouver que cette substance ne serait point un dissolvant aussi certain qu'on l'a cru de la fibrine du sang.

Telles sont les indications thérapeutiques les plus urgentes, qu'il serait bon de développer plus longuement si le cadre imposé à ce travail ne nous forçait à ne présenter que des vues générales et sans détails..... Nous terminons donc ici en répétant une dernière fois les trois conclusions principales qui ressortent de ce mémoire :

1° L'oblitération des lymphatiques s'oppose à l'accomplissement de l'une de leurs fonctions essentiellement liée aux phénomènes de nutrition du tissu cellulaire. L'excès d'aliments apporté dans ce tissu ne trouvant plus de voie d'élimination entraîne son hypertrophie et l'infiltration de la fibrine entre ses mailles.

2° C'est là le caractère pathognomonique de la *phlegmatia alba dolens*.

3° L'absorption d'un virus, d'une matière septique, etc., peut entraîner la formation d'obstacles au cours du sang veineux et des liquides lymphatiques, et par suite la *phlegmatia alba dolens*. Dans ce dernier cas, la *phlegmatia* se complique d'un molimem éliminatoire tout spécial; mais cette action n'est qu'accessoire, n'a rien de spécial à la *phlegmatia*, ne fait point partie intégrante de cette affection, et demeure sous la dépendance de la modification pathologique du sang qui accompagne souvent la *phlegmatia*.

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

STATISTIQUE. — *Nouvelles recherches sur les lois de la mortalité chez les enfants*, par M. *E. Bouchut*. — Il y a longtemps qu'il n'a été fait de recensement de la mortalité chez les enfants. Depuis les travaux de l'abbé Gaillard, de MM. Milne Edwards et Villermé sur les enfants trouvés, de Heuschling sur les enfants de toute condition, on n'a rien publié sur ce sujet. J'ai puisé mes documents dans les archives de l'assistance publique pour les enfants déposés à l'hospice ou adressés à l'établissement municipal des nourrices. Mon travail comprend une période de vingt ans entre 1839 et 1859 exclusivement. 48,525 enfants assistés figurent dans un premier tableau relatif à la mortalité des enfants déposés à l'hospice. Dans le second, qui représente la mortalité des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par l'administration, les moyennes tirées d'une période de vingt années résultent de l'observation de 24,169 enfants. Dans le mémoire qui accompagne ces tableaux, j'ai passé successivement en revue et discuté les différentes causes de la mortalité chez les enfants. Les résultats principaux auxquels conduit cette discussion peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

La mortalité des enfants, en général, pris dans les différentes conditions sociales, est aujourd'hui, en France, d'un *sixième* pour la première année d'âge, tandis qu'elle était autrefois d'un *quart*. Dans la même période, la mortalité des enfants est d'un cinquième chez les garçons, tandis qu'elle n'est que d'un sixième chez les filles. La mortalité des enfants est plus considérable dans les familles pauvres que dans les familles riches. Le froid augmente la mortalité des nouveau-nés, et en hiver on ne peut sans danger sortir les enfants pour les porter à la mairie ou à l'église. La mortalité des enfants abandonnés, naturels ou légitimes, élevés à la campagne, est de 11 pour 100 dans les dix premiers jours de la vie, et de 55 pour 100 dans la première année d'âge. L'allaitement au *biberon* et au *petit pot* augmente beaucoup les chances de mort chez les enfants trouvés. La mortalité des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par l'administration est de 29 pour 100 dans la première année. La mortalité de la première année d'âge est plus considérable dans les treize départements qui entourent Paris que dans chacun des autres départements de la France, et cela tient probablement au plus grand nombre d'enfants trouvés qui s'y trouvent, au manque de soins nécessaires chez les enfants envoyés en nourrice, au rayonnement des maladies endémiques ou épidémiques de la capitale. (*Comm.* : MM. Dupin, Bienaymé, Rayer.)

CHIRURGIE. — M. *Milne Edwards* présente, de la part de M. *B. Langenbeck*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Berlin, un mémoire sur un nouveau procédé opératoire pour le traitement des fentes de la voûte palatine. (Voir *Gaz. hebdom.*, n° 41, p. 649.)

Commission des prix de médecine et de chirurgie.

CHIRURGIE. — *Note sur plusieurs cas nouveaux des résections sous-périostiques*, par M. *Maisonneuve*. — J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie les pièces anatomiques et les dessins relatifs à six nouveaux cas de résections sous-périostiques exécutées dans des circonstances très diverses, et qui toutes ont été couronnées d'un double succès, c'est-à-dire de la guérison des malades et de la reproduction des os.

La première de ces pièces provient d'une jeune femme de vingt-deux ans (Ambroise Marie), qui fut, à la suite d'une couche, atteinte d'une nécrose très étendue de la diaphyse du tibia. La portion d'os que j'ai dû extraire est longue de 28 centimètres.

Le deuxième dessin représente le cinquième métacarpien d'une jeune fille de seize ans carié depuis dix-huit mois.

Le troisième dessin est relatif à une femme de soixante et un ans, nommée Simonin, à laquelle j'ai fait l'extirpation sous-périostique du premier métacarpien, aux deux tiers rongé par la carie.

Les quatrième et cinquième sont relatifs à l'extirpation sous-périostique des phalangettes du gros orteil et du pouce.

Enfin le sixième, dont le sujet est encore dans nos salles, mais en très bonne voie de guérison, est relatif à la résection sous-périostique d'une portion volumineuse du tibia gauche. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Velpeau, Cl. Bernard, Cloquet, Longet.)

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles observations de régénérations osseuses, après l'ablation de portions nécrosées, avec conservation du périoste*, par M. *Demarquay*. — Je viens soumettre au jugement de l'Académie deux nouveaux faits : le premier, sur lequel j'insisterai à peine ici, a pour objet un jeune homme de dix-huit ans, sur lequel j'ai enlevé un fragment nécrosé de la partie supérieure de l'humérus, après avoir traversé le périoste et des couches osseuses de nouvelle formation. Le second est plus intéressant et plus digne d'attention. Le jeune homme qui en fait l'objet a perdu 11 centimètres de la partie inférieure de son fémur gauche ; ainsi qu'on peut le voir dans une partie de ce long séquestre, la circonférence de l'os est presque entière. Il m'a fallu, pour enlever cette volumineuse nécrose, faire une incision de 20 centimètres, traverser les muscles de la partie externe de la cuisse, le périoste et les couches osseuses de nouvelle formation peu dense à la vérité, et amener au dehors avec beaucoup de peine cette partie frappée de mort. La constitution épuisée du jeune homme s'est promptement rétablie, la jambe fléchie sur la cuisse s'est étendue, et maintenant ce jeune homme quitte mon service, marchant facilement à l'aide d'une canne. Ce fait m'a paru digne d'intérêt, car au point de vue physiologique il démontre d'une manière positive la reproduction intégrale d'une grande étendue du fémur par le périoste. Ici il n'y a point d'équivoque possible, le travail de restauration n'a pu se faire en aucun point par la membrane ou la substance médullaire, car celle-ci a été détruite dans une grande étendue ; dans ce fait, nous voyons manifestement le périoste seul, sans concours d'aucun autre tuteur que les parties molles et l'os mortifié lui-même, donner lieu à une production osseuse très étendue, et finalement la fonction du membre conservée. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Velpeau, Cl. Bernard, Cloquet, Longet.)

MÉDECINE. — M. *Charrière* présente au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, un mémoire *sur un nouveau mode de traitement des douleurs névralgiques et des douleurs rhumatismales au moyen de frictions avec la pommade de chlorure d'or et de sodium.*

Mes essais, dit l'auteur, datent de 1855, et les premiers résultats obtenus ont été consignés dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE, t. L, p. 357 et suivantes. Depuis cette époque, j'ai eu souvent recours à la même médication et avec un succès qui ne me permet pas de douter de son efficacité. La pommade que j'emploie se compose de 1 gramme de chlorure d'or et de sodium, incorporé dans 30 grammes de cérat de Galien. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. *Riboli* fait connaître les accidents qu'il a observés sur lui-même à la suite d'une saignée dans laquelle un rameau nerveux avait été entamé par la lancette ; ces accidents, qui s'étaient aggravés au point de faire craindre au patient une attaque de tétanos, furent arrêtés presque instantanément par la section complète du rameau nerveux lésé. (*Comm.* : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe), Civiale.)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

**Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.**

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Manche et du Morbihan. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Landouzy* sur la valeur de l'égophonie dans la pleurésie. — *b*. Un travail de M. le docteur *Solari* (de Marseille) relatif à la contagion des accidents secondaires de la syphilis. (*Comm.* : M. Gibert.) — *c*. Une étude chimique de l'eau d'une source de Neubourg (Eure), par M. *Jacquelain*, préparateur de chimie à l'École centrale. (*Comm.* : MM. Rayer, Regnault et Boudet. — *d*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Isaac Baker-Brown* (de Londres) contenant la description d'une opération chirurgicale par laquelle il guérit certaines névroses des femmes. (*Accepté.*)

3° La description et le modèle d'un instrument nommé *écarteur des joues*, par M. *Lüer*.



Cet instrument est destiné à faciliter l'exploration de la partie interne des joues et de la bouche. Il est formé de deux parties :

Le manche et la partie buccale.

Celle-ci affecte une forme demi-circulaire à bords renversés en forme de gorge de poulie, de manière à embrasser les bords et la commissure des lèvres, et à les écarter sans violence. Ces organes se trouvent ainsi logés dans cette rainure. *La partie* buccale présente une circonférence assez grande pour écarter largement les lèvres et permettre d'explorer l'intérieur de la bouche.

M. *Velpeau* dépose sur le bureau un *mémoire de feu le docteur Gély* (de Nantes), sur le cathétérisme curviligne et l'emploi d'une nouvelle sonde. Ce mémoire a été publié par les soins de M. le docteur *Guyon*, prosecteur de la Faculté.

M. *Bouvier* offre en hommage un mémoire de M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne), relatif aux causes et au traitement du pied plat et du pied creux.

M. *Trousseau* présente les mémoires de MM. *Léon Gros* et *Lancereaux*, sur les affections syphilitiques nerveuses, mémoires récompensés par l'Académie.

*Lectures.*

CHIRURGIE. — M. le professeur *Mirault* (d'Angers) lit un mémoire intitulé : *De la cataracte capsulaire, et particulièrement du traitement de la cataracte capsulaire secondaire.*

Dans un court aperçu historique, l'auteur rappelle les travaux de Scarpa, Dupuytren et Sanson, sur l'opacité de la capsule cristalline, l'opposition faite par M. Malgaigne aux doctrines de ses devanciers, et la réhabilitation de la cataracte capsulaire entreprise avec succès par MM. Desmarres, Sichel, Adolphe Richard, C. Robin, Broca et Dubarry. « De la lutte engagée entre M. Malgaigne et ses contradicteurs, dit M. Mirault, il est sorti un fait considérable : c'est que la cataracte capsulaire primitive est fort rare... Avant que M. Malgaigne eût nié l'existence de cette variété de cataracte, j'avais moi-même émis l'opinion, dans mes cours, que la cataracte capsulaire primitive devait être bien moins fréquente qu'on ne le croyait généralement.

» Si les preuves anatomiques sont rares pour la cataracte capsulaire primitive, elles le sont bien plus encore pour la cataracte capsulaire secondaire. Ici, en effet, elles font complétement défaut. Je ne connais dans la science que deux faits qui démontrent son existence : ce sont ceux que Hoin (de Dijon) et Bénomont ont consignés dans les mémoires de l'Académie de chirurgie. Malgré cette pénurie, personne ne révoque en doute la cataracte capsulaire

secondaire, tant, d'ordinaire, il est facile de la reconnaître sur l'homme vivant. Les dissidences ne portent que sur son siége et sur sa nature. » M. Mirault se range à l'avis de ceux qui regardent la cataracte secondaire comme le produit d'une lésion inflammatoire ayant son siége dans la capsule même. Il s'attache à réfuter l'opinion contraire soutenue par M. Broca, en alléguant que l'absence de vascularité dans un tissu n'est pas une raison pour qu'il soit à l'abri de la phlogose. D'ailleurs, ajoute-t-il, l'opinion que je partage est corroborée par les heureux effets du traitement antiphlogistique. « Frappé de l'insuffisance ou de la stérilité des moyens généralement employés contre la cataracte capsulaire secondaire, et, partant de l'idée que cette lésion est de nature inflammatoire, j'ai supposé que, comme certaines opacités aiguës de la cornée, elle pourrait bien se dissiper par l'emploi des antiphlogistiques. L'expérience n'a pas tardé à réaliser ce qui, pour moi, n'avait été d'abord qu'une espérance.

» Je ne prétends point à l'honneur d'avoir appliqué le premier ce traitement. Janin, dans son recueil d'observations, rapporte, en effet, trois exemples de cataractes capsulaires secondaires qu'il guérit par l'usage de remèdes tant internes qu'externes. Ces observations, que Janin considère d'ailleurs comme des faits exceptionnels, sont passées inaperçues, et l'on a continué à réopérer les malades atteints de cataractes capsulaires secondaires, comme si l'opération était seule capable de les guérir.

» Sans doute aucun chirurgien aujourd'hui ne se presse d'opérer cette cataracte : mais autant il est indiqué d'attendre quand il s'agit de l'opération, autant il serait nuisible de le faire quand on se propose d'appliquer le traitement médical; car celui-ci a d'autant plus de chances de réussir qu'on le met plus tôt en pratique. Ce traitement consiste en saignées générales et locales, révulsifs intestinaux et cutanés, emploi des frictions péri-orbitaires mercurielles et belladonées. »

M. Mirault rapporte quatorze observations de malades soumis à ce traitement, qui a réussi dans onze cas. La durée moyenne de la cure a été de onze jours pour chaque malade. « Si la médication antiphlogistique échoue, ajoute l'auteur, c'est que la capsulite, au lieu d'être simple, est compliquée d'autres phlegmasies intraoculaires plus ou moins graves. »

M. Mirault en conclut que les chirurgiens devront employer le traitement médical dans la grande majorité des cas, et ne recourir au traitement chirurgical que quand le premier a échoué, et qu'il est manifestement contre indiqué.

*Discussion.*

M. *Malgaigne* demande combien de temps après l'opération de la cataracte M. Mirault a recours à la médication antiphlogistique.

M. *Mirault* répond qu'il a appliqué son traitement du troisième au cinquième jour chez presque tous les opérés.

M. *Malgaigne*. Mais à cette époque il n'existe pas encore de cataracte secondaire. La cataracte secondaire, caractérisée par des opacités de l'appareil cristallinien consécutives à l'opération de la cataracte, ne se manifeste que longtemps après l'opération. Les phénomènes inflammatoires qui suivent l'opération se développent dans la plupart des tissus de l'œil, iris, cornée, conjontive, et il n'est pas un chirurgien qui ne les combatte par les antiphlogistiques. Sous ce rapport, il n'y a rien de nouveau dans le travail de M. Mirault; la seule nouveauté de son mémoire consiste à rattacher ces lésions inflammatoires à peu près exclusivement au cristallin, à faire dater la cataracte secondaire de l'apparition des symptômes de phlogose oculaire, et à regarder cette cataracte comme la conséquence d'une inflammation de la cristalloïde. J'aurais voulu que M. Mirault eût offert des preuves plus concluantes de cette opinion, qui est opposée à celle généralement adoptée aujourd'hui, à savoir que la cataracte secondaire est le résultat de dépôts plastiques provenant des tissus voisins enflammés, et particulièrement de l'iris.

M. *Mirault :* Dans un grand nombre de cas, j'ai pu constater l'absence d'iritis; j'étais donc bien autorisé dans ces cas, à conclure par voie d'exclusion que l'opacité secondaire de l'appareil cristallinien était bien le résultat de la phlogose de la cristalloïde.

M. *Velpeau* partage les doutes manifestes par M. Malgaigne, relativement à l'inflammation de la capsule cristalline dans la cataracte secondaire; il pense qu'il est difficile de démontrer que les opacités de l'appareil cristallinien soient le produit d'une inflammation de la cristalloïde. Cette démonstration est d'autant plus difficile à fournir que l'inflammation qui suit les opérations de cataracte envahit, en général, d'une manière simultanée l'iris, la cornée et la conjonctive, et que les opacités de l'appareil cristallinien peuvent très bien s'expliquer par des dépôts plastiques provenant de l'iris enflammé.

M. Mirault a été peut-être un peu loin quand il a avancé que les chirurgiens avaient presque toujours recours à l'opération contre la cataracte secondaire. Je me souviens d'avoir traité et guéri une malade d'une lésion de ce genre par le repos et des instillations fréquentes et prolongées de belladone dans l'œil enflammé.

Avant d'admettre, comme M. Mirault, cette période inflammatoire de la cataracte secondaire, avant d'admettre, avec lui, que l'inflammation a bien son siége dans la capsule cristalline, je voudrais qu'il nous indiquât à quels signes certains on peut reconnaître cette inflammation sur le vivant dans les premiers jours qui suivent l'opération.

M. Velpeau entre ensuite dans d'assez longs détails relativement aux avantages qu'on retire de l'emploi de la belladone ou de son alcoloïde dans le traitement de l'iritis.

M. *Mirault* avoue que ces signes sont difficiles, impossibles même à établir, et qu'il n'y est parvenu que par voie d'exclusion, en notant l'absence d'inflammation dans les autres tissus intraoculaires, et par voie d'analogie, en comparant les lésions capsulaires de la cataracte consécutive avec les lésions inflammatoires (infiltrations plastiques) développées dans les autres organes membraneux.

M. *Gosselin* reconnaît que le travail de M. Mirault offre un grand intérêt en ce qu'il appelle l'attention des praticiens sur l'utilité du traitement médical et des moyens antiphlogistiques et révulsifs pour combattre les accidents consécutifs à l'opération de la cataracte.

Quant au siége de l'inflammation, que M. Mirault place dans la capsule cristalline; quant aux opacités, que M. Mirault attribue, dans tous les cas, à la phlogose de cette membrane, je crains, dit M. Gosselin, que les preuves n'en aient pas été suffisamment établies par l'habile et savant chirurgien d'Angers. Je crois, en effet, comme M. Malgaigne, que ces opacités ne sont pas toujours et nécessairement capsulaires, et qu'elles peuvent résulter de dépôts plastiques néomembraneux, provenant de la lésion des tissus voisins, et notamment de l'iris. Il serait donc à désirer que M. Mirault insistât dans son travail, plus qu'il ne l'a fait, sur cette distinction.

M. *Mirault*. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* déclarent que cette distinction est difficile à établir, même avec les pièces anatomiques en main; comment donc M. Gosselin veut-il que je puisse fournir les signes de cette distinction sur le vivant?

M. *Malgaigne*. Il faut donc modifier le titre de votre mémoire, et reconnaître que le traitement que vous préconisez est purement préventif, qu'il a pour but de prévenir le développement de la cataracte secondaire, mais non point de la guérir quand elle est confirmée.

M. *Mirault* persiste à maintenir le titre et les conclusions de son travail.

M. *Laugier* pense qu'un des meilleurs moyens de résoudre la question serait d'appliquer le traitement de M. Mirault à la cure des cataractes secondaires par cause traumatique, dans lesquelles il n'est guère possible de nier l'inflammation de l'appareil cristallinien.

M. *Mirault* croit que ce surcroît de preuves est superflu, et que d'ailleurs on pourrait lui adresser les objections déjà faites à propos de la cataracte consécutive à l'opération, puisqu'il est très rare que, dans les blessures de l'appareil cristallinien, les autres

tissus de l'œil ne soient pas simultanément ou consécutivement atteints par l'inflammation.

M. *le Président* déclare que cette discussion est close, et remercie M. Mirault de son intéressante communication.

M. *Chatin* met sous les yeux de l'Académie un volumineux calcul hépatique.

Toxicologie. — M. *Réveil* donne lecture d'un mémoire *sur l'histoire médico-légale de l'acide cyanhydrique.*

Dans ce travail, l'auteur reproduit le rapport qu'il a adressé à l'autorité judiciaire, et les expériences qu'il a exécutées à l'occasion de l'expertise médico-légale dont il avait été chargé pour constater si la mort de J.-J.-V. R..., sujet anglais, dont le cadavre a été trouvé dans le massif du canton de la Belle-Étoile (bois de Vincennes), devait être attribuée à un empoisonnement.

Relativement à la recherche de l'acide cyanhydrique, M. Réveil conclut que : 1° à aucune période de la putréfaction, il ne se forme d'acide cyanhydrique, du moins lorsqu'on opère sur des matières subissant la décomposition putride, depuis quelques jours jusqu'à six mois ; 2° lorsqu'on fait bouillir les matières animales avec l'acide azotique, il se forme constamment de l'acide cyanhydrique. (*Comm. :* MM. Tardieu, Gobley et Chevallier.)

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

### LIGATURE DE LA CAROTIDE.

La séance du 9 octobre a été presque tout entière consacrée à des élections.

On a procédé d'abord à l'élection d'un membre titulaire. M. Blot a réuni la majorité des suffrages (20 sur 23).

On a nommé ensuite deux commissions, une pour présenter une liste de candidats aux places vacantes de correspondants nationaux et une autre pour les correspondants étrangers.

M. Giraldès a donné lecture d'un rapport sur les travaux adressés à la Société par M. le docteur Ehrman, professeur à l'école secondaire de médecine d'Alger. Un de ces mémoires a pour titre : *Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux qui s'y distribuent.* L'autre travail est, en quelque sorte, complémentaire du premier, et a pour sujet les variations anatomiques du cercle artériel de Willis, variations que l'auteur étudie surtout au point de vue des changements éprouvés par la circulation cérébrale à la suite de la ligature de l'une des carotides. M. Ehrman se préoccupe beaucoup plus qu'on ne l'a fait dans l'origine des accidents produits par l'arrêt de la circulation cérébrale. Il a réuni 187 observations dans lesquelles des désordres cérébraux ont été notés 42 fois, ce qui donne une proportion de 22 pour 100. Ajoutant à ce chiffre les cas, au nombre de 15, dans lesquels les deux ligatures ont été faites simultanément, et ceux, au nombre de 11, où le tronc innominé a été également lié, il arrive à un ensemble de 213 opérations dans lesquelles 47 fois il y a eu des accidents cérébraux. C'est à peu près la même proportion de 22 pour 100.

Les nouveaux documents fournis par M. Ehrman démontrent donc la gravité de la ligature de la carotide. L'inégale gravité, suivant les sujets, tiendrait, d'après l'auteur, aux dispositions anatomiques variables que présentent les artères de l'encéphale. Suivant M. Ehrman, les gros vaisseaux de chaque côté du cou présentent une différence de calibre quelquefois assez marquée. Cette différence se retrouve surtout dans les troncs qui composent l'hexagone artériel de la base du cerveau et dans les branches principales qui en partent. Il croit que l'exiguïté de certaines anastomoses basilaires peut, dans un cas donné, constituer une *insuffisance vasculaire* et empêcher le rétablissement de la circulation.

M. Giraldès n'admet pas volontiers cette explication. Toutes les fois, dit-il, qu'une artère présente une diminution dans son calibre, on voit à côté d'elle, en vertu de cette loi que Geoffroy Saint-Hilaire a appelée la loi de balancement des organes, se développer d'autres vaisseaux dont l'ensemble offre quelquefois un calibre plus grand que celui des vaisseaux à l'état normal, et, dans le cas où l'anatomiste croit voir une insuffisance vasculaire, il se trouve, au contraire, des moyens pour rétablir la circulation avec une amplitude complète. Sans doute, dans certains cas, des insuffisances vasculaires peuvent rendre compte des accidents observés, mais, dans beaucoup de cas aussi, on peut affirmer que cette explication n'est pas la vraie. Qu'une hémiplégie, un trouble nerveux quelconque, surviennent après la ligature d'une artère carotide, on comprend aisément que l'anémie cérébrale produite par l'arrêt de la circulation soit la cause déterminante de l'accident, et que sa persistance soit favorisée par un rétablissement insuffisant de la circulation. Que le même phénomène apparaisse quelques jours après, comme dans une observation d'Astley Cooper, et alors on est bien forcé de renoncer, ajoute M. Giraldès, à la théorie séduisante des variétés anatomiques.

A propos du rapport de M. Giraldès, M. Laborie a rappelé les observations que M. Jobert a faites sur les animaux auxquels il avait lié les deux carotides. Chez tous ces animaux, chiens, lapins, cochons d'Inde, etc., on n'a observé aucun des accidents signalés par plusieurs physiologistes. Les chevaux seuls ont fait exception, et, pour eux, la double ligature a été constamment mortelle. L'étude anatomique a rendu compte de cette particularité en faisant voir que les artères vertébrales des chevaux sont très petites. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la mort, qui semblait bien tenir à l'insuffisance de la circulation cérébrale, arrivait cependant sans phénomènes cérébraux appréciables. Les poumons paraissaient le siége de la lésion mortelle ; ils étaient, en effet, gorgés de sang, et offraient de nombreux foyers apoplectiques.

M. Giraldès se demande si, dans les expériences de *M. Jobert,* on est bien sûr de n'avoir pas compris quelque filet nerveux dans la ligature. Tout récemment, il a été publié une observation dans laquelle, en faisant l'ablation d'une *tumeur du cou, on a* coupé le pneumogastrique. Il s'est manifesté du côté des poumons des accidents analogues à ceux que M. Jobert a notés chez les chevaux dont il a lié les carotides.

Si M. Giraldès a repoussé l'*insuffisance vasculaire* en tant qu'explication générale des troubles cérébraux, il est loin de méconnaître l'action directe exercée sur l'encéphale par la suspension du cours du sang dans les carotides. Il rappelle à cet égard les expériences si concluantes de Donders, qui, à travers une ouverture du crâne sur laquelle il scellait un verre de montre, constatait *de visu* les modifications apportées dans le cerveau par la ligature des carotides. Donders voyait le cerveau devenir pâle et exsangue, et constatait que le mouvement d'expansion diminuait en même temps que le sang cessait d'arriver à l'encéphale. L'influence de la suspension du cours du sang dans les carotides, sur les fonctions cérébrales, est si réelle qu'on en a tiré parti en thérapeutique, et que M. Jacobi a traité avantageusement des accès d'épilepsie par la compression des artères carotides. D'un autre côté, on raconte qu'on a pu plonger certaines personnes dans un coma profond par le seul fait de cette compression. Peut-être ces phénomènes ne tiennent-ils pas seulement à l'arrêt de la circulation, mais à la compression des filets du grand sympathique qui accompagnent l'artère carotide.

M. *Laborie,* qui a assisté à toutes les expériences de M. Jobert (de Lamballe), déclare qu'elles lui paraissent à l'abri de tout reproche. Tous les animaux soumis à l'expérimentation ont été disséqués avec soin, et les pièces ont même été conservées. On s'est donc assuré que, dans aucun cas, il n'a été intéressé de filets nerveux, ni pendant la recherche des vaisseaux ni dans l'anse de la ligature.

Dr P. Chatillon.

---

**Société médicale des hôpitaux.**

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1861.

A propos de la lecture du procès-verbal, M. *Lallier* ajoute quelques renseignements à ceux qu'il avait reçus sur les maladies actuellement régnantes : la variole, qui ne s'était pas montrée dans le service de M. Béhier, a compté, au contraire, 11 cas dans celui de M. Gubler, dans le même hôpital. Un cas de fièvre, avec éruption de taches purpurines, semble devoir être rapporté à une variole *sine variolis*, car les taches ont apparu et disparu aux mêmes époques que les éruptions varioleuses. M. *Vidal* a vu à l'hôpital Saint-Louis beaucoup de *zonas*, des érythèmes de toutes les variétés et plusieurs cas de purpura.

M. Gubler communique une lettre de M. Leroy de Méricourt, laquelle est renvoyée à la Société de la chromhidrose.

M. Béhier rend compte verbalement du dernier ouvrage de M. Dutroulau *sur les maladies endémiques des Européens dans les pays chauds*. Des remercîments sont adressés à l'auteur.

---

# IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Contributions à l'histoire du sclérème des adultes,** par M. le docteur Arning.

Le sclérème des adultes est une maladie rare et, en somme, assez mal connue encore aujourd'hui, malgré les travaux de Curzio, Thirial, Gillette et de MM. Bouchut, Gintrac et autres. M. Arning, qui a eu l'occasion d'en observer un cas parfaitement caractérisé, s'est attaché à en faire l'histoire, tant d'après les faits publiés par ses prédécesseurs que d'après son expérience personnelle. Nous donnons ici un résumé aussi succinct que possible de la description qui a été tracée par ce médecin.

Le sclérème des adultes a été observé avec une grande prédominance chez des femmes (15 fois sur 18), et à des âges très divers, variant de huit à soixante-sept ans.

Comme cause à peu près constante, on cite le refroidissement. Dans la grande majorité des cas, d'ailleurs, la maladie est précédée, pendant un temps plus ou moins long, d'affections rhumatismales aiguës ou chroniques. Dans un fait cité par Eckströn, on voit en outre le sclérème de la face être précédé d'érysipèle se répétant plusieurs années de suite.

Les symptômes caractéristiques de la maladie sont un épaississement de la peau qui la fait ressembler à du parchemin, et qui limite plus ou moins ou empêche complétement les mouvements des parties affectées. En même temps la peau présente généralement une couleur plus pâle, d'un jaune brun ou brunâtre; les altérations n'occupent que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et ne pénètrent pas jusqu'aux muscles sous-jacents.

L'induration de la peau s'accompagne d'un véritable raccourcissement du tégument externe qui perd en même temps son élasticité et, par la pression qu'il exerce sur les parties sous-jacentes, peut produire une atrophie plus ou moins prononcée des parties affectées. Chez quelques sujets, on remarque un amaigrissement général, mais la peau elle-même n'est jamais considérablement atrophiée.

La moitié supérieure du corps est le siége presque exclusif du sclérème des adultes. Le plus souvent il est surtout intense à la face, au cou, à la nuque et au thorax. On ne l'observe guère sur la moitié inférieure du corps que sous forme de plaques isolées, et alors on en trouve le plus souvent aussi à la partie supérieure. Deux fois seulement la peau était affectée à peu près dans toute son étendue.

Dans quelques cas, la langue est également envahie; il en résulte des troubles plus ou moins graves dans la déglutition et dans la parole.

La température des parties malades est ordinairement normale. Dans quelques cas, on a signalé un refroidissement peu prononcé; mais on n'a pas fait à ce sujet des recherches thermométriques. La transpiration se fait comme à l'état normal; la sensibilité cutanée est le plus souvent intacte; dans quelques cas, cependant, on l'a trouvée légèrement affaiblie.

La santé générale ne paraît, d'ailleurs, pas atteinte, et toutes les principales fonctions s'exécutent normalement. Quelquefois, cependant, la propagation du sclérème à la peau du thorax s'accompagne de dyspnée et de palpitations ou de toux.

L'induration cutanée débute habituellement au cou et à la nuque, pour envahir ensuite plus ou moins rapidement les parties voisines. Le plus souvent cette propagation est assez lente; quelquefois, cependant, elle s'opère rapidement, dans l'espace de quelques jours, par exemple. Une fois développée, elle persiste pendant des mois et pendant des années; puis elle diminue peu à peu, sans jamais disparaître complétement. Elle ne se termine, d'ailleurs, jamais d'une manière fatale, à moins de complications graves.

Les divers moyens employés jusqu'à ce jour contre le sclérème des adultes n'ont pas réussi à en modifier la marche. M. Arning a vu chez sa malade, à plusieurs reprises, une amélioration sensible sous l'influence des préparations de mercure *intra et extra*, des moyens sudorifiques et des bains; mais il n'a pas pu pousser la médication hydrargyrique très loin à cause des accidents qu'elle ne tardait pas à déterminer.

L'anatomie pathologique du sclérème des adultes n'a pas encore pu être faite. Il est cependant très probable que cette affection est due à une inflammation chronique du tissu cellulaire sous-cutané; avec production d'un exsudat qui s'organise définitivement en tissu connectif condensé. Les altérations de la peau se produisent à la suite des lésions de nutrition déterminées par celle du tissu sous-cutané. Il est impossible d'admettre, comme le fait M. de Bärensprung, que cette altération soit due à la cessation de la sécrétion sébacée. Le défaut de motilité de la peau, son adhérence aux parties profondes ne peuvent, en effet, s'expliquer que par une altération du tissu cellulaire sous-cutané, celle-ci pouvant d'ailleurs entraver plus ou moins les fonctions des glandes sébacées. (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, p. 2, 3e livraison, 1861.)

**Intoxication saturnine par la poussière de cristal chez des ouvriers travaillant à la contre-oxydation du fer,** par le docteur Archambault.

Les accidents dont il s'agit ont déjà été signalés par M. le docteur Ladreit de Lacharrière (*Archives générales de médecine*, décembre 1859), et depuis la publication du mémoire de M. Archambault, M. le docteur Duchesne les a également décrits dans un mémoire lu à l'Académie de médecine. C'est une question d'hygiène professionnelle d'un haut intérêt et au sujet de laquelle il est utile de résumer au moins les principaux renseignements. Au reste, quoique l'intoxication saturnine par la poussière de cristal ait été formellement indiquée par les auteurs, les circonstances dans lesquelles les observations de M. Archambault ont été faites sont d'autant plus intéressantes à connaître qu'elles mettent les ouvrières en contact avec une grande quantité de poussière de cristal, et les exposent à éprouver, dans un temps très court, des accidents qui ont quelques caractères particuliers.

La contre-oxydation du fer a pour but de recouvrir la surface de ce métal d'une couche vitreuse qui, en raison de sa propriété isolante, permet de fabriquer des crochets suspenseurs des fils télégraphiques qui s'opposent à la perte du fluide électrique.

Le cristal qui sert à cet usage est préparé avec des débris de verre auxquels on mélange, à part quelques substances inoffensives, une forte proportion de minium. Ce cristal est réduit en poussière très fine dans des mortiers dont un cheval fait mouvoir les pilons. Un seul homme suffit à les conduire.

Les ouvrières chargées de l'application de la poudre l'agitent sur des tamis au-dessus des crochets recouverts d'une solution de gomme. Elles vivent dans une atmosphère de poudre de silicate de

plomb, qui se dépose en couche très apparente sur toutes les parties du corps qui lui sont accessibles. En même temps, une grande quantité de poussière inspirée vient souiller la muqueuse des voies gastro-pulmonaires, et la déglutition des aliments et de la salive en fait par conséquent pénétrer une notable quantité dans l'estomac. Les ouvrières se trouvent par conséquent, eu égard au silicate de plomb, dans les mêmes conditions que les ouvriers par rapport au carbonate du même métal aux plus mauvais temps de sa fabrication.

Sur 21 personnes occupées à ces travaux et observées par M. Archambault dans une fabrique à Bercy, il y a 3 hommes seulement. Moins exposés que les femmes, ils n'en ont pas moins présenté tous trois des signes non douteux d'intoxication saturnine. Sur les 18 femmes, 2 seulement ont paru échapper à l'action toxique du plomb. Chez les autres, des accidents plus ou moins graves se sont manifestés avec une rapidité remarquable et qui peut s'expliquer par plusieurs circonstances. Elle dépend surtout de la quantité considérable de silicate de plomb déposée sur les surfaces d'absorption. La plupart des ouvrières, usées par les privations, les fatigues ou les excès, offraient une très faible résistance aux agents toxiques. Quelques-unes buvaient à l'excès, et enfin un bon nombre, suivant les instincts d'un appétit dépravé, recherchaient les aliments acides plus particulièrement.

Les accidents saturnins observés dans ces conditions sont remarquables par quelques caractères particuliers. Un des premiers troubles consiste dans une double modification de l'appétit. Au bout de trois ou quatre jours de travail, il est constamment augmenté. Ce fait a été général, et les ouvrières le signalent d'elles-mêmes. Cette sorte de boulimie est bientôt remplacée par une anorexie presque complète. Ces premiers troubles digestifs s'accompagnent presque constamment d'une salivation qui cesse au bout d'un certain nombre de jours.

De bonne heure aussi se montrent un sentiment de malaise gastrique, des tremblements qui augmentent en même temps que l'appétit finit par se perdre ; puis surviennent des nausées et des vomissements qui se sont montrés dans tous les cas et à toutes les récidives, et toujours quelques jours avant la colique. Celle-ci est bien de nature saturnine, mais elle n'a jamais offert l'intensité, les paroxysmes, la diminution par la pression, la rétraction des parois abdominales, que l'on observe dans la colique des peintres, et comme caractère encore plus particulier, on ne peut pas dire qu'elle soit accompagnée de constipation. Quatre fois même la diarrhée a été notée.

Les caractères de la cachexie ont été ce qu'ils sont habituellement. De deux filles devenues grosses, l'une fit une fausse couche à quatre mois, l'autre accoucha, à huit, d'un enfant qui mourut au bout de quelques jours.

Du côté du système nerveux, on a noté une céphalalgie habituelle avec sentiment de compression aux tempes, des douleurs dans les extrémités inférieures, peu prononcées et sans caractère bien arrêté ; quatre fois des douleurs névralgiques dans le côté gauche ; la diminution de la sensibilité, sinon une analgésie complète, aux avant-bras surtout, dans la moitié des cas ; deux exemples d'ambliopie, et, chez une de ces malades, la paralysie des extrémités de la main gauche, qui disparut après six semaines. Une partie de ces accidents doit sans doute être mise sur le compte de l'état chloro-anémique des ouvrières.

A la suite d'une grosse commande de crochets, on travailla sans désemparer du matin jusqu'au soir, et, comme il faisait très froid, les fenêtres de l'atelier, d'ailleurs très vaste, furent toutes fermées, de sorte que la poussière n'avait aucune issue ; de plus, la température fut tenue très élevée. Bientôt trois personnes furent prises subitement des accidents cérébraux les plus graves. Deux moururent après une attaque épileptiforme suivie de coma. La troisième fut prise de convulsions, suivies d'un retour à la raison, avec cécité ; puis, le lendemain, de délire entrecoupé de convulsions très prononcées, et enfin, au bout de trois jours, de coma et de mort.

L'industrie de la contre-oxydation, malgré l'intérêt qu'elle présente, se trouvait fortement menacée par ces accidents, s'il n'avait pas été possible d'en préserver les ouvrières. Voici comment le fabricant espère avoir atteint ce but.

Le problème consiste à faire respirer aux ouvrières placées dans l'atelier l'air du dehors. Pour ce faire, le mur contre lequel sont installés les établis a été perforé vis-à-vis de la place occupée par chaque femme, et dans cette ouverture est fixé un tuyau de fer-blanc dont l'extrémitd extérieure communique librement avec l'air du dehors. A l'extrémité intérieure est adapté un large tube de caoutchouc qui va se réunir par l'autre bout à l'ouverture buccale d'un masque garni d'une soupape s'ouvrant de dehors en dedans ou d'inspiration. Une soupape d'expiration, s'ouvrant en sens inverse, est adaptée à une seconde ouverture pratiquée dans le masque, à peu près à la hauteur des narines.

Le masque, qui est en gutta-percha et peut se modeler sur tous les visages, a ses bords parfaitement matelassés, de façon que l'entrée de l'air soit impossible de ce côté. Le tube de caoutchouc est d'une longueur suffisante pour que les ouvrières, qui n'ont besoin que de peu se mouvoir, puissent travailler commodément. Des cheminées d'appel et des ventilateurs doivent en outre amener autant que possible la dispersion de la poussière, et enfin toutes les précautions mises en usage dans les fabriques de céruse ont été prescrites. (*Archives générales de médecine*, août 1861.)

**Blessure produite par une pastenague ; anévrysme poplité consécutif**, par M. AUBERT, médecin-major de deuxième classe.

Ce fait a déjà été mentionné dans notre compte rendu de la Société de chirurgie, séance du 27 février (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 9, 1861), au point de vue du traitement de l'anévrysme. Nous y revenons pour dire quelques mots de la cause qui a donné lieu à l'anévrysme, et qu'il est utile de connaître.

Le sujet dont il s'agit se livrait à la pêche. Un jour il retira un poisson assez volumineux presque complétement enveloppé dans de la vase. Au moment où il se disposait à le saisir pour le jeter sur la plage, l'animal, se retournant par un mouvement rapide, lui lança l'aiguillon de sa queue acérée dans le genou, de la partie supérieure et interne vers la postérieure. En se retirant aussitôt, le poisson laissa une blessure avec une seule ouverture d'entrée, à bords déchiquetés et donnant issue à un jet saccadé de sang artériel. L'artère poplitée avait été ouverte, et l'anévrysme en fut la conséquence.

Le poisson qui y avait donné lieu était une pastenague. Il appartient à la famille des Raies et se trouve répandu dans toutes les régions de l'Océan. Il possède une longue queue armée d'un dard très fort, très gros, d'une longueur de 4 à 5 pouces et même plus. Blanc à son sommet et livide à sa base, il est un peu aplati et hérissé des deux côtés de pointes et de dentelures. Pour se défendre, la pastenague se sert de sa queue avec une rapidité extrême. Aussi les pêcheurs qui ont pris une pastenague se hâtent-ils de couper son aiguillon, et dans quelques pays, en Sardaigne par exemple, il est défendu de vendre ce poisson avant de l'avoir désarmé. (*Recueil de mémoires de médecine militaire*, juin 1861.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Course of Lectures on the Physiology and Pathology of the Central Nervous System** (*Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux central*), par M. E. BROWN-SÉQUARD. Philadelphie, 1860 ; in-8° de 276 pages. Londres, Churchill ; et Paris, Victor Masson.

**Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Principal Forms of Paralysis of the Lower Extremities** (*Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*), par M. BROWN-SÉQUARD. Philadelphie, 1861 ; in-8° de 118 pages.

(Suite et fin. — Voir les numéros 38 et 40.)

— Les maladies de la moelle épinière sont au nombre de celles dont le diagnostic est le plus souvent hérissé de difficultés insur-

montables, et dont, par suite, il n'est guère possible ordinairement d'instituer le traitement d'une façon rationnelle. L'insuffisance des notions physiologiques est le grand obstacle qui, dans la plupart des cas, s'oppose à ce qu'on discerne nettement le siége et la nature de la lésion dont la moelle épinière est atteinte. Des symptômes variés sont accusés par le malade ou frappent les yeux de l'observateur; mais que de fois leur signification est méconnue! Que de fois le médecin est obligé de se contenter d'avoir constaté une paraplégie, et prescrit quelques moyens thérapeutiques appliqués jusqu'ici indistinctement à tous les cas dans lesquels les fonctions de la moelle épinière sont troublées ou abolies!

Le premier pas à faire pour arriver à introduire plus de précision dans le diagnostic des affections de la moelle consistait à pénétrer plus avant dans la connaissance des propriétés et des fonctions de cet organe. Les travaux qui, depuis Prochaska jusqu'à nos jours, ont été faits sur cette partie de la physiologie, ont fourni des notions précieuses qui ont été peu utilisées jusqu'à présent et qu'il est temps de mettre à profit. Mieux que tout autre, M. Brown-Séquard était à même d'entreprendre cette tâche. Ses nombreuses et importantes recherches sur la physiologie de la moelle épinière, et les occasions répétées qu'il a eues, dans ces dernières années surtout, d'étudier des malades atteints de paraplégie, lui créaient pour ainsi dire une compétence spéciale. C'est dans ces heureuses conditions qu'il a abordé l'étude des paralysies des membres inférieurs et qu'il a fait connaître le résultat de ses recherches. Comme le titre de son ouvrage l'indique, M. Brown-Séquard a eu pour but surtout d'élucider les questions relatives au diagnostic et aux principales formes de paralysie des extrémités inférieures : aussi a-t-il laissé de côté à peu près complétement ce qui est relatif à l'anatomie pathologique; mais on peut dire que, à cette lacune près, on trouve dans son livre une histoire presque complète de la paraplégie. En présence d'un travail aussi intéressant que celui de M. Brown-Séquard, nous pensons que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'en donner une analyse plutôt qu'une appréciation, et c'est ce que nous allons faire, en nous attachant surtout à faire connaître les vues de l'auteur.

L'objet que M. Brown-Séquard s'est proposé dans ses leçons, nous le trouvons indiqué dans les conclusions qui terminent le livre, et dans lesquelles l'auteur résume d'une façon très nette et très substantielle les faits et les idées qu'il vient de développer. « Notre principal but, dit-il, a été de montrer :

» 1° Qu'il y a une forme de paralysie des membres inférieurs » entièrement distincte de toutes les autres, comme le prouvent » son mode de production, son anatomie pathologique, ses symptômes, l'influence d'un certain mode de traitement; et que cette » forme mérite le nom de paraplégie réflexe;

» 2° Que la paraplégie réflexe peut être causée par des irritations très variées de la peau, des membranes muqueuses et séreuses, des viscères abdominaux ou thoraciques, des organes » génitaux ou des troncs des nerfs spinaux;

» 3° Que la plupart des cas de paraplégie peuvent être placés » dans deux groupes entièrement différents l'un de l'autre, selon » qu'il y a ou non des symptômes d'irritation des fibres nerveuses » motrices, sensitives ou vaso-motrices;

» 4° Que la plupart des moyens thérapeutiques applicables au » traitement de la paraplégie doivent aussi être répartis en deux » catégories, les uns devant être employés dans les cas où il y a » des symptômes d'irritation, les autres dans les cas où ces symptômes font défaut. »

Avant d'en venir à exposer les vues éminemment pratiques formulées dans les deux dernières conclusions, M. Brown-Séquard a eu, comme on le voit, une première difficulté à résoudre, c'est celle qui est relative aux paraplégies réflexes; aussi consacre-t-il à l'examen de cette classe de paraplégies la première partie de son livre. On sait que le nom de paralysies réflexes est appliqué depuis déjà assez longtemps à ces paralysies qui paraissent produites par une irritation venue d'un organe plus ou moins éloigné de la moelle épinière, irritation qui se transmettrait à la moelle, la modifierait d'une certaine façon, et se réfléchirait sur les parties motrices de la moelle et sur les fibres nerveuses motrices qui en partent, en troublant plus ou moins profondément leurs fonctions.

M. Brown-Séquard attache d'autant plus d'importance à démontrer la réalité de cette sorte de paraplégie que, comme il le rappelle, Romberg, l'un de ceux qui ont contribué à introduire dans la science l'idée des paralysies réflexes, a paru près d'y renoncer par suite des objections faites par Hasse et Valentiner.

Les caractères des paralysies réflexes sont ainsi énumérées par l'auteur :

« 1° Une excitation extérieure, partant de quelque nerf sen» sitif, existe avant l'apparition de la paralysie réflexe.

» 2° Les variations dans l'intensité de l'excitation extérieure » sont souvent suivies de variations correspondantes dans le degré » de la paralysie réflexe.

» 3° Quand l'excitation extérieure cesse complétement, la para» lysie réflexe cesse aussi parfois complétement et rapidement.

» 4° Les divers moyens de traitement des paralysies sont em» ployés sans succès contre la paralysie réflexe tant que dure l'ex» citation extérieure.

» 5° L'examen nécroscopique dans des cas de paralysie réflexe » montre que cette affection ne dépend pas d'une altération orga» nique marquée. »

De nombreux cas de paralysie réflexe ont été signalés dans toutes les parties du corps, et des paraplégies réflexes de causes très diverses ont déjà été observées. C'est ainsi que le docteur Romberg, Lisfranc, MM. Brown-Séquard, Nonat, H. Hunt (de Darmouth), Wolf (de Bonn) ont vu se manifester une paraplégie chez des femmes atteintes de maladies utérines, et la paraplégie guérir plus ou moins rapidement après la guérison de la maladie de matrice. M. Brown-Séquard mentionne aussi les faits de paraplégie causée par une maladie de l'urèthre (Stanley, Graves, etc.), par une inflammation de la vessie (Rayer, Leroy (d'Étiolles), Macario, etc.), par une maladie de la prostate (Leroy (d'Étiolles), Civiale, etc.), par une néphrite (Rayer), par une entérite (Graves, Zebriskie, Macario), par une affection des poumons ou de la plèvre (Macario, etc.), par le travail de la dentition, par un érysipèle (Graves), par une maladie du genou (l'auteur), par une névralgie (M. Notta et l'auteur).

A ces cas, dans lesquels on peut trouver la plupart des caractères que l'auteur assigne aux paralysies réflexes, il joint aussi les faits de paraplégie survenue à la suite d'une exposition à l'humidité, ainsi que ceux de paraplégie précédée de diphthérie. Nous n'avons pas besoin d'insister pour montrer que les paraplégies diphthériques diffèrent considérablement des paraplégies rassemblées dans l'énumération qui précède; et que les paralysies dues au froid humide ou à l'humidité seule étant probablement, dans la plupart des cas, des paralysies myogéniques, doivent, par conséquent, avoir une place à part. On pourrait étendre ces remarques critiques, et envelopper dans le même doute un certain nombre des cas auxquels l'auteur donne le nom de paraplégies réflexes; mais, quoi qu'il en soit des réserves et des objections que l'on pourrait faire, objections que l'auteur a d'ailleurs prévues, et qu'il a cherché à réfuter, voici comment il comprend le mode de production des paralysies réflexes. Elles peuvent être déterminées, suivant lui, de deux façons différentes : soit par une contraction réflexe des vaisseaux sanguins dans la moelle épinière, dans les nerfs moteurs ou dans les muscles; soit par une influence morbide réflexe sur la nutrition. A propos de la contraction réflexe des vaisseaux de la moelle, notons ce fait intéressant, à savoir que M. Brown-Séquard a vu la contraction des vaisseaux de la piemère se produire sous ses yeux au moment où on liait le hile d'un rein, ou quand une opération semblable était faite sur les vaisseaux et nerfs des capsules surrénales.

La paraplégie réflexe diffère par plusieurs caractères, comme nous l'avons déjà vu, des autres paraplégies; mais, pour mieux marquer encore ces dissemblances, M. Brown-Séquard compare l'une à l'autre la paraplégie réflexe produite par une affection des organes urinaires à la paraplégie déterminée par une myélite, et il indique les traits distinctifs les plus saillants dans le tableau suivant :

| PARAPLÉGIE URINAIRE. | PARAPLÉGIE PAR MYÉLITE. |
|---|---|
| **1. Précédée par une affection de la vessie, des reins, ou de la prostate.** | 1. Ordinairement pas de maladie des organes urinaires, excepté comme *conséquence de la paralysie.* |
| 2. Ordinairement membres inférieurs paralysés. | 2. Ordinairement d'autres parties paralysées, en outre des membres inférieurs. |
| 3. Pas d'extension graduelle de la paralysie vers les parties supérieures. | 3. Le plus souvent une extension graduelle de la paralysie vers les parties supérieures. |
| 4. Ordinairement paralysie incomplète. | 4. Très fréquemment paralysie complète. |
| 5. Quelques muscles plus paralysés que d'autres. | 5. Le degré de paralysie est le même dans les divers muscles des membres inférieurs. |
| 6. Pouvoir réflexe ni très accru, ni complétement perdu. | 6. Pouvoir réflexe souvent perdu, ou quelquefois fort accru. |
| 7. Vessie et rectum rarement paralysés, ou au moins légèrement paralysés. | 7. Vessie et rectum ordinairement paralysés, complétement ou presque complétement. |
| 8. Spasmes dans les muscles paralysés extrêmement rares. | 8. Toujours des spasmes, ou au moins des tiraillements. |
| 9. Très rarement des douleurs dans l'épine dorsale, soit spontanément, soit sous l'influence de pression, percussion, eau chaude, glace, etc. | 9. Toujours un certain degré de douleurs existant spontanément ou causées par des excitations externes. |
| 10. Pas de sensation de douleur ou de constriction autour de l'abdomen ou de la poitrine. | 10. Ordinairement la sensation d'une corde serrée fortement autour du corps, au niveau de la limite supérieure de la paralysie. |
| 11. Pas de fourmillements, pas de sensation de piqûre, pas de sensation désagréable de froid ou de chaud. | 11. Toujours des fourmillements, ou des sensations de piqûres, ou les deux sensations ensemble, et très souvent des sensations de chaud et de froid. |
| 12. Anesthésie rare. | 12. Anesthésie très fréquente, et toujours au moins de l'engourdissement. |
| 13. Ordinairement des dérangements gastriques opiniâtres. | 13. Digestion gastrique bonne, à moins que la myélite ne se soit étendue assez haut dans la moelle. |
| 14. Grandes modifications dans le degré de la paralysie, correspondant aux modifications de la maladie des organes urinaires. | 14. Améliorations très rares, et non subordonnées aux changements survenus dans la condition des organes urinaires. |
| 15. Guérison souvent et rapidement obtenue, ou se faisant spontanément après une notable amélioration ou la guérison de l'affection urinaire. | 15. Fréquemment un lent et graduel progrès vers une terminaison fatale; très rarement une cure complète. |

Outre ces divers caractères différentiels, M. Brown-Séquard en indique quelques autres dans le cours de son ouvrage. C'est ainsi qu'il fait voir que le plus souvent la paraplégie réflexe n'est pas accompagnée d'atrophie des muscles (si ce n'est dans les cas de paraplégie réflexe due à l'action du froid humide) ni d'escharres à la région des fesses ou du sacrum, tandis que ces complications se présentent fréquemment, dans le cours de la myélite, comme un résultat, non pas de la *cessation d'action* du système nerveux, mais d'une *action morbide* de ce système sur la nutrition des muscles et de la peau. De plus, dans les cas de myélite, l'urine devient ordinairement alcaline, et reste, au contraire, normale, c'est-à-dire acide, dans les cas de paraplégie réflexe.

Il ne suffisait pas de distinguer la paraplégie réflexe de la paraplégie symptomatique de la myélite; il fallait encore la séparer des autres espèces de paraplégie produites par différentes causes; c'est ce que fait l'auteur dans une revue rapide des paraplégies déterminées par la méningite spinale, par la présence de tumeurs situées soit en dehors de la moelle, soit dans la substance grise médullaire, par l'hystérie (la paraplégie hystérique, pour l'auteur, est le plus souvent, sinon toujours, de nature réflexe), par la spermatorrhée, par l'hémorrhagie intra-rachidienne ou intra-médullaire, par la congestion de la moelle ou de ses membranes, par l'effusion de liquide séreux dans le canal rachidien, par le ramollissement non inflammatoire de la moelle, par un obstacle à la circulation du sang dans l'aorte ou dans les principales ramifications pelviennes de ce vaisseau, enfin par la pression des nerfs du bassin. Dans cette revue, M. Brown-Séquard laisse volontairement de côté les paraplégies goutteuses, rhumatismales, celles qui suivent les fièvres graves, le choléra, etc., celles qui sont produites par diverses intoxications (acide carbonique, plomb, arsenic, mercure, opium, belladone, tabac, camphre, champignons, poissons), et celles qui sont le résultat d'hémorrhagie, de contusion, fracture ou luxation de l'épine dorsale; et il s'abstient d'en parler, parce que les unes ont souvent pour cause immédiate une effusion séreuse dans le canal vertébral, ou une congestion veineuse, et qu'elles rentrent ainsi dans l'une des catégories étudiées précédemment, parce que ces mêmes paraplégies sont quelquefois des paraplégies réflexes, et enfin parce que toutes les autres offrent de prime abord un caractère distinctif suffisant, celui qui est tiré de leur cause.

Ainsi M. Brown-Séquard a cherché à établir de la façon la plus nette l'existence d'une espèce particulière de paraplégie, de la paraplégie réflexe, et l'on peut dire qu'il s'agit là d'une entreprise tout à fait pratique. En effet, dans les cas de paraplégie réflexe le pronostic et le traitement doivent, à priori, différer du pronostic et du traitement des autres espèces de paraplégie. Il y a une cause située hors du canal rachidien, à une distance plus ou moins grande de la moelle, cause plus ou moins limitée, et c'est cette cause qui doit fournir les bases du pronostic et les règles principales du traitement. Si la condition morbide qui joue le rôle de cause peut être modifiée facilement, le pronostic sera évidemment favorable, et la guérison ne tardera pas, en général, à s'effectuer. L'auteur fait toutefois des réserves au sujet d'une forme de paraplégie réflexe, celle dans laquelle il y a une altération rapide de la nutrition des muscles, comme dans certains cas de paraplégie produite par le froid humide; dans ces cas, la *paraplégie sera le* plus souvent incurable. Nous avons déjà dit qu'il est permis de se refuser à voir, dans ces sortes de paraplégies produites par le froid, des paralysies réflexes; ou du moins *elles sont si différentes* des autres cas énumérés par M. Brown-Séquard que l'on devrait s'abstenir de les comprendre dans une étude générale de la paralysie réflexe.

Le traitement de la paralysie réflexe se compose de deux ordres de moyens: 1° ceux qui sont dirigés contre la cause externe de l'affection, et ces moyens varient comme cette cause elle-même; 2° de ceux qui sont dirigés contre la paralysie elle-même. Les moyens de cette seconde catégorie consistent à empêcher ou diminuer les influences nerveuses qui se portent de la partie affectée à la moelle, et, en second lieu, à agir le plus qu'on peut sur la circulation sanguine de la moelle elle-même. Pour atteindre le premier but, on emploiera des injections narcotiques, soit dans la vessie, soit dans le vagin, soit dans le rectum, si la vessie, l'utérus ou le gros intestin, paraissent le point de départ de la paraplégie; de même, les narcotiques seront pris par la bouche si l'estomac, l'intestin grêle ou les reins, sont affectés. On pourra essayer le chloroforme si la cause de la paraplégie paraît être une pneumonie. Quant au second but à atteindre, on y parviendra en usant de diverses ressources thérapeutiques. Ainsi on appliquera sur la peau des jambes, comme le recommande Graves, des excitants et des révulsifs. On déterminera probablement ainsi, selon M. Brown-Séquard, une contraction considérable des vaisseaux de la moelle épinière, contraction suivie d'une dilatation plus ou moins durable. C'est de la sorte qu'agiront les applications du froid sur la région de l'épine dorsale, ainsi que l'emploi des courants galvaniques interrompus sur la peau de cette même région. On arrivera encore à relâcher les parois contractées des vaisseaux et à augmenter la circulation et la nutrition dans la portion affectée de la moelle en faisant coucher le malade sur le dos, soit pendant la nuit, soit même pendant une partie du jour, et en plaçant alors sa tête, ses bras et ses jambes, sur des oreillers élevés, de telle sorte que la gravitation produise une congestion de la moelle. On prescrira un régime substantiel. Enfin on le soumettra à l'action d'agents médicamenteux propres à accroître la quantité de sang en cir-

ılation dans la moelle et à augmenter les propriétés vitales de ce centre. Parmi les narcotiques, M. Brown-Séquard conseille emploi de la belladone et de l'opium, mais surtout de cette dernière substance, parce que, suivant lui, la belladone aurait l'inconvénient de faire contracter les vaisseaux de la moelle épinière. Quant à la substance médicamenteuse la plus propre à augmenter activité de la circulation et la nutrition dans la moelle, c'est, d'après l'auteur, la strychnine, laquelle possède, en outre, la propriété d'accroître immédiatement l'excitabilité réflexe de la moelle. Telle est la méthode de traitement conseillée par M. Brown-Séquard, et exposée avec des développements ingénieux et intéressants que nous sommes malheureusement obligé de passer sous silence. On peut n'être pas convaincu de l'exactitude des explications que donne l'auteur à chaque pas; mais il est difficile de résister à la séduction d'idées théoriques qui s'accordent si bien avec les résultats de l'expérimentation thérapeutique. De plus, et c'est là le principal, il est certain que l'ensemble des moyens proposés, et qui sont d'ailleurs connus depuis longtemps des praticiens, constitue un traitement très rationnel et d'une efficacité réelle dans bon nombre de cas. M. Brown-Séquard a le mérite d'avoir systématisé ces moyens et d'avoir bien défini leur indication toute spéciale dans les cas de paraplégie réflexe.

Après avoir ainsi étudié les causes, la physiologie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la paraplégie réflexe, M. Brown-Séquard aborde l'histoire des autres espèces de paraplégie au point de vue de leur diagnostic et de leur traitement. Ici, comme il s'agit de faits en général plus connus, nous ne suivrons point l'auteur pas à pas, mais nous nous bornerons à une analyse très rapide.

Les principaux phénomènes symptomatiques de la paralysie réflexe dérivent, d'après M. Brown-Séquard, et comme nous l'avons déjà vu, de la constriction des vaisseaux dans la moelle épinière et, par suite, de l'insuffisance de la quantité du sang en circulation dans cet organe : de là, diminution des propriétés vitales de la moelle. Dans les cas de congestion ou d'inflammation de la moelle, ce sera l'inverse : il y aura dilatation des vaisseaux, circulation excessive, exaltation des propriétés vitales dans ce centre nerveux.

Ainsi, dans les cas de myélite bornée à la région inférieure de la moelle épinière, on ne doit pas s'étonner de voir qu'un des principaux symptômes consiste dans des accès de violents mouvements spasmodiques ou de roideur dans les membres inférieurs. Cette tendance aux spasmes doit, d'ailleurs, être rapportée non-seulement à la dilatation vasculaire dont il vient d'être question, mais encore à l'accumulation de force nerveuse dans la partie inférieure de la moelle, accumulation qui se produit toutes les fois que cette partie cesse d'être soumise à l'influence de la volonté. Parmi les autres symptômes de la myélite, M. Brown-Séquard signale comme des signes importants les sensations diverses de fourmillement, de piqûres, de brûlure ou de froid intense, rapportées par le malade, soit aux membres, soit aux parois de l'abdomen; l'alcalinité presque continuelle de l'urine; l'anesthésie ou du moins la diminution de la sensibilité, et l'altération du sens musculaire, altération qui apparaît dès le début; la formation rapide d'eschares à la région du sacrum ou des fesses.

Dans la méningite spinale, nous retrouvons un état spasmodique assez constant et qui siége dans les muscles du dos. Outre ce symptôme, il y a des douleurs plus ou moins diffuses le long de l'épine dorsale ou dans les membres inférieurs, et ces douleurs sont augmentées par les mouvements spontanés ou provoqués de la colonne vertébrale. Le degré de paraplégie est très variable; il n'y a que très rarement de l'anesthésie; quelquefois on constate, au contraire, de l'hyperesthésie.

Les mouvements spasmodiques s'observent aussi quelquefois dans les cas de congestion de la moelle spinale et de ses méninges. Mais le caractère principal de cette affection, c'est que le malade remue avec plus de force ses membres paralysés lorsqu'il est couché que lorsqu'il est debout. On doit s'expliquer cette particularité par l'accumulation de fluide céphalo-rachidien qui se fait pendant la station et non pas par une modification produite dans l'état des vaisseaux. Cette dernière modification a bien lieu, mais elle agit en sens inverse; il y a pendant le repos au lit, spécialement si le malade se couche sur le dos, une augmentation de la congestion vasculaire, et c'est pour cela que, chez les individus qui peuvent se lever, la paralysie est, dans ces cas, plus prononcée le matin que dans le courant de la journée.

Ces trois maladies, la myélite, la méningite spinale et la congestion spinale, présentent, on le voit, un caractère commun, dominant, et qui, comme tel, doit fournir la principale indication thérapeutique. C'est la congestion de la moelle ou de ses enveloppes qui constitue ce caractère. Pour diminuer cette congestion ou arrêter ses progrès, on aura recours à plusieurs moyens : le malade, s'il est possible, ne se couchera jamais sur le dos; mais il se placera sur un des côtés du corps ou même sur le ventre. L'application de flanelle sur les bras et les jambes, les douches chaudes sur l'épine dorsale, les douches froides en pluie avec friction rubéfiante consécutive, les ventouses sèches chaque jour, seront les meilleurs moyens externes à prescrire. Parmi les moyens internes, on aura surtout confiance dans la belladone et l'ergot de seigle, qui ont déjà été préconisés par divers médecins : MM. Bretonneau, Payan, Barbier, Trousseau; ces deux substances ayant, suivant l'auteur, l'action la plus puissante pour faire contracter les muscles lisses des vaisseaux sanguins.

On devra aussi chercher à empêcher la formation des eschares et à prévenir les altérations de nutrition (œdème, atrophie), qui se produisent surtout dans les cas de myélite. M. Brown-Séquard énumère les moyens qui lui paraissent le mieux répondre à ces indications.

Tous les cas de paraplégie ne rentrent pas dans les deux catégories que nous avons mentionnées. En effet, la paraplégie n'est pas toujours sous la dépendance plus ou moins directe, soit d'une dilatation vasculaire, soit d'une anémie de la moelle épinière. M. Brown-Séquard a donc dû étudier à part certaines espèces de paraplégie, et c'est ce qu'il fait dans la dernière partie de son travail. Ici il passe en revue le ramollissement blanc ou non inflammatoire de la moelle, l'hémorrhagie de la substance grise, deux maladies qui, différentes en général par leur marche, se ressemblent par leurs symptômes (paraplégie plus ou moins complète, avec analgésie et diminution du sens musculaire, élévation de la température dans les membres par paralysie des nerfs vaso-moteurs, etc.), et réclament à peu près le même traitement; l'hémorrhagie extra-médullaire du canal rachidien; les tumeurs de la moelle épinière, lesquelles se compliquent souvent de myélite ou de méningite spinale, et dont il est alors très difficile de reconnaître l'existence. Les symptômes qui sont déterminés par la présence des tumeurs de la moelle ont une physionomie particulière lorsque ces tumeurs compriment seulement les cordons postérieurs (d'abord hyperesthésie, légère paraplégie qui augmente progressivement et s'accompagne bientôt de la perte du sens musculaire), ou lorsqu'elles siégent dans la substance grise (anesthésie survenant rapidement et très prononcée). Les indications thérapeutiques sont fournies, comme on le sait, par deux sources jusqu'auxquelles on ne pénètre que difficilement, à savoir, la nature de la tumeur et les complications dont elle peut être le point de départ.

M. Brown-Séquard, après avoir tracé avec tous les développements nécessaires l'histoire des diverses formes de la paraplégie, et avoir indiqué leur fréquence relative chez l'homme et la femme à différents âges, reprend dans une sorte de résumé deux des points principaux de son travail. Il cherche d'abord à bien préciser la signification diagnostique des symptômes qui appartiennent à la paraplégie ou l'accompagnent; puis il examine la valeur et l'indication thérapeutiques des divers moyens qui peuvent être employés pour augmenter ou diminuer la quantité de sang circulant dans la moelle, et par suite la nutrition de cet organe.

L'analyse que nous venons de donner de l'ouvrage de M. Brown-Séquard montre la route suivie par l'auteur et les principaux points de vue qu'il s'est efforcé de faire connaître. C'est un livre qu'il est bon de lire et de méditer. Il forme comme le corollaire des recherches de l'auteur sur la physiologie de la moelle épinière, et c'est un essai remarquable d'application des notions physiologiques à la pathologie.

Ce n'est point à dire que toutes les explications proposées par M. Brown-Séquard soient constamment fondées sur des preuves suffisantes; qu'il soit, par exemple, parfaitement démontré que la strychnine dilate primitivement les vaisseaux de la moelle, et que a belladone les contracte, ou encore qu'il soit hors de toute contestation que les paraplégies dites réflexes sont réellement dues à une contraction réflexe des vaisseaux de la moelle épinière ou des vaisseaux alimentant les agents locomoteurs des membres inférieurs. Mais ces tentatives d'explication ont un grand avantage : elles secouent l'apathie, engendrent le doute et provoquent la recherche. C'est cette réflexion qui nous empêche aussi d'insister sur une critique que l'on pourrait faire des bases de diagnostic que M. Brown-Séquard cherche à établir, et surtout de la solidité qu'il leur suppose. Le lecteur non prévenu est, en effet, entraîné à conclure de l'exposé diagnostique donné par l'auteur qu'on peut, en définitive, assez facilement reconnaître les unes des autres les diverses formes de paraplégie, et que dorénavant, mis en présence d'un malade offrant une paralysie des membres inférieurs, il saura aisément remonter à l'affection dont cette paralysie est une manifestation. Eh bien, l'on peut dire que, quelque grande que soit la valeur du livre que nous venons d'analyser, le diagnostic de la paraplégie demeure presque aussi difficile qu'auparavant. L'auteur, malgré ses efforts, n'a pas pu remédier à l'insuffisance évidente des données actuelles de la physiologie et de la clinique; mais il est de ceux que les obstacles excitent et que les difficultés aiguillonnent; aussi sommes-nous certain qu'il ne tardera pas à répandre de nouvelles lumières sur cette importante et obscure question.

V.

---

VI

## VARIÉTÉS.

**Mort et obsèques de Scrive.** — La chirurgie militaire vient de perdre un de ses membres les plus distingués en la personne de M. Scrive, inspecteur du service de santé des armées, décédé à l'hôpital du Val-de-Grâce, âgé seulement de quarante-six ans.

Scrive (Gaspard-Léonard) était né à Lille le 13 janvier 1815. Fils d'un ancien officier en retraite, il dut à lui-même, à son travail persévérant et à une grande intelligence, la position élevée à laquelle il était parvenu. Entré à l'hôpital militaire de Lille comme élève chirurgien en 1833, sous-aide l'année suivante, aide-major en 1837, il revint dans sa ville natale et à l'hôpital témoin de ses débuts dans la carrière médicale comme chirurgien-major et professeur de médecine opératoire. La suppression des hôpitaux militaires par le décret de 1850 lui enleva une chaire dans laquelle il avait pu montrer toute l'habileté qu'il possédait à un si haut degré comme professeur et comme opérateur. Nommé chirurgien principal de deuxième classe en 1852, de première classe en 1854, Scrive fut chargé de la haute mission de chirurgien en chef de l'armée d'Orient. Dans ce poste, qui exige tant de qualités diverses comme administrateur et comme praticien, il sut montrer tout ce que peut le dévouement soutenu par le talent, le sang-froid, et une grande connaissance des hommes et des choses. La manière dont il s'acquitta de cette tâche difficile, les services rendus par lui dans une guerre meurtrière, aggravée encore par deux épidémies, le typhus et le choléra, lui valurent, en 1856, la position élevée d'inspecteur du service de santé.

D'une taille élevée, sachant allier une grande fermeté dans le commandement à une grande justice, d'une remarquable habileté dans la pratique des opérations chirurgicales, esprit fécond à se créer autour de lui des ressources pour les malades confiés à ses soins, Scrive pouvait être regardé comme le type du chirurgien militaire.

Nous avons de lui un *Traité des plaies par armes blanches*, ouvrage couronné par le ministre de la guerre, et le *Récit chirurgical de la campagne de Crimée*. Il était membre de la Société de chirurgie, officier de la Légion d'honneur, décoré de l'ordre du Bain d'Angleterre, de Sainte-Anne de Russie, etc.

Ses obsèques ont eu lieu lundi au Val-de-Grâce. Des discours ont été prononcés par M. Larrey, M. le général Lebrun et M. Laborie, ce dernier au nom de la *Société de chirurgie*.

**Association générale des médecins de France.** — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 27 octobre prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Cette séance sera suivie d'un banquet offert par le conseil génér… les membres de la Société centrale à MM. les présidents et délégu… Sociétés locales des départements.

Le banquet aura lieu à sept heures du soir, dans les salons du g… hôtel du Louvre, rue de Rivoli. Le prix de la souscription a été f… vingt francs. On souscrit directement, ou par lettre, chez le trésor… la Société centrale, M. le docteur Brun, rue d'Aumale, n° 23.

— La Société anatomique reprendra ses séances hebdomadaires… vendredi 8 novembre.

— Voici une relation assez piquante concernant l'origine de l'asile d… aliénés de Rio-Janeiro. Les fonds nécessaires à la fondation d'un ét… sement de ce genre manquant complétement, le ministre de l'int… du Brésil eut l'idée de frapper un impôt sur la vanité de ses administ… en vendant des ordres de chevalerie. Le moyen réussit au delà de t… espérance. On se demande si les plus fous furent ceux qu'on renfer… dans l'asile! (*Gazette des hôpitaux*.)

— Le *Journal de médecine de Bordeaux* raconte le fait suivant : M. Cathala demandait à échanger son diplôme de Montpellier co… un de Bordeaux. Ayant échoué l'année dernière dans cette tentative, … craignant sans doute un échec pareil, il a conçu la singulière idée … faire, par huissier, une sommation aux membres du jury d'avoir à l… conférer son titre. — En conséquence, la veille du jour où il devait com-paraître à l'hôpital pour son épreuve clinique, un huissier s'est prése… au domicile de M. Béchamp, président du jury, chez M. le recteur de l'Académie, et chez M. Gintrac, directeur de l'École, pour leur signifier la requête de M. Cathala. On n'a pas de peine à deviner ce qui a dû en résulter : après s'être consulté avec M. le recteur, et avoir pris l'avis du directeur, M. le président du jury a fait rayer M. Cathala de la liste des candidats.

— MM. les professeurs Velpeau et Denonvilliers n'ayant pu accepter les fonctions de juges au concours de l'internat, la liste du jury a été arrêtée de la manière suivante : Juges titulaires, MM. Vidal, Bouchut, Bouillaud, Jarjavay et Laugier; — juges suppléants, MM. Bernutz et Danyau.

— La buanderie de la Salpêtrière est le plus grand établissement de ce genre qui existe; on y blanchit le linge de plusieurs hospices, et il est question de l'augmenter de manière à pouvoir en faire la buanderie générale de l'assistance publique. On y a blanchi, *en 1860, trois* millions cinq cent quarante-neuf mille pièces de linge; le linge arrivé le matin peut être rendu le soir, grâce aux séchoirs artificiels; c'est une très belle invention que celle des séchoirs qui, par la chaleur factice, abrégent à ce point l'opération du blanchissage; mais le séjour en est bien pénible pour les femmes chargées d'y travailler. Un nouveau système d'étendage que l'on vient d'essayer à la Salpêtrière, et dont on est satisfait, fera disparaître, quand il sera généralisé, l'inconvénient que nous venons de signaler. Il consiste à étendre le linge sur des tringles que l'on glisse dans des armoires pratiquées dans la muraille, et où la chaleur se trouve emprisonnée; on peut, quand tout est sec, retirer ce linge sans que la personne chargée de ce soin ait à souffrir de la température. (*Le Siècle*.)

---

VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

De l'héméralopie épidémique, par le docteur *Baizeau*. In-8 de 84 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr. 25

De la cystite hémorrhagique du col compliquant l'uréthrite, et de son traitement par les balsamiques, par le docteur *Baizeau*. In-8 de 12 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

Essai sur les hernies musculaires, précédé de quelques considérations sur les autres déplacements des muscles, par le docteur *Mourlon*. In-8 de 32 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr. 25

Traitement de la blennorrhagie par les injections de sous-nitrate de bismuth, par le docteur *Mourlon*. In-8 de 20 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

Du mouvement organique et de la synthèse animale, par le docteur *Dehoux*. Grand in-8 de 132 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 1er NOVEMBRE 1861. — N° 44.

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

I. **Paris.** Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle : Kérosolène, nouvel anesthésique. — Oxalate de cérium contre les vomissements incoercibles. — Empoisonnement par le Solanum pseudocapsicum. — Action toxique du Phytolacca decandra. — Mal du panais. — Mauvais effets de l'Arundo donax. — Accidents chroniques à la suite de la morsure de la vipère. — Nouvelle réaction pour dénoter des traces de morphine. — II. **Travaux originaux.** Pathologie chirurgicale : Observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. — Œsophagotomie ; opportunité de cette opération. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** De la résection des articulations du membre inférieur. — Du goître aigu dans la garnison de Briançon pendant l'année 1860. — Note sur un cas de pneumopéricarde. — V. **Bibliographie.** De l'épispadias, ou fissure uréthrale supérieure, et de son traitement. — Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme. — VI. **Variétés.** Séance annuelle de l'Association générale de prévoyance des médecins de France. — École du service de santé militaire de Strasbourg. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres.

## I

Paris, le 31 octobre 1861.

*Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle :* KÉROSOLÈNE, NOUVEL ANESTHÉSIQUE. — OXALATE DE CÉRIUM CONTRE LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — EMPOISONNEMENT PAR LE SOLANUM PSEUDOCAPSICUM. — ACTION TOXIQUE DU PHYTOLACCA DECANDRA. — MAL DU PANAIS. — MAUVAIS EFFETS DE L'ARUNDO DONAX. — ACCIDENTS CHRONIQUES A LA SUITE DE LA MORSURE DE LA VIPÈRE. — NOUVELLE RÉACTION POUR DÉNOTER DES TRACES DE MORPHINE.

Depuis la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme, presque chaque année on a préconisé un corps nouveau, qui, tout d'abord, devait détrôner ses prédécesseurs, et qui ne manquait jamais d'être l'agent le plus inoffensif; et pourtant, malgré les graves accidents que l'on est obligé d'attribuer au chloroforme, c'est encore lui qui est le plus fréquemment employé par les chirurgiens. Qu'adviendra-t-il du nouvel anesthésique que vient d'annoncer M. Hodges, sous le nom de *kérosolène*, et qui est un produit de la distillation du charbon, appartenant par conséquent, comme tous ceux qu'on a préconisés avant lui, à la classe des hydrocarbures? Sera-t-il plus heureux? C'est ce que l'expérimentation nous apprendra. Ses caractères sont d'être fluide comme de l'eau, d'être très inflammable et volatil comme l'éther (mais il brûle avec une flamme blanche, ce qui est déjà un caractère distinctif); d'avoir une odeur légère de chloroforme, mais qui, à mesure qu'il s'évapore, tend à passer à celle du goudron; du reste, cette odeur est peu persistante et ne reste pas dans les appartements comme celle de l'éther et du chloroforme. D'après M. le docteur Hodges, ce fluide détermine en quelques inspirations l'anesthésie, sans que le malade se plaigne jamais d'étourdissements, de céphalalgie ni de nausées. Sous l'influence de la kérosolène, le pouls diminue de volume, et, chez trois malades, M. Hodges l'a vu devenir intermittent en même temps que se montraient quelques phénomènes d'asphyxie. Pour son emploi, il est essentiel de le faire arriver aux voies respiratoires mêlé avec l'air libre, car son action est plus grande que celle de l'éther. De ces considérations, s'il est permis de juger sans avoir expérimenté soi-même, on peut tirer la conclusion que la kérosolène a bien des chances d'aller retrouver l'amylène et les autres hydrocarbures anesthésiques. (*Medical Times and Gazette* et *Journal de pharmacie et de chimie*, octobre 1861.)

— Découvert en 1804 par Hisinger et Berzelius, le *cérium* fournit quelques sels qui ont été introduits récemment dans la thérapeutique par le professeur Simpson (d'Édimbourg). On a fait surtout usage de l'oxalate de cérium, qui se présente sous forme d'une poudre blanche, granuleuse, inodore, insipide, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, soluble avec facilité dans l'acide sulfurique. Il a paru au professeur Simpson que ce sel, de même que le nitrate, agissait comme un tonique sédatif, et ressemblait dans son action au sous-nitrate de bismuth. Il lui a trouvé de grands avantages dans les vomissements chroniques, surtout dans ceux qui accompagnent l'état de grossesse : la dose est de 1 grain, donné en suspension dans l'eau deux ou trois fois par jour. M. Lee, qui a fait aussi quelques recherches sur l'oxalate de cérium, s'en est surtout bien trouvé dans les cas de vomissements des femmes enceintes, qui avaient été rebelles à l'emploi de la glace, du sous-nitrate de bismuth, de l'acide prussique, etc. Il a reconnu aussi de très bons effets de ce sel dans quelques cas de dyspepsie atonique; chez chacune de ses malades il a vu, comme du reste l'avait observé aussi M. Simpson, l'appétit se rétablir très rapidement, en même temps que disparaissaient les nausées et autres symptômes concomitants. (*American Journal of the Medical Sciences* et *Gazette d'Orient*, août 1861.)

— Parmi les plantes cultivées pour l'ornement de nos jardins, il en est quelques-unes capables de déterminer

des accidents graves, surtout chez les enfants, qui sont attirés par l'éclat de leurs fruits, et les prennent pour les manger. Au nombre de ces plantes dangereuses, nous citerons le *Solanum pseudo-capsicum*, dont les fruits rouge corail ont quelque ressemblance avec de petites cerises, et qui récemment ont causé l'empoisonnement d'un enfant qui en avait avalé trois ou quatre baies. Cette petite quantité de fruits suffit pour déterminer des nausées avec de la somnolence, des douleurs hypogastriques très vives, la dilatation de la pupille, etc. Sous l'influence d'un vomitif promptement administré, de l'ingestion d'une forte infusion de café et de sinapismes appliqués aux jambes, on vit s'arrêter les accidents trois heures après l'ingestion des baies. M. Montané qui a publié ce fait, appelle l'attention sur les caractères de cette plante, qu'il serait prudent de cultiver toujours hors de la portée des enfants : arbuste de 60 centimètres à 1 mètre, toujours vert, rameux; rameaux redressés et disposés de manière à donner à la plante la forme d'un ovoïde allongé; feuilles lancéolées, rétrécies, entières ou légèrement sinuées; fleurs blanc sale, réunies par trois ou quatre, quelquefois solitaires; baie arrondie, rouge orangé, de saveur fade, un peu sucrée; graines de 3 à 4 millimètres, irrégulièrement ovales, échancrées ou presque réniformes, légèrement chiffonnées, bordées, plus épaisses et d'un jaune plus foncé à la circonférence. On distingue les baies du *Solanum pseudo-capsicum* de celles du *Physalis alkekengi* en ce que ces dernières sont enveloppées d'un calice volumineux, qui, à la maturité, se colore en rouge orangé, et renferment des graines de 2 millimètres environ, ovales, lenticulaires, à peine échancrées, jaune citron, sans bordure à la circonférence. (*Journ. de médecine de Bordeaux. — Répertoire de pharmacie*, août 1861.)

— Le *Phytolacca decandra*, dont les fruits rouges ont été souvent employés pour fournir de la matière colorante, est, comme on sait, assez fréquemment cultivé dans les jardins, et se rencontre même quelquefois dans leur voisinage. Les baies de la plante sont précisément de celles dont la belle teinte, comme nous le disions à l'instant, sollicite quelques enfants à en manger, et cette ingestion, parfois innocente, peut, parfois aussi, être suivie de phénomènes diarrhéiques assez prononcés. Mais les résultats de l'ingestion des baies ne sont pas comparables à l'action des feuilles et des racines; ces parties de la plante, surtout lorsque celle-ci est adulte, déterminent des effets purgatifs et vomitifs, qui lui avaient valu autrefois le nom de *Méchoacan du Canada*. Cependant, d'après les observations du docteur C. Zhambelli, on devrait la ranger plutôt parmi les poisons narcotico-âcres. Le meilleur traitement, et notre confrère l'a employé chez deux ouvriers qui avaient mangé par erreur des racines de *Phytolacca*, consiste dans l'emploi du rhum, de l'eau de cannelle, avec laudanum et éther, des sinapismes et des frictions sur les membres. Du reste, la même médication a été mise en usage par le docteur Flumiani, qui a obtenu de bons résultats en faisant usage de stimulants, tels que vin de Malaga et rhum. (*Rivista Friulana*, mars 1861. — *Écho médical de Neufchâtel*, août 1861.)

— Les plantes mêmes qui servent habituellement dans l'alimentation de l'homme peuvent, dans certaines circonstances, développer chez ceux qui les manient, des accidents sur la production desquels l'attention a été peu appelée jusqu'à ce jour. Le panais (*Pastinaca sativa*), par exemple, détermine assez fréquemment, en Belgique et notamment dans la province de Liége, chez les personnes qui l'arrachent une éruption très douloureuse de clous, siégeant principalement aux mains et rendant tout travail impossible. Cette maladie, bien connue des jardiniers belges, sous le nom de mal du panais, est pour ainsi dire ignorée en France; elle se manifeste ordinairement lorsque l'arrachage se fait à la rosée. Du reste, il paraît que le panais n'est pas la seule plante capable de produire de pareils accidents; car dernièrement, aux environs de Namur, par un temps brumeux, des sarcleuses, chargées de détruire une plante de la même famille, la berce brancursine (*Heracleum sphondylium*) qui infestait une prairie, furent atteintes toutes d'une forte éruption de furoncles aux mains. Comment ces deux ombellifères déterminent-elles une pareille action? C'est ce dont il est impossible de se rendre compte dans l'état actuel de la science, mais il ne nous en a pas moins semblé intéressant d'appeler l'attention sur un fait, nous le répétons, encore peu connu. (*Feuille de tout le monde*, 1861.)

— Les végétaux inférieurs ou cryptogames, qui se développent sur certaines plantes, peuvent, eux aussi, exercer sur l'économie humaine, dans quelques cas, une influence fâcheuse, et il semble acquis aujourd'hui à la science que ce sont principalement les spores de ces végétaux qui sont nuisibles. Si le fait était bien constaté, il serait d'autant plus intéressant que l'on sait déjà que les œufs de quelques animaux, ceux du barbeau par exemple, peuvent déterminer des accidents assez graves. Quoi qu'il en soit, il nous paraît utile de fixer l'attention des médecins sur une cause encore mal étudiée de certains phénomènes pathologiques, et d'indiquer ici le résultat des observations de M. le docteur Michel (d'Avignon). Déjà en 1845, cet habile médecin avait indiqué, dans le Bulletin de thérapeutique, t. XXVIII, p. 414, une maladie non encore connue, et due aux émanations pulvérulentes de la canne de Provence, *Arundo Donax*. Plus récemment, il est revenu sur ses premières observations, et a indiqué de nouveau les phénomènes que présentent les individus qui remuent ou manient, pendant une journée de soleil et de vent, des cannes depuis longtemps exposées aux intempéries des saisons. En général, douze à vingt-quatre heures après, le malade est atteint de fièvre, accuse de la cardialgie, des vertiges, et est pris de coliques, de diarrhée et de vomissements. La face, qui est le siége d'un sentiment très vif de cuisson et de chaleur, se gonfle, se tuméfie, et il se développe un exanthème papuleux considérable. Si la poussière a pénétré dans la bouche et les voies respiratoires, il y a de la toux, de la dyspnée et des symptômes, quelquefois assez graves, de gastro-entérite. Le phénomène le plus remarquable consiste en une turgescence des organes génitaux, accompagnée de désirs érotiques, ce qui a valu à cette affection le nom de *Donax-satyriasis*, que lui a donné M. Michel. Ces accidents, qui durent plusieurs jours, peuvent offrir un caractère assez grave, et même quelquefois se terminer d'une manière funeste. Le mode de traitement qui a le mieux réussi à M. Michel consiste à appliquer sur les parties malades un liniment camphré, à faire évacuer les molécules absorbées au moyen de l'ipécacuanha et de l'huile de ricin. On fait boire au malade de la limonade au citron. Une condition essentielle est d'agir le plus vite possible, afin d'arrêter les accidents à leur début.

C'est très certainement à la poussière formée par les

spores des nombreux champignons urédinés, qui se développent sur les cannes de Provence abandonnées, que sont dus ces accidents; car, dans plusieurs autres observations analogues, relatives à d'autres plantes, et où l'on a étudié la nature de cette poussière, on a reconnu qu'elle était entièrement composée de ces organes reproducteurs.

Une observation de M. Dareste semble démontrer que les végétaux qui se développent sur les animaux peuvent aussi déterminer quelques accidents; car, ayant eu occasion de disséquer un cygne à col noir, dont les poches aériennes étaient tapissées d'une production cryptogamique, il fut pris d'un coryza très intense, qu'il attribua à l'absorption des spores, de même que l'on a rapporté à la même cause les phénomènes d'intoxication que présentèrent, à un médecin de Lorraine, deux hommes qui avaient dépouillé un vanneau dans l'intérieur duquel s'était développée une végétation cryptogamique. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 août 1861.)

— Les suites de la morsure de la vipère ont déjà été indiquées un grand nombre de fois, et sont bien connues aujourd'hui des médecins; mais il est un point de la question qui presque toujours a été laissé de côté, et qui mériterait cependant de fixer l'attention des praticiens; c'est de savoir si, dans le cas où les morsures ne sont pas mortelles, elles laissent après elles des lésions ou maladies chroniques. Déjà, en 1849, dans un travail publié dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES, M. le docteur Andrieux avait annoncé qu'un malaise périodique se représentait tous les ans, chez les individus piqués, au retour de la saison correspondante à celle de l'accident. J'ai eu occasion de vérifier moi-même deux fois cette assertion, une fois chez l'individu qui fait le sujet de l'observation 3 de ma thèse, une autre fois chez une femme des environs de Montmorency, qui fut piquée, en faisant de l'herbe, et chez laquelle j'ai observé, trois années de suite, des douleurs et du gonflement de la partie piquée au mois de juin, époque où avait eu lieu l'accident. Dans le relevé que j'ai fait des réponses envoyées à la Société impériale zoologique d'acclimatation, à l'occasion d'un questionnaire dressé par cette Société pour aviser aux moyens de détruire la vipère, j'ai trouvé le fait d'un garde-chasse, de la conservation des forêts en Bretagne, chez lequel les accidents se sont reproduits pendant dix années consécutives; et, dans la réponse de la Société d'agriculture de la Lozère, l'indication de deux individus chez lesquels, chaque année, au retour de la saison où ils ont été piqués, le membre blessé offre de l'œdème et des taches bleuâtres. D'autre part, M. le docteur Girardin, de Neufchâteau (Vosges), M. Puel (de Figeac) signalent comme arrivant fréquemment à la suite des piqûres de vipère un affaiblissement de la vue, qui peut aller quelquefois jusqu'à la cécité. Ce fait offre d'autant plus de probabilité que presque tous les observateurs ont indiqué l'analogue chez les chiens qui ont été piqués, même aux pattes. Parmi les autres phénomènes qui ont été annoncés, on pourrait encore signaler celui de M. Guiraudet, d'Estrées-Saint-Denis (Oise), qui depuis l'accident éprouve dans le doigt blessé une anesthésie très marquée au point blessé, et en même temps une sensation de picotement, que le blessé ne saurait mieux comparer qu'à celle que produiraient des morsures de fourmis incessamment répétées. Dans le département de la Haute-Marne, le docteur Poulain a observé en juin 1859 une femme qui, bien que soignée immédiatement, éprouva les symptômes les plus graves; et ressent encore une douleur vive dans la main et le bras. Cette douleur, que la malade éprouve, comme si une broche lui perçait le membre avec un mouvement de va-et-vient, se prolonge jusque dans l'aisselle, et va se perdre dans les muscles pectoraux. A ces souffrances aiguës, et qui la font crier, succèdent un engourdissement dans tous les membres, et une sorte de pamoison dont la pauvre femme ne sort qu'au moment où, pour me servir de son expression, elle sent les fourmis lui revenir dans les doigts. Ces accidents se renouvellent trois ou quatre fois par mois, et elle les attribue aux changements de temps. Une autre femme, mordue dans le même pays, offre les mêmes phénomènes, mais avec une intensité moindre; elle a été blessée il y a plus longtemps. Quelques personnes enfin ont signalé une espèce de tremblement choréique qui se serait manifesté chez plusieurs individus, quelque temps après leur accident. De l'ensemble de ces observations, qui sont intéressantes à noter, mais dont le nombre est malheureusement encore très restreint, il résulte évidemment que, dans la plupart des cas qui ont été publiés, les résultats ont été indiqués d'une manière trop hâtive, au moins quant aux suites, et qu'il serait à désirer que ceux de nos confrères, qui sont placés de façon à pouvoir suivre les malades pendant un temps assez long, voulussent bien nous faire connaître le résultat de leurs investigations.

— Il est souvent très essentiel de pouvoir distinguer si un médicament renferme certains alcaloïdes; car leur présence, même en quantité très minime, peut exercer une influence fâcheuse sur les résultats attendus par le médecin. Aussi a-t-on cherché déjà à plusieurs reprises un procédé qui permît de reconnaître très nettement les divers produits organiques. Dans ces derniers temps, M. Lefort, pharmacien à Paris, a reconnu que : 1° lorsque les matières organiques décomposent l'acide iodique, l'iode mis à nu est le plus souvent absorbé par l'ammoniaque caustique, et le mélange se décolore complétement; 2° au contraire, la morphine, qui se décompose par l'acide iodique en se colorant en rouge ou en brun, acquiert une intensité de coloration beaucoup plus grande si l'on y ajoute de l'ammoniaque. Ces réactions sont très sensibles, car on peut dénoter la présence d'un dix-millième de morphine dans une solution. L'opération se fait très bien en mouillant à plusieurs reprises du papier non collé avec la solution, et en le faisant sécher chaque fois; on finit ainsi par déposer sur le papier une assez grande quantité de morphine solide pour découvrir d'une manière très nette les réactions de cet alcaloïde avec l'acide nitrique, le perchlorure de fer, et enfin avec l'acide iodique et l'ammoniaque. Ce procédé offre sur celui, où l'on fait agir les réactifs sur les liqueurs, l'avantage de donner, dans les recherches de médecine légale, le corps du délit modifié, il est vrai, par les agents chimiques, mais susceptible d'être conservé longtemps sans altération. La réaction avec les sels de sesquioxyde de fer présente, dans l'emploi du papier non collé, cette différence que la teinte n'est plus bleue ou verte, comme dans la solution, mais est toujours verte et d'une nuance d'autant plus foncée qu'il y a plus d'alcaloïde par rapport au sel de fer. Le papier sur lequel s'est faite la réaction peut se conserver aussi très longtemps sans altération. Cette réaction des sels de sesquioxyde de fer avec la morphine est d'autant plus importante qu'aucun autre alcaloïde ne se comporte de la même manière avec eux. On comprend l'intérêt de cette réaction quand on se rappelle que trop souvent l'on donne, dans certaines pharmacies, du sirop de codéine au lieu de sirop de morphine, ce qui est

grave pour les malades. Traités par l'acide iodique et l'ammoniaque, on voit le sirop de morphine du *Codex*, qui renferme seulement un deux mille cinq centième d'alcaloïde, devenir jaune clair, puis jaune brunâtre par l'addition de l'ammoniaque, tandis que le sirop de codéine traité de la même manière ne subit aucun changement. (*Répertoire de pharmacie*, septembre 1861.)

LÉON SOUBEIRAN.

---

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Pathologie chirurgicale.

OBSERVATIONS DE CORPS ÉTRANGERS ARRÊTÉS DANS L'ŒSOPHAGE. — ŒSOPHAGOTOMIE; OPPORTUNITÉ DE CETTE OPÉRATION, par le docteur CRÉQUY, ancien interne des hôpitaux.

Les corps étrangers de l'œsophage constituent un des accidents que la chirurgie a le mieux étudiés.

La symptomatologie a été parfaitement décrite dans la plupart des monographies qui ont été publiées sur ce sujet; aussi le diagnostic est-il presque toujours porté d'une manière précise.

Quant au traitement, il en est peu qui aient autant exercé la sagacité des praticiens. Plusieurs instruments ont été imaginés, et quelques-uns remplissent l'indication que l'on se propose avec une facilité et une simplicité remarquables. Tel est en particulier le double crochet de Graafe.

Cependant il existe encore des cas où tous les moyens proposés pour pratiquer l'extraction du corps étranger viennent échouer, et celui-ci détermine des lésions anatomiques sur lesquelles les auteurs ne paraissent pas avoir suffisamment attiré l'attention.

L'occasion nous ayant été offerte, pendant que nous étions interne de M. Demarquay, d'observer deux cas de ce genre, nous avons recherché si des faits semblables étaient fréquents dans la science et si l'on pouvait en déduire quelques indications pratiques.

Nous allons rapporter les deux observations dues à notre maître; nous en rapprocherons les cas analogues observés par d'autres chirurgiens, et nous terminerons ce court exposé par quelques considérations qu'elles ont fait naître dans notre esprit.

*Observation d'un sou arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ayant amené la perforation de cet organe, un abcès rétro-pharyngien, et finalement une perforation de la plèvre droite, et enfin la mort.* — Le 29 juin 1855, est entré à la Maison municipale de santé, service de M. Monod, suppléé par M. Demarquay, un petit garçon âgé de cinq ans, bien constitué.

Trois jours avant son entrée, cet enfant s'amusait avec un sou qu'il jetait en l'air, et qu'il cherchait à recevoir dans sa bouche. Il le reçut si bien que cette pièce de monnaie passa dans le pharynx, et s'arrêta à la partie supérieure de l'œsophage. L'enfant éprouva peu de chose au moment de l'accident. Un médecin appelé peu de temps après lui fit prendre un peu d'émétique. L'enfant vomit, mais il accusa dès ce moment une douleur vive vers la partie moyenne du cou; de l'oppression, et une impossibilité d'avaler.

M. Demarquay vit l'enfant le 27 avec le docteur Tassy, et pratiqua le cathétérisme avec la sonde de Graafe. L'instrument parcourut avec facilité tout l'œsophage, sauf un point, la partie supérieure de cet organe, où il crut éprouver une résistance métallique qu'il rencontra également en retirant l'instrument. Ces tentatives furent répétées plusieurs fois de suite sans amener de résultat. Cependant l'enfant se trouva mieux, et reprit toute sa gaieté; mais, dans la même journée, quatre ou cinq heures après cette exploration, il se plaignit d'une douleur vive à la partie moyenne et latérale droite du cou, se mit à pleurer, et bientôt les parents s'aperçurent que le cou et la tête se tuméfiaient. M. Tassy constata cette tuméfaction énorme du cou et de la face, ainsi que l'anxiété de l'enfant. Il reconnut de plus qu'un emphysème s'était produit, et qu'il s'étendait à toute la partie supérieure du corps.

Le 28 au matin, l'enfant a de la fièvre; l'emphysème persiste, mais à un moindre degré; la déglutition se fait avec assez de facilité.

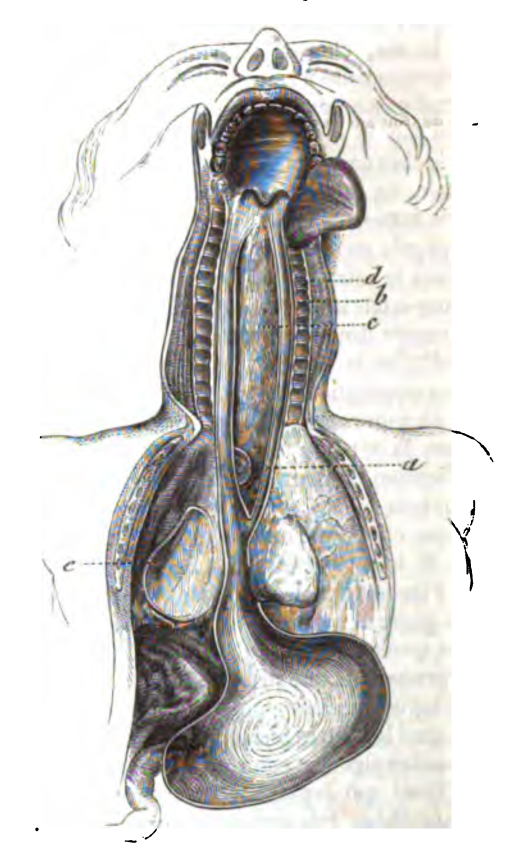
Le 29, l'enfant entre à la Maison municipale de santé, service de M. Demarquay. Voici l'état dans lequel nous le trouvons à la visite du matin : L'enfant est couché sur le dos; les joues, les parties latérales et antérieures du cou, et les régions sous-claviculaires sont gonflées, principalement du côté droit. La peau, dans ces parties, n'a pas sensiblement changé de couleur. La pression avec la main, sur ces régions, détermine une crépitation fine, emphysémateuse, plus marquée à droite qu'à gauche. La déglutition devient très gênée pour les liquides, impossible pour les solides; les boissons sont assez souvent rejetées avec une quantité notable de salive. La respiration est gênée, et, pendant les mouvements respiratoires, on entend un bruit de glouglou paraissant se passer dans la région du cou. Le soir, la fièvre augmente et l'anxiété devient plus grande que le matin.

Du 1er au 3 juillet, le petit malade reste dans le même état; l'emphysème diminue, mais la tuméfaction latérale du cou augmente; la fièvre persiste.

Le 3, il reste encore, au matin, un peu d'emphysème; l'enfant avale les liquides avec plus de facilité; mais lorsqu'il a pris trois ou quatre cuillerées de tisane, il éprouve toujours le même gargouillement au fond de la gorge. Vers midi, l'enfant est plus agité; le pouls devient petit et augmente de fréquence. L'enfant parle avec plus de difficulté; il accuse une grande douleur dans la région épigastrique; la respiration devient fréquente; les extrémités se refroidissent; le pouls disparaît; les veines de la partie inférieure de la poitrine, du cou et de la face deviennent bleuâtres; et l'enfant expire.

*Autopsie.* — Après avoir fait une incision sur la partie médiane du cou et avoir divisé le sternum suivant sa longueur, on pénètre dans le médiastin antérieur. Le tissu cellulaire qui remplit le médiastin antérieur et postérieur est infiltré de pus et d'air; le péricarde contient un peu de sérosité, et quelques filaments qui réunissent le cœur à la paroi interne du péricarde. La cavité abdominale ne présente rien de particulier, seulement le diaphragme, à droite et à gauche, présente une dépression notable, tenant à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans les deux plèvres.

La trachée, ouverte dans toute sa longueur, présente quelques traces




d'inflammation; mais on ne trouve aucune perforation. Toute la paroi antérieure de l'œsophage étant incisée, on constate, sur la paroi postérieure de ce conduit, une ouverture large d'environ 1 centimètre 1/2, siégeant à l'union de l'œsophage avec le pharynx, un peu à droite de la ligne médiane, à une très petite distance de la glotte; cette ouverture communique avec un abcès rétro-pharyngien dont les parois sont enduites d'un pus jaune grisâtre. Ce foyer purulent s'étend depuis l'apo-

physe basilaire jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale. Le pharynx et l'œsophage sont complétement décollés; dans toute leur étendue, il ne reste plus de traces du tissu cellulaire sain. La carotide, les jugulaires internes et les pneumogastriques sont dénudés par le pus. A la partie inférieure et latérale droite du foyer purulent, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, on aperçoit le sou couché obliquement sur le corps de la vertèbre, et pénétrant en partie dans la plèvre droite par une perforation du feuillet droit du médiastin postérieur. Dans les derniers moments de la vie, une grande quantité de boissons pénétrait par l'orifice supérieur de l'œsophage, et tombait dans la cavité pleurale droite par l'orifice qui avait été déterminé par le sou. Une autre partie tombait dans la cavité pleurale par suite de la perforation également récente du feuillet postérieur gauche du médiastin postérieur; cette dernière perforation a été amenée par le travail inflammatoire qui s'accomplissait dans le médiastin postérieur et par l'accumulation d'une certaine quantité de boissons et de pus qui s'étaient accumulés dans ce point. Le liquide trouvé dans les plèvres était un mélange de pus, de sérosité et des liquides qui avaient été avalés en dernier lieu. Nous avons retrouvé une certaine quantité de caséum dû à un peu de lait avalé par l'enfant peu d'instants avant sa mort.

Dans ce fait, M. Demarquay ne crut pas devoir recourir à l'œsophagotomie, comme il le fit dans l'observation qui suit. Le diagnostic manquait de précision. L'enfant disait bien avoir avalé un sou, mais personne n'était présent à l'accident. L'exploration n'avait rien donné de positif, et l'emphysème qui survint le troisième jour après l'accident jetait encore de l'incertitude sur le siége précis qu'occupait le corps étranger. L'autopsie a démontré quelle était la cause de l'emphysème en même temps qu'elle a expliqué les phénomènes ultimes présentés par le petit malade; nous signalerons encore la marche du corps étranger dans le tissu cellulaire rétro-œsophagien et sa chute dans la plèvre droite.

*Observation d'une pièce de 1 franc, arrêtée à la partie supérieure de l'œsophage. — Tentatives d'extraction infructueuses. — Œsophagotomie. — Abcès rétro-pharyngien. — Mort.* — Le 28 juillet 1854, entrait à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod, une petite fille âgée de trois ans et demi.

Deux jours avant son entrée, elle avait avalé une pièce de 1 franc que plusieurs personnes aperçurent au fond de l'arrière-gorge; l'une d'elles l'enfonça plus profondément, et dès lors il fut impossible de la voir ni de la toucher avec le doigt. M. Demarquay introduisit la sonde de Graafe dans l'œsophage; il fut arrêté à la partie inférieure du cou par un obstacle qu'il parvint à franchir en forçant un peu; mais en retirant l'instrument, le double crochet glissa sur l'obstacle, et cette tentative d'extraction fut inutile. Il en fut de même de trois autres faites à deux ou trois jours d'intervalle; elles n'eurent d'autres résultats que de déterminer l'expuition d'une grande quantité de salive mêlée d'un peu de sang, et de faire souffrir la malade.

5 *août*. Nouvelles tentatives avec la sonde de Graafe et les pinces œsophagiennes, aussi infructueuses que les précédentes.

La situation de la petite malade allait toujours s'aggravant; l'oppression était considérable, la déglutition très difficile; la salive était mêlée de pus.

C'est alors que M. Demarquay, aidé de MM. Monod et Denonvillers, et après avoir bien senti la position exacte de la pièce de monnaie, se décida à pratiquer l'œsophagotomie, qu'il exécuta de la manière suivante : une incision est faite sur les parties latérales gauches du cou, immédiatement au-devant du bord antérieur du sterno-mastoïdien, qui sert de point de repère. Cette incision part d'un centimètre et demi au-dessous de l'angle de la mâchoire, et s'étend jusqu'à la partie inférieure du cou. La peau incisée, on aperçoit la veine jugulaire antérieure qui présente un volume considérable. Au moyen d'un crochet, un aide l'attire vers la ligne médiane. Pénétrant plus profondément en coupant le tissu cellulaire avec le bistouri ou le déchirant avec la sonde cannelée, on arrive sur les muscles de la région sous-hyoïdienne. Les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyréoïdiens sont attirés en dedans avec le même crochet qui protége la jugulaire antérieure, l'omoplate hyoïdien est refoulé en haut; on aperçoit alors le cartilage thyréoïde et la trachée-artère. Un second aide écarte en dehors la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique, protégés par leur gaîne commune demeurée intacte. La sonde cannelée préserve les filets du nerf récurrent; on arrive alors sur l'œsophage qui est saisi au moyen d'une pince; une légère traction détermine une petite déchirure de ce canal. Cette ouverture, agrandie par le bistouri, laisse apercevoir le corps étranger, qui est extrait au moyen d'une pince à dents.

La plaie est recouverte d'un linge cératé, d'un plumasseau de charpie et de compresses. On prescrit du bouillon et de l'eau gommée d'heure en heure.

6 *août*. La petite malade souffre peu; il n'y a pas d'agitation; la respiration est assez facile; le pouls a un peu de fréquence, il bat 120 pulsations.

L'enfant est très affaiblie, ce qui paraît tenir moins à l'opération qu'à la longue inanition à laquelle elle a été soumise. En effet, depuis huit jours, elle n'a pu prendre aucun aliment solide; la déglutition des liquides est seule possible. Malheureusement, les boissons absorbées par la bouche sortent, en grande partie, par l'ouverture faite à l'œsophage. Pour éviter cet inconvénient, M. Demarquay établit une sonde à demeure dans ce canal, et c'est par ce moyen qu'on essaye de nourrir l'enfant avec du bouillon, de l'eau de gruau et du laitage, mais c'est en vain, il survient des mouvements de régurgitation suivis du rejet des aliments par la plaie faite à l'œsophage; celle-ci reste béante et devient fétide. Ce dernier caractère est commun à toutes les plaies du canal intestinal, quel que soit le point où il est lésé.

7 *août*. L'état de la malade n'a pas sensiblement changé, le pouls est cependant un peu plus fréquent, et bat à 135 pulsations. On entend une espèce de gargouillement à la partie inférieure du cou; ce phénomène, qui rappelle ce qui s'est passé chez l'autre malade, fait supposer une cause analogue, c'est-à-dire un abcès du médiastin.

La plaie conserve le même aspect; on continue le même régime. Le soir, les symptômes se sont aggravés; la respiration est difficile, le bruit de gargouillement est plus prononcé; la malade est plus faible.

8 *août*. La prostration est plus grande; les traits sont altérés; le facies exprime un profond abattement. Le mal empire dans la journée, et l'enfant succombe dans l'après-midi.

*Autopsie*. — Une incision faite sur la ligne médiane de la poitrine pénètre dans le médiastin antérieur et la plèvre droite. Celle-ci contient une petite quantité de liquide trouble, dans lequel nagent quelques flocons d'apparence caséeuse. L'incision prolongée en haut se continue avec celle que l'on a pratiquée pendant la vie. La dissection des diverses couches qu'a intéressées cette dernière permet de constater que les gros vaisseaux et les nerfs du cou n'ont subi aucune lésion, soit pendant, soit après l'opération. Ceci reconnu, on divise le maxillaire inférieur et le plancher buccal sur la ligne médiane; la trachée-artère, le larynx et la paroi antérieure de l'œsophage sont également incisés dans toute leur longueur. Cette dissection permet de reconnaître ce qui suit : la plèvre gauche et le poumon correspondant n'ont subi aucune altération. Sur les parties latérales gauches du larynx existe un petit abcès qui ne paraît avoir aucune communication avec le foyer principal (abcès du voisinage). Au niveau du bord supérieur du larynx, un peu à gauche, existe sur la paroi postérieure du pharynx une ouverture d'environ 1 centimètre 1/2 de longueur; les bords en sont noirâtres, et présentent un aspect gangréneux. Cette ouverture, probablement déterminée par la pression du corps étranger, fait communiquer la cavité du pharynx avec un abcès situé au-devant de la colonne vertébrale, et qui, après avoir disséqué la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure de l'œsophage, s'est ouvert dans la plèvre droite, au niveau de la racine du poumon. Au-dessous du larynx, la paroi postérieure de l'œsophage est légèrement bleuâtre, et présente encore plusieurs perforations; l'une, située à gauche, a été faite pendant la vie, pour extraire le corps étranger; deux autres, situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la bronche droite, communiquent librement avec le foyer purulent. Il existe encore une autre ouverture, mais elle a été produite pendant la dissection. Ces diverses lésions donnent à cette paroi une apparence criblée.

Les autres organes n'ont subi aucune altération appréciable.

Dans ces deux observations, les phénomènes pathologiques dus à une cause identique, ont présenté une remarquable analogie. La pièce de monnaie arrêtée à l'origine de l'œsophage a déterminé une irritation des parois de ce canal qui s'est propagée au tissu cellulaire environnant; le pus s'est formé rapidement dans celui-ci, et il en est résulté une vaste collection purulente qui s'est ouverte dans la plèvre. Dans la première observation, la collection purulente a été évidemment précédée de la perforation du canal alimentaire, puisque cette perforation a eu lieu le deuxième jour de l'accident, comme on peut le voir d'après les détails de l'observation. Dans la seconde, rien n'indique qu'il en ait été ainsi; la suppuration a pu se faire dans le tissu cellulaire qui avoisine l'œsophage avant que ce conduit ait été perforé par le corps étranger.

Les faits que nous avons interrogés dans les auteurs ne nous permettent pas de résoudre cette question; cependant, si on en juge d'après ce qui se passe dans les autres canaux, on peut croire que l'abcès n'a pas besoin, pour se former, d'attendre que les parois de l'œsophage aient été perforées par le corps étranger. C'est ainsi

que des matières fécales, des noyaux de fruits ou autres corps analogues, arrêtés dans le gros intestin, déterminent fréquemment des abcès des fosses iliaques sans produire la rupture des parois du conduit qui les contient. De même, lorsqu'un caillot s'est formé dans une veine, le tissu cellulaire avoisinant le vaisseau est souvent détruit par la suppuration avant que le canal vasculaire soit lui-même détruit. Ne pourrait-il pas en être ainsi pour l'œsophage?

Un point fort important à déterminer, c'est l'époque où apparaissent ces abcès. Elle doit nécessairement varier avec la forme, le volume, la consistance du corps étranger. Cependant, si on pouvait déterminer le temps minimum qui s'écoule entre l'introduction du corps étranger et la formation du pus, on connaîtrait le temps que l'on doit donner à l'expectation.

Malheureusement, les observations que nous avons pu consulter manquent de la plupart des détails nécessaires pour résoudre cette question. Tout incomplètes qu'elles sont, nous allons néanmoins rapporter celles qui offrent quelque analogie avec les nôtres.

1. Un homme ivre jette une châtaigne en l'air et la reçoit dans la bouche; elle tombe dans le gosier, et il est pris aussitôt d'une grande difficulté d'avaler, et envoyé à l'hôpital. On tente vainement les moyens employés en pareils cas. Guattani propose l'œsophagotomie, qui ne fut pas acceptée par le malade. Les symptômes s'aggravèrent; il survint une inflammation vive du visage, et cet homme succomba le dix-neuvième jour, après avoir éprouvé plusieurs hémorrhagies nasales.

*A l'autopsie*, on trouva une tumeur contenant du pus et la châtaigne entière. L'œsophage était très resserré au-dessus et au-dessous. L'abcès communiquait avec la trachée qui présentait une ouverture de la grandeur d'une lentille. (Guattani, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. II, p. 317.)

2. Un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait avalé un os de dinde, chercha à l'enfoncer dans l'estomac avec un poireau; il périt le treizième jour.

*A l'autopsie*, on trouva l'os au milieu d'un foyer de suppuration. L'œsophage était perforé. (Gibert, *Archives générales de médecine*.)

3. Une demoiselle de cinquante ans avala une arête de carpe, qui se fixa au bas de la gorge. Elle mourut le quatorzième jour.

*A l'autopsie*, on trouva dans l'œsophage, et dans une étendue de sept à huit lignes, une tumeur qui remplissait à peu près toute sa cavité. Il y existait une ouverture presque circulaire, d'une demi-ligne de diamètre. (*Littre*.)

4. Chez un autre sujet, un corps étranger, arrêté dans l'œsophage occasionna la mort.

*A l'autopsie*, on trouva un abcès qui s'ouvrait dans la poitrine.

5. Un enfant de vingt-deux mois avala un petit os plat et triangulaire, qui s'arrêta dans le pharynx, et amena la mort deux mois après.

*A l'autopsie*, on trouva la paroi postérieure du pharynx percée vis-à-vis de la troisième vertèbre cervicale, qui était cariée. La carie s'étendait aux deuxième et quatrième vertèbres. (Fleury.)

6. Un militaire avala une pièce de 5 francs, qui s'arrêta à la partie moyenne de l'œsophage; la mort survint au bout de six mois.

*A l'autopsie*, la pièce fut trouvée au-dessus de l'orifice cardiaque de l'estomac. Les parois de l'œsophage étaient épaissies et en suppuration. (Larrey.)

7. Un soldat avala un fragment d'os qui s'arrêta au-dessous du pharynx; il mourut le huitième jour, après des vomissements de sang et des déjections alvines également teintes de sang.

*A l'autopsie*, on trouva l'os arrêté dans la portion de l'œsophage correspondant au corps de la quatrième vertèbre dorsale. Deux de ses angles, diamétralement opposés, avaient traversé les parois de ce conduit et les dépassaient de sept à huit lignes. Les côtés correspondant des poumons présentaient, à droite et à gauche, une lésion causée par les pointes saillantes de l'os, et là s'était développée l'inflammation qui se communiquait aux autres lobes. (Bégin, *Mémoire sur l'œsophagotomie*) (1).

8. Un homme âgé de quarante-deux ans avale un os de bœuf, en mangeant la soupe. Le huitième jour après l'accident, il entre à l'hôpital. Les tentatives d'extraction et de propulsion dans l'estomac n'amènent aucun résultat. Le lendemain, on pratique l'œsophagotomie, et l'on retire un os de forme pyramidale, long de 33 millimètres. Le malade succombe deux jours après l'opération.

(1) Ces observations sont empruntées au mémoire de Lavacherie *sur l'œsophagotomie*.

*A l'autopsie*, on trouve l'œsophage percé en avant et en arrière; une collection purulente s'est formée à sa partie postérieure, et s'étend le long de son trajet presque jusqu'à l'estomac. (*Gazette des hôpitaux*, 1857, observation de Flaubert, de Rouen.)

Il résulte de ces observations que, indépendamment des lésions de la trachée et des gros vaisseaux qui avoisinent l'œsophage, les corps étrangers de cet organe peuvent déterminer la formation d'abcès assez graves pour amener la mort.

A quelle époque apparaissent ces abcès? La solution de cette question nous conduirait à savoir combien de temps on peut laisser écouler avant de pratiquer l'œsophagotomie sans compromettre le succès de cette opération. Or, dans la première observation de M. Demarquay, l'accident arrive le 26 juin, et le lendemain 27 on constate de l'emphysème sur les parties latérales du cou; la perforation du canal alimentaire était déjà accomplie, et, comme elle était voisine de l'ouverture supérieure du larynx, on comprend facilement la raison de cet emphysème. L'enfant succombe le 3 juillet, c'est-à-dire le huitième jour de l'accident, et nous avons vu quelles graves lésions avaient été produites en aussi peu de temps.

Dans la deuxième observation que nous avons rapportée *in extenso*, l'accident a lieu le 26 juillet. L'œsophagotomie est pratiquée le 5 août, dixième jour. A ce moment, la paroi postérieure de l'œsophage était déjà perforée, comme on a pu le voir dans les détails de l'autopsie, et il est probable que la collection purulente était déjà formée depuis plusieurs jours. Il est à peu près certain que l'insuccès de l'opération réside dans cette circonstance.

Dans la première observation que nous avons empruntée aux auteurs, la mort survient le dix-neuvième jour, après la formation d'un abcès et une ouverture faisant communiquer cet abcès avec la trachée.

Dans la deuxième, la mort arrive le treizième *jour, déterminée* par un abcès et une perforation de l'œsophage.

Dans la troisième, la terminaison fatale a lieu le quatorzième jour. A l'autopsie, on trouve une *tumeur dans l'œsophage* et une perforation de ce conduit.

Dans les obs. IV, V et VI, les malades succombent à une époque plus éloignée, mais la cause est la même.

La septième observation est relative à un soldat qui meurt le huitième jour. La mort fut causée par un os arrêté au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, ayant perforé le canal alimentaire en deux points diamétralement opposés, et ayant déterminé l'inflammation des lobes pulmonaires.

La huitième observation, due à M. Flaubert (de Rouen), présente une remarquable analogie avec la deuxième de M. Demarquay. L'œsophagotomie fut faite pour extraire un os qui s'était arrêté dans l'œsophage depuis huit jours. Le malade succomba deux jours après l'opération, et déjà le canal alimentaire était percé en avant et en arrière, et une collection purulente s'était formée à sa partie postérieure.

D'après ces quelques observations, on voit que la suppuration se fait très rapidement autour du corps étranger, et qu'elle amène ordinairement la mort dès la fin du premier septénaire ou dans le courant du second.

Il est vrai qu'on trouve des observations où elle n'est arrivée qu'après plusieurs mois, et même plus d'une année; d'autres où les corps étrangers, après un laps de temps aussi considérable, ont pu sortir spontanément au dehors et amener ainsi la guérison; mais ces cas sont exceptionnels, et il nous semble résulter des observations que nous venons de rapporter, et surtout de celles de MM. Demarquay et Flaubert, que l'opération, lorsqu'on sera décidé à la tenter, ne devra pas être différée au delà du deuxième ou troisième jour. En effet, si la mort n'a lieu généralement que du sixième au quinzième jour, la suppuration la précède de plusieurs jours, et, dès l'instant où elle est formée, elle laisse peu de chances de succès.

C'est là un point important et que nous nous proposions surtout de faire ressortir. La mort des malades opérés, l'un par M. Demarquay et l'autre par M. Flaubert, ne nous paraît devoir être rapportée qu'à une temporisation trop prolongée.

Ce n'est pas seulement la perforation de l'œsophage et la formation d'abcès rétro-pharyngiens et œsophagiens qui doivent hâter le moment de l'opération : des hémorrhagies mortelles, déterminées par la lésion de gros vaisseaux, peuvent encore se produire très rapidement.

Ainsi, sur douze observations rapportées par Lavacherie, et où des lésions artérielles ont amené une terminaison fatale, nous voyons celle-ci arriver le sixième, le huitième, le neuvième jour, et deux fois le dixième.

Malgré ce que nous avons dit de la gravité de la perforation de l'œsophage et des abcès du médiastin, ces désordres ne constituent pas un obstacle absolu au succès de l'opération. En effet, Bégin pratiqua avec succès l'œsophagotomie chez un soldat douze jours après l'accident. L'os qui en avait été la cause s'était arrêté au niveau de la première pièce sternale, avait déjà en partie quitté l'œsophage en ulcérant la paroi antérieure de ce conduit, était graduellement descendu au-dessous de sa situation primitive, et avait développé autour de lui dans le médiastin un foyer purulent et gangréneux considérable. La cicatrisation de la plaie était achevée le trente-septième jour de l'opération. Lavacherie a publié une observation où les choses se sont passées à peu près de la même manière. Le corps étranger avait perforé l'œsophage en regard de la carotide primitive gauche, qu'il était sur le point de léser ; une inflammation vive s'était déclarée dans les parties molles et avait même déterminé la formation de lambeaux gangréneux. L'œsophagotomie n'en fut pas moins pratiquée avec succès huit jours après l'accident.

Mais chez l'enfant opéré par M. Demarquay, ces désordres étaient tels qu'on ne devait rien espérer de l'opération. Que pouvait l'art contre une vaste cavité purulente creusée derrière l'œsophage, s'ouvrant dans la plèvre et recevant les aliments par une ouverture de communication avec le canal alimentaire?

Quant aux difficultés de l'opération, il n'est pas douteux qu'elles soient grandes, et ce n'est jamais qu'une main exercée qui pourra les tenter. Néanmoins, dans celle que nous avons vu pratiquer, la veine jugulaire antérieure, la trachée-artère, les gros vaisseaux du cou, ont été facilement évités à l'aide de crochets mousses ; il en a été de même du nerf laryngé, et la ligature de quelques artérioles permit d'arriver sur l'œsophage sans que le malade perdît une quantité notable de sang.

Bien que les deux observations de M. Demarquay ne prouvent rien d'une manière absolue en faveur de l'œsophagotomie, nous avons pensé qu'elles présentaient quelque intérêt au point de vue de son opportunité. N'est-il pas probable, en effet, que, faite chez le premier malade à l'époque que nous avons indiquée, elle eût pu le sauver, et que l'insuccès dont elle a été suivie chez le second ne tient qu'à l'époque trop tardive où elle a été pratiquée?

Pour arriver à déterminer à quelle époque le chirurgien doit pratiquer l'œsophagotomie, M. Demarquay a institué une série d'expériences dans le but de fixer l'époque où un corps étranger introduit dans l'œsophage amenait la perforation de ce dernier ou des abcès rétro-œsophagiens. Pour étudier les phénomènes qui se passent chez les animaux auxquels des corps étrangers ont été introduits, il faut tenir compte : 1° du volume du corps étranger ; 2° de ses aspérités, car, toutes choses égales d'ailleurs, plus le corps étranger sera gros, plus ses aspérités seront grandes, plutôt les accidents inflammatoires et la perforation de l'œsophage auront lieu.

Or, sur des chiens auxquels ce chirurgien avait introduit, à l'aide de l'œsophagotomie, des fragments d'os assez volumineux qu'il fixait en un point de l'œsophage avec un fil maintenu au dehors, voici ce qu'il observa du quatrième au sixième jour : les aspérités osseuses sont déjà imprimées profondément dans la première partie du tube digestif ; de petits points gangréneux correspondent quelquefois à ces pressions ; mais ce qui a surtout attiré l'attention de cet observateur, c'est que, dans le tissu cellulaire périphérique à l'œsophage, on trouve une injection plus ou moins vive, quelquefois du pus sans même que l'œsophage soit perforé. La pression continue du corps étranger suffit pour amener ces désordres, ce qui se comprend parfaitement si on réfléchit à la vascularité du tube digestif dans ce point, à la laxité du tissu cellulaire périphérique, et surtout à la couche épidermique qui tapisse la surface interne de l'œsophage. Une circonstance à noter encore, c'est que, chez les animaux comme chez les hommes, des corps étrangers rugueux arrêtés dans l'œsophage déterminent de vives douleurs, empêchent l'alimentation, circonstances favorables à la production du pus. Si on tient compte des expériences de M. Demarquay dont nous venons de donner le résultat sommaire, et des faits signalés plus haut, on comprendra pourquoi nous proposons, avec le chirurgien de la Maison municipale de santé, de recourir de bonne heure à l'ouverture de l'œsophage, surtout quand le corps étranger est volumineux, qu'il détermine de vives douleurs et qu'il rend l'alimentation impossible ou difficile. Si on tarde au delà du cinquième ou sixième jour, on court le risque de tomber sur un abcès rétro-œsophagien, et nous avons vu, par les deux faits empruntés au service de M. Demarquay, toute la gravité de cette complication. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que cette opération vraiment délicate ne sera faite qu'après avoir fait avec prudence toutes les tentatives d'extraction commandées en pareille circonstance.

Dans les cas où le corps étranger passe de l'œsophage dans la plèvre, il se fait un travail analogue à celui qui a lieu lorsque les épanchements pleurétiques viennent s'ouvrir dans l'œsophage, comme M. Vigla en a cité plusieurs exemples dans son mémoire *sur les épanchements de la plèvre.*

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

ÉCRITURE DES AVEUGLES. — M. *Combes*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Serres et Andral, lit un rapport sur le *cécirègle*, appareil au moyen duquel les aveugles peuvent écrire en noir, présenté à l'Académie par M. *Duvignau*. — M. Duvignau, atteint de cécité à un âge encore peu avancé, a eu la bonne pensée et le courage de consacrer ses méditations à la recherche de moyens qui missent ses compagnons d'infortune à même de correspondre directement avec les voyants par l'écriture usuelle, sans être obligés de recourir à un secrétaire.

M. le rapporteur donne la description du nouvel appareil, et, après avoir indiqué la manière de s'en servir, il ajoute :

« Toute personne devenue aveugle peut parvenir, après quelque temps d'exercice, à écrire très vite au moyen de cet instrument. Le cécirègle peut aussi être appliqué à l'éducation des aveugles-nés pour leur enseigner, soit l'écriture cursive, soit l'écriture en lettres majuscules. Cette dernière est plus facile à apprendre, par suite de la forme plus accusée et de l'égale hauteur des lettres. Pour l'une et pour l'autre, on donne à l'élève la notion de la forme des lettres en les lui faisant toucher en relief (en lettres piquées, par exemple). On les lui fait ensuite tracer sur la paume de la main avec un crayon, et, quand il est parvenu à les reproduire exactement, on lui apprend à les tracer sur le papier avec le cécirègle. Des règles à crans et, pour le cas des lettres majuscules, une règle double donnent à l'aveugle le moyen de déterminer l'espacement et la hauteur des lettres, et lui facilitent le tracé des traits parallèles aux bords latéraux du papier.

» Les écritures, sous la dictée que M. Duvignau lui même a exécutées en notre présence, en aussi peu de temps qu'aurait pu le faire un voyant ; un fragment d'écriture en lettres majuscules par un aveugle de naissance, le jeune Wolf de Ehrenstein ; les attestations favorables de M. Ballu, aveugle lui-même et professeur à l'institution impériale des jeunes aveugles, et de M. Dufau, directeur honoraire de la même institution, ne nous laissent aucun doute sur la valeur du service rendu par M. Duvignau à ceux de nos semblables qui sont atteints de cécité accidentelle ou même dès leur naissance, et sur la supériorité de sa méthode comparée aux

instruments et moyens assez nombreux, qui ont été proposés antérieurement par divers auteurs, en vue du même résultat.

» Nous estimons, en conséquence, que le mémoire et le cécirègle de M. Duvignau sont dignes de l'approbation et des encouragements de l'Académie. »

Les conclusions du rapport sont adoptées.

« En terminant, ajoutent MM. les commissaires, nous appellerons sur le travail de M. Duvignau l'attention de la commission des prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon. »

Hygiène. — M. *E. de Tarade* fait connaître un moyen qu'il croit très propre à prévenir les accidents auxquels sont exposés les vignerons, surtout dans cette partie de leur travail qui consiste à retirer des cuves le marc de raisin. (*Renvoi à la commission du prix dit des arts insalubres.*)

— M. *Bertherand*, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, prie l'Académie de vouloir bien comprendre la bibliothèque de cette école dans le nombre des établissements auxquels elle fait don de ses *Comptes rendus*. (*Renvoi à la commission administrative.*)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### *Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Pougues (Nièvre), par M. le docteur *Roubaux*; de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur *Gay* (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Des rapports d'épidémies adressés par MM. les docteurs *Bolun* (de Dôle) et *Schlésinger* (de la Ferté-sur-Aube). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. La description et le modèle d'une nouvelle sonde uréthrale, par M. le docteur *Beck* (de Saint-Pétersbourg). (*Comm.:* M. Civiale.) — *b*. Une note de M. le docteur *Delaburre*, dentiste à Paris, sur les avantages du charbon de seigle pulvérisé comme dentifrice. — *c*. Un mémoire intitulé : *Des divers effets curatifs de l'alcoolé de Guaco, spécialement employé dans le pansement des plaies*, par M. *Noël Pascal* (des Basses-Alpes). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. Une note de M. le docteur *Auphan*, médecin-inspecteur des eaux d'Euzet, relative à la question de la pénétration de l'eau pulvérisée dans les bronches. Au lieu d'examiner si l'eau pulvérisée pénètre ou ne pénètre pas dans les bronches, l'auteur a pensé qu'il serait bon de s'assurer *s'il est facile de retrouver dans les bronches un liquide quelconque qui y aurait été introduit mécaniquement*. Deux expériences ont été instituées dans ce but. Elles ont consisté à injecter dans l'appareil respiratoire de deux lapins, par une ponction pratiquée à la trachée-artère, une solution concentrée d'iodure de potassium. Le premier lapin, ayant été sacrifié dix minutes après l'expérience, aucune trace d'iodure de potassium n'a pu être décelée ni sur la membrane de la trachée et des bronches, ni dans le tissu propre du poumon. La solution acide d'amidon cuit n'a déterminé qu'une coloration bleue *peu sensible* chez le second lapin, sacrifié immédiatement après l'opération.

« Ces expériences, dit M. Auphan, ne prouvent rien pour ou contre la pénétration de la poussière liquide dans l'appareil pulmonaire; mais elles démontrent clairement que, si l'eau pulvérisée pénètre dans les bronches, il est très difficile d'en constater la présence par des réactions, tant est rapide l'absorption qui se fait par les poumons. » (*Commission des eaux minérales.*)

### *Lectures.*

Hygiène et climatologie médicale. — M. *Barth*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Louis* et *Regnault*, lit des *Instructions devant servir de guide pour l'étude d'une localité, au point de vue de son influence sur les affections chroniques de la poitrine*. Ces instructions ont été demandées par M. le ministre d'État pour être transmises à M. *Prosper de Pietra Santa*, que le gouvernement doit charger d'une mission ayant pour objet d'étudier les séjours de Pau, d'Hyères, de Cannes, de Menton et de Nice, au point de vue de l'influence de ces localités sur la phthisie pulmonaire.

M. Barth pense que le médecin voyageur, après avoir étudié les dispositions géologiques, les conditions météorologiques, la flore et la faune des localités qu'il a mission de parcourir, devra porter plus particulièrement son attention « sur les observations pathologiques capables de déterminer l'état sanitaire du pays, et signaler successivement l'existence ou l'absence de maladies endémiques, la fréquence ou la rareté des maladies épidémiques, la nature et la gravité de celles qui s'y montrent le plus souvent, les affections sporadiques habituelles ou prédominantes, et notamment la rareté des scrofules et de la phthisie pulmonaire. Il serait éminemment utile de pouvoir compléter ces documents par une approximation de la durée moyenne de la vie, par des relevés statistiques sur les causes de décès, et principalement sur la part proportionnelle des affections chroniques de la poitrine dans la mortalité générale.

» Les inductions tirées de ces documents auront une valeur d'autant plus grande que l'auteur pourra les étayer d'un nombre plus considérable d'observations de phthisies pulmonaires guéries ou notablement amendées. »

Ces instructions sont mises aux voix et adoptées.

Hygiène et médecine légale. — M. le docteur *Vernois*, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit quelques extraits d'un mémoire ayant pour titre : *De la main industrielle et artistique, ou des maladies et des modifications que subissent obligatoirement la main surtout et d'autres points de la surface du corps pendant l'exercice des diverses industries et professions*, travail rédigé au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale, avec un atlas de planches.

Ce mémoire, d'une grande étendue, se divise en trois parties : dans la première, après les prolégomènes, l'auteur donne l'histoire analytique très détaillée de 144 industries ou professions dont les stigmates sont plus ou moins appréciables sur la main ou les autres points du corps. Sous les deux titres *signes* et *causes*, il offre les circonstances qui doivent attirer surtout l'attention des médecins. C'est à cette partie que sont joints les dessins ou les peintures des cas les plus dignes de remarque.

La deuxième division comprend l'histoire générale des lésions ou modifications observées dans ces 144 cas. M. Vernois a suivi, pour les exposer, l'ordre anatomo-physiologique. *Il décrit donc* successivement les altérations observées à l'épiderme, au derme, aux ongles, aux poils, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les vaisseaux, dans les ligaments, les tendons, *les muscles*, les articulations des os. Il s'occupe spécialement des modifications de couleur, d'odeur, de calorification, d'interpositions de poussières et des lésions de la sensibilité. Pour faciliter cette étude, M. Vernois a donné des tableaux indiquant par nature de professions le siége des lésions de l'épiderme et du derme; la liste des bourses séreuses, et celle des corps étrangers qui, sous forme de poussières, peuvent être ressenties à la surface de la peau, sous les ongles, dans les cheveux et les vêtements de l'ouvrier.

La troisième partie est consacrée à l'interprétation et à la détermination de la valeur des signes relatés : c'est un chapitre de médecine légale destiné à éclairer toutes les questions d'identité. Il se termine par les conclusions suivantes : « Il suit de ces réflexions que *les caractères pathognomoniques* des lésions causées par l'exercice des diverses industries et professions *appartiennent* :

» 1° A la constatation bien nette d'altérations isolées et toujours localisées, dans un point connu d'avance, de l'épiderme ou du derme (callosités, durillons);

» 2° A l'usure, à l'élongation spécialisée ou à la coloration accidentelle ou permanente d'un, de plusieurs ou de tous les ongles de la main;

» 3° A certaines colorations ou à certaines odeurs de la main, des pieds ou de tout le corps;

» 4° A la présence d'une bourse séreuse accidentelle (d'origine industrielle);

» 5° Enfin à la constatation chimique ou physique de certaines poussières organiques ou inorganiques reconnues par une analyse rigoureuse, et extraites des substances recueillies, soit directement, soit par lavage, dans les plis de la peau des mains ou des pieds, sous les ongles, dans les cheveux, la barbe, ou à la surface des vêtements.

» Tous les autres signes, considérés *seuls*, n'indiquent rien d'absolument positif; mais, mis deux à deux ou en plus grand nombre, ils s'élèvent souvent à la puissance d'un caractère de premier ordre. »

M. Vernois n'a pas eu l'intention de faire un traité sur l'identité, mais, en réunissant tous les faits relatifs aux modifications que l'industrie imprime à la main surtout, en constituer une espèce de monographie, et tirer de cette étude les considérations applicables aux progrès de l'hygiène publique et à l'éclaircissement de quelques questions de médecine légale.

La nomination de la commission chargée de l'examen de ce travail est ajournée à la prochaine séance.

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de la commission du prix des eaux minérales.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

### SÉANCE DU 2 AOUT 1861.

#### NATURE DE L'ALBUMINURIE.

*De la nature névrotique de l'albuminurie; preuves à l'appui de cette doctrine, puisées à la source de l'albumimétrie, de l'urimométrie, de la physiologie, de la pathologie*, par M. le docteur HAMON (de la Sarthe), compte rendu par M. RIGAUD.

Le titre de ce mémoire indique le but que s'est proposé l'auteur: prouver que l'albuminurie est une névrose. Notre confrère s'est trouvé dans des conditions favorables et exceptionnelles pour étudier cette affection : dans l'espace de quatre années, 37 sujets atteints d'albuminurie, soit aiguë, soit chronique, se sont présentés à son observation. Son travail commence par la description minutieuse et détaillée des moyens d'arriver à l'analyse qualitative de l'albumine urinaire. Cette exploration n'a d'autre but que de découvrir l'albumine; puis, il s'occupe de l'analyse quantitative de l'albumine, c'est-à-dire de l'albuminométrie. Ce mode d'exploration est effectué de deux façons : il compare entre eux le volume des dépôts albumineux; c'est ce qu'il désigne sous le nom d'analyse volumétrique; il détermine le poids de ces mêmes produits, c'est l'analyse pondérimétrique. Pour l'analyse volumétrique, l'auteur a construit un petit instrument au moyen duquel il obtient exactement le volume de l'albumine; il donne à cet instrument le nom d'albuminomètre. Pour le pesage, il se sert de petites balances dites trébuchet.

Cela dit, M. Hamon passe à l'étude des causes qui régissent l'albuminogénésie : il a eu le bonheur de rencontrer un sujet, une femme de vingt-six ans, qui a servi à ses recherches d'une manière toute spéciale, et qui lui a fourni sur la matière les documents les plus précieux. Les expériences entreprises avec les urines de cette malade sont fort nombreuses; l'auteur les a multipliées, variées à l'infini, sans jamais noter la moindre contradiction dans les résultats.

Notre confrère étudie l'influence de l'action musculaire sur les proportions de l'albumine excrétée par la voie des urines, et, après une série d'expériences, il arrive à cette conclusion : l'accomplissement des fonctions de relation, c'est-à-dire la musculation volontaire, exerce l'influence la plus marquée sur l'excrétion de l'albumine urinaire dont il augmente la proportion en raison de la source de la vitalité dépensée. Or, la musculation s'effectue sous l'influence de l'influx cérébro-spinal; donc, c'est le système nerveux encéphalo-rachidien qui préside à l'albuminogénèse. Il passe ensuite à l'examen de l'influence qu'exerce sur l'albuminogénèse l'accomplissement des fonctions digestives. Ici, il a grand soin de tenir compte de l'aliment ingéré, du règne auquel il appartient, de la proportion des substances consommées, de l'apprêt culinaire, des conditions digestives du moment, des aptitudes individuelles, et, des expériences faites à ce sujet, il résulte : que l'influence albuminogénique commence à se manifester presque aussitôt après l'ingestion des aliments; que cette influence se fait sentir durant le cours de la digestion gastrique; qu'elle se produit d'une façon plus marquée pendant le travail de la chylification, alors qu'une plus grande proportion de la masse intestinale entre en action.

La quantité d'albumine est moindre après un repas peu copieux qu'après un repas abondant. Pour le mode de préparation, deux œufs à la mouillette ingérés avec un peu de pain offrent moins d'albumine à l'inspection des urines que deux œufs cuits durs. Certaines substances végétales sont donées d'une très faible puissance albuminurique : les légumes herbacés, les épinards, etc. D'autres, au contraire, sont douées de vertus albuminipares, comme les pommes de terre, la salade, les pois secs. M. Hamon attribue les effets albuminogéniques au mouvement des muscles spéciaux dont le système gastro-intestinal est pourvu, et dont la contraction a pour but de déterminer la progression des diverses substances qui s'y accumulent. C'est encore là un acte cérébro-rachidien. Examinant l'influence de la médication purgative au point de vue albuminurique, ses expériences lui prouvent que cette médication agit dans le même sens que l'alimentation. Quant à la médication perturbatrice, examinée au même point de vue, sur neuf expériences, il a vu cinq cas dans lesquels la proportion d'albumine a été augmentée; les phénomènes de vomissement ne s'accomplissent que sous l'influence du système cérébro-spinal. Enfin les accidents dyspnéiques ont aussi une grande influence sur les effets albuminogéniques. Des expériences de notre confrère, il résulte que l'élévation du principe albumineux coïncide constamment avec les accès de dyspnée; or, les fonctions respiratoires s'accomplissent sous l'influence des nerfs pneumogastriques, diaphragmatiques, intercostaux, tous de provenance cérébrale ou rachidienne. Donc, ici encore, c'est le système nerveux encéphalo-rachidien qui régit l'albuminogénie, etc.

Dans un chapitre tout spécial, l'auteur se livre à l'examen de la densité des urines (*urinométrie*), et, pour cela, il a inventé un instrument qu'il appelle *urinomètre*. Des expériences faites avec cet instrument, il résulte que la densité des urines albumineuses diminue dans l'albuminurie chronique, tandis que dans l'albuminurie aiguë elle est susceptible d'atteindre un chiffre assez élevé.

Ici s'arrêtent les données expérimentales dont je n'ai fait que donner un simple résumé.

Dans une autre partie de son mémoire, M. Hamon cherche la véritable nature de l'albuminurie. Deux camps sont en présence, l'un qui veut que l'albuminurie soit une néphrite albumineuse, l'autre qui affirme que l'albuminurie est une maladie générale. Notre confrère prétend que ce n'est point une maladie primitive des reins, se fondant sur ce que l'on a trouvé des reins d'albuminuriques indemnes de toute lésion; il ajoute que, si l'albuminurie était une néphrite, on ne trouverait pas constamment les deux organes simultanément affectés; qu'on aurait quelquefois constaté le ramollissement du rein au premier degré de la maladie, et sa suppuration au deuxième, ce qui, dit-il, n'a jamais été noté; que, si l'excrétion albumineuse était sous la dépendance directe, immédiate, de la lésion rénale, sa proportion devrait se trouver en rapport avec la quantité d'urine excrétée; que ce n'est point par une lésion rénale que l'on peut expliquer ces albuminuries qui se produisent sous l'influence d'un ébranlement violent du système nerveux central; que M. Cl. Bernard a piqué le plancher du quatrième ventricule, et qu'il a produit, suivant le lieu atteint, ici le diabète, là l'albuminurie; que M. Bouchut a fait voir que la suspension pouvait avoir pour effet immédiat de rendre les urines albumineuses, etc. Ces conditions sont plus que suffisantes pour notre confrère pour démontrer que l'albuminurie n'est pas une maladie primitive des reins.

Il recherche ensuite l'intime essence du mal; et, après avoir établi cette distinction, qu'il peut y avoir albuminurie sans qu'il existe d'albuminurie, et qu'il peut aussi y avoir albuminurie sans qu'il soit toujours possible de constater la présence de l'albumine dans les urines, l'auteur parcourt le champ de la pathogénie de l'albuminurie. En première ligne, il met l'alcoolisme, la réfrigération, la gestation qui se complique de pica, de malaises, d'éclampsie, et d'une foule d'affections dépendantes des centres céphalo-rachidiens; puis, faisant une excursion dans le champ symptomatique de l'albuminurie, il énonce les accidents nerveux qui lui forment un imposant cortége : convulsions, coma, délire nerveux, asthme, fièvres d'accès, etc., etc.

Comme dernier trait, il fait un parallèle entre l'albuminurie et le diabète, qui n'est lui-même qu'une nécrose.

De ses expériences, de ses recherches, dont j'ai cherché à don-

ner une courte analyse, notre confrère pose les conclusions suivantes :

L'albuminurie n'est pas une maladie primitive des reins. Le phénomène albuminurrhée est un acte cérébro-rachidien. L'affection dite albuminurie est une névrose qui sera bien dénommée *névrose albuminurrhéique*.

Je me garderai bien de discuter et encore moins de critiquer les assertions, les propositions contenues dans ce mémoire; mais je ne craindrai pas de dire qu'avant d'adopter des conclusions aussi absolues que celles du mémoire de M. Hamon, il faut répéter, contrôler ses expériences sur un grand nombre de sujets différents d'âge, de sexe, de conditions; que de nouvelles analyses des urines doivent être faites avec soin; que des autopsies doivent avoir lieu ; qu'enfin, dans cette question encore obscure, il faut la sanction du temps et d'une attentive observation.

Remercîments à M. Hamon pour l'envoi de sa brochure, avec prière de tenir la Société au courant des travaux qu'il fera ultérieurement.

---

Vu la fête de la Toussaint, la séance de la Société de médecine n'aura lieu que le 15 novembre.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCES DES 16 ET 23 OCTOBRE 1861.

DÉPLACEMENT DU LIGAMENT TRIANGULAIRE DE L'ARTICULATION RADIO-CUBITALE INFÉRIEURE. — ANÉVRYSME POPLITÉ. — DÉTERMINATION DU SIÉGE DES OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES PAR L'ÉTUDE DE LA TEMPÉRATURE DES MEMBRES.

M. Goyrand (d'Aix) a donné lecture d'un mémoire relatif à une affection traumatique très commune chez les jeunes enfants, et qui consiste, à son avis, dans un déplacement du fibro-cartilage de l'articulation radio-cubitale inférieure. Ce mémoire est la réfutation d'un travail plus ancien, car les symptômes que l'auteur explique aujourd'hui par le déplacement du cartilage triangulaire, il les a attribués autrefois à une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant. La maladie a passé du coude au poignet. En voici, du reste, le tableau en raccourci : Une traction un peu forte est exercée sur la main d'un enfant, tenue en pronation, pour le relever quand il est tombé, ou pour prévenir une chute, pour l'aider à franchir un ruisseau ou à monter un escalier. Le membre qui a été tiraillé devient aussitôt le siége d'une douleur vive. L'enfant se refuse obstinément à lui faire exécuter le moindre mouvement. L'épaule elle-même est immobile, au point qu'on l'a crue parfois le siége de la douleur. La main demeure fixée dans la pronation. La production d'un craquement au moment de l'accident n'a rien de constant; ce qui ne manque jamais, c'est le redoublement de la douleur et des cris dès qu'on essaye de porter la main dans la supination. Si l'on force la résistance de façon à faire exécuter à la main un mouvement complet de supination, et si, pendant ce mouvement, on explore attentivement le côté cubital du poignet, les doigts perçoivent à ce niveau un craquement brusque, et immédiatement après la main et l'avant-bras obéissent à la volonté du petit malade, car la réduction est faite, et, comme le déplacement était peu considérable et les lésions concomitantes à peu près nulles, tout dès lors rentre dans l'ordre. Le déplacement n'ayant pas de tendance à se reproduire, un appareil contentif est inutile. Le repos, la position élevée du membre et quelques résolutifs, suffisent pour assurer complétement et constamment la guérison. La facilité avec laquelle la réduction s'opère fait qu'elle se produit parfois spontanément, grâce à un mouvement de supination exécuté automatiquement pendant le sommeil, ce qui explique comment beaucoup d'enfants qui n'ont été soumis à aucun traitement ont guéri néanmoins au bout de quelques jours. Cependant, si la réduction spontanée ou chirurgicale se fait trop attendre, il survient, trente-six ou quarante-huit heures après l'accident, un peu de gonflement autour du poignet. Ce gonflement indique clairement que c'est bien le poignet qui est le siége de la lésion, si légère qu'elle soit. Cette lésion n'est pas une entorse, puisqu'une supination forcée la fait disparaître, et d'ailleurs, s'il s'agissait d'une entorse, tous les mouvements seraient douloureux, et celui de supination ne serait pas plus impossible que les autres. M. Fongeux (d'Étampes) avait cherché à expliquer les symptômes rappelés plus haut par une fracture, ou plutôt par un décollement de l'épiphyse inférieure du radius, épiphyse qui aurait ensuite subi un déplacement par rotation. M. Goyrand fait observer que cette interprétation ne s'accorde pas avec l'innocuité constante de la maladie ni avec sa disparition instantanée après la réduction. L'interprétation qu'a donnée M. Goyrand n'a pas encore pour base l'observation anatomique, elle n'est encore qu'une hypothèse que l'examen des faits cliniques rend, à son avis, très admissible, et à laquelle il s'est efforcé de donner l'appui de l'expérimentation. L'auteur a cherché, en effet, à produire sur le cadavre le déplacement qu'il invoque, et qui consisterait dans l'issue légère du cartilage triangulaire du côté de la face antérieure du poignet : il l'a produit; mais il convient que ce déplacement ne persiste pas, à moins que la main ne soit maintenue en haut et en pronation forcée.

M. Velpeau est convaincu que les faits nouveaux de M. Goyrand ont été bien observés; il ne veut pas combattre l'interprétation qu'il en donne; mais il ne croit pas que ces faits puissent annihiler les faits anciens, parce qu'il lui paraît difficile qu'on ait pu prendre une maladie du poignet pour une maladie du coude.

M. Marjolin s'est fait aussi le défenseur des anciennes idées de M. Goyrand. Les luxations incomplètes de l'extrémité supérieure du radius en avant lui paraissent incontestables. Le déplacement est aussi très léger, la réduction des plus faciles et les suites des plus simples : ce sont là autant de caractères communs à l'ancienne et à la nouvelle lésion invoquées par M. Goyrand. Toutefois, ce qui peut tromper sur le véritable siége du déplacement, c'est que la sensation de craquement perçue au poignet peut très bien n'y arriver que par transmission et le craquement se produire réellement au coude.

M. *Verneuil* rappelle que M. Chassaignac a publié il y a six ans, dans les *Archives*, un mémoire sur la maladie en question; qu'il a décrit exactement les mêmes symptômes que M. Goyrand, mais qu'il a cherché vainement une lésion, un déplacement quelconque au coude, au poignet ou à l'épaule. M. Chassaignac conclut à l'absence de toute maladie articulaire, et la cause des accidents réside, selon lui, dans un état particulier du nerf radial, dans une sorte de torpeur douloureuse probablement due à un tiraillement de ce nerf.

M. Verneuil est d'autant plus disposé à adopter l'avis de M. Chassaignac qu'il se rappelle que, dans plusieurs cas, la supination n'était pas plus impossible que la pronation. Il a observé un fait encore plus concluant, puisque l'avant-bras, ayant été fixé aussitôt après l'accident dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, le petit malade se trouva guéri quand, au bout de quelques jours, on enleva l'appareil.

M. *Giraldès* fonde ses doutes sur l'anatomie du ligament triangulaire, qui ne peut se déplacer sans de graves déchirures, avec lesquelles l'affection dont il s'agit ne serait pas aussi simple qu'elle l'est habituellement.

M. *Goyrand* croit que toute hypothèse autre qu'un déplacement est inconciliable avec la guérison instantanée qu'il a maintes fois observée. Quant au siége de ce déplacement, la meilleure preuve qu'il est au poignet, c'est le gonflement qui y survient quelque temps après l'accident; c'est aussi la sensation de craquement perçue par les doigts placés au côté cubital du poignet pendant qu'on opère la supination. Cette sensation, on la percevra d'autant plus nettement à l'avenir qu'on sera averti. Aussi M. Goyrand en appelle-t-il aux observations ultérieures pour vérifier celles qu'il a faites si souvent lui-même et qui l'ont profondément convaincu.

Dans la séance suivante, des observations nouvelles ont été apportées par MM. Marjolin, Deguise et Chassaignac. Dans les trois cas, le poignet a été trouvé intact, et le mouvement de supination n'a rien produit.

— M. *Morel-Lavallée* a communiqué, au nom de M. Closmadeuc, l'observation d'un anévrysme poplité remarquable par ses dimensions extraordinaires et par l'état du fémur sur lequel il reposait. Cet os présentait, en effet, au niveau de la tumeur anévrysmale, deux exostoses qui ressemblaient à deux ramures parallèles du bois d'un cerf. Ces sortes d'apophyses pénétraient dans l'intérieur du sac. On ne peut savoir au juste, ainsi que l'aurait désiré M. Verneuil, quel rôle ces longues dents osseuses ont joué ou dans la production ou dans l'augmentation de volume de la tumeur : M. Morel-Lavallée a dit seulement que l'anévrysme avait déjà le volume des deux poings quand on a senti les deux pointes osseuses émanant du fémur.

— M *Broca*, dans un nouveau cas de gangrène spontanée qui s'est offert à son observation, a répété les expériences thermométriques qu'il avait déjà faites dans un cas analogue. Les résultats ont été les mêmes. L'oblitération artérielle siégeait, dans cette nouvelle observation, à la partie moyenne de l'artère fémorale. Au pli de l'aine du côté malade, la température était la même que du côté sain ; à la partie interne et moyenne de la cuisse, la température du côté de l'oblitération dépassait de deux degrés celle du côté opposé. A la jambe il y avait un abaissement notable du côté de la gangrène. Ainsi c'était au niveau de l'oblitération que la peau était le plus chaude, ce qui tient sans doute, de l'avis de M. Broca, à la dilatation des capillaires de la peau, par lesquels une circulation supplémentaire tend à s'établir. On a donc là un moyen de reconnaître le siége précis d'une oblitération, et ce moyen est plus sûr que l'exploration des battements de l'artère à l'aide des doigts. Dans ce cas, par exemple, quoiqu'il n'y eût pas de battements appréciables au pli de l'aine, la fémorale n'était pas oblitérée dans ce point; l'aorte elle-même était libre dans tout son trajet. L'élévation de température de la peau n'est pas due à l'existence d'une artérite, car s'il y avait une artérite, ce serait le long de l'artère enflammée qu'on constaterait la température maximum. Au contraire, quand M. Broca plaçait la boule du thermomètre sur l'artère elle-même, il notait une élévation de température moindre qu'en plaçant cette boule dans le voisinage.

M. *Giraldès* exprime le regret que M. Broca n'ait pas mis en usage pour ses expériences un appareil thermo-électrique qui lui eût donné des résultats plus rigoureusement exacts.

M. *Broca* a employé le thermomètre à boule, après avoir consulté les hommes les plus compétents dans les expériences de ce genre. MM. Béclard et Foucault l'ont tous les deux détourné de l'emploi de l'appareil thermo-électrique, auquel ils ont renoncé pour eux-mêmes. D'ailleurs, le thermomètre à boule permet d'arriver à une approximation d'un dixième de degré, approximation suffisante en physiologie.

D^r P. Chatillon.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**De la résection des articulations du membre inférieur,** rapport de M. Schuermans sur une thèse inaugurale de M. Oscar Ansiaux.

Ce rapport a été lu à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (séance du 2 septembre). Il nous a paru opportun de publier une partie de ce rapport au moment où l'Académie peut être appelée à discuter le récent rapport de M. Gosselin sur le travail de notre collaborateur, M. Le Fort.

Obs. — Pour le sujet qui nous occupe, dit M. Schuermans, il est important de savoir quel a été le point primitivement affecté, et nous distinguerons, avec M. Érichsen, les trois cas suivants :

*A*. Le siége primitif de la coxalgie peut être dans les parties molles de l'articulation. On a affaire alors à cette variété de la maladie désignée par quelques auteurs sous le nom de coxalgie arthritique.

L'ankylose survient souvent, mais ordinairement sans suppuration. Qu'elle soit complète ou incomplète, le malade peut se servir utilement de son membre ; la résection n'est pas applicable à cette forme de l'affection. La lésion qui a débuté par les parties molles peut cependant gagner les os comme dans toute tumeur blanche ; ce cas rentre alors dans la troisième variété.

*B*. L'altération débute par la cavité cotyloïde et les os du bassin. L'articulation n'est atteinte que secondairement, la suppuration survient d'une manière presque constante, l'ankylose jamais. La maladie a le plus souvent une issue fatale. Les os pelviens sont ordinairement malades dans une étendue considérable ; ils s'amincissent, se résorbent, et la tête fémorale peut pénétrer dans la cavité du bassin. Le fémur participe aussi à l'affection. La résection serait impuissante à enlever tout le mal, elle n'est donc pas praticable.

*C*. La tête fémorale est le point de départ de la lésion. L'articulation est atteinte consécutivement, la suppuration arrive fréquemment, d'habitude un temps assez long après le début de la maladie. La tête du fémur peut sortir de sa cavité, se luxer sur les os du bassin ; ceux-ci restent quelquefois intacts, mais à la longue ils s'altèrent souvent à un degré variable. Lorsque l'affection marche vers une terminaison heureuse, les abcès diminuent, des parcelles osseuses sont éliminées, et l'ankylose s'établit enfin.

Mais d'autres fois la carie des os s'étend de plus en plus, l'abondance de la suppuration épuise le malade, la fièvre hectique et tout son cortége de symptômes se montrent, et le patient est voué fatalement à la mort si l'art n'intervient activement. C'est ici que la résection de l'articulation trouve son indication, et qu'elle a obtenu le plus de succès. Comme nous l'avons dit plus haut, la coxalgie peut débuter par les parties molles, et s'étendre ensuite aux os ; les lésions deviennent identiques avec celles que nous venons d'examiner, et la résection est parfaitement applicable.

D'autres fois, l'altération est confinée à la synoviale et aux cartilages de l'articulation, les os n'ayant que peu souffert. Cependant les symptômes finissent par acquérir une haute gravité ; l'excision sera, dans ce cas, encore employée avec beaucoup d'avantage.

L'auteur n'a pas cherché à présenter un tableau des signes qui peuvent différencier ces cas. C'est une lacune que nous avons déjà signalée dans ses généralités. Le diagnostic différentiel des états qui réclament ou rejettent la résection, aurait jeté plus d'intérêt sur la question, l'aurait complétée, et aurait rendu son travail plus utile. Quoi qu'il en soit, la résection convient admirablement dans la coxalgie, et l'emporte d'une manière éclatante sur la désarticulation, formidable opération qui laisse une plaie énorme, et dont le résultat est presque toujours la mort. Aussi les lésions traumatiques réclament presque exclusivement la résection ; c'est, je pense, M. Seutin qui, le premier, pratiqua cette opération, véritable conquête chirurgicale. Pendant la guerre de Crimée, le succès fut la grande exception ; néanmoins, elle réussit ; on ne peut en dire autant de la désarticulation.

Nous avons encore un regret à exprimer, c'est celui de n'y avoir point trouvé les raisons pour lesquelles la mortalité des amputations et des résections est moindre dans les hôpitaux de l'Angleterre que dans ceux du continent. On ne pense pas qu'elle possède des opérateurs plus habiles que ceux de la France ou de la Belgique. La cause de leurs succès ne réside pas dans leur dextérité, ni peut-être dans leur mode de pansements, mais dans l'extrême soin qu'ils prennent à ne pas laisser imprégner l'air des salles des moindres effluves des émanations nuisibles. La ventilation y est si bien faite que l'odorat le plus fin ne saurait y percevoir aucune odeur.

Voilà ce que j'ai entendu dire par un professeur qui a visité les hôpitaux de Londres. Les pansements s'y font presque exclusivement à l'eau froide. Chaque blessé a un baquet plein d'eau, qu'on renouvelle souvent, et dans lequel lui-même, s'il est assez fort, ou un infirmier, plonge à chaque instant une compresse qu'il applique ensuite sur la plaie, qui se trouve ainsi nettoyée constamment ; le pus ne saurait séjourner à sa surface, s'y corrompre, s'exhaler dans l'atmosphère ou empoisonner le patient en passant dans les veines. Les Anglais ne craignent guère le contact de l'air avec la surface des plaies ou ulcères. Ils diffèrent en cela d'un grand nombre de chirurgiens du continent, qui le regardent comme très dangereux et même comme mortel. Aussi que de soins ne prennent-ils pas pour empêcher ce funeste contact : appareils compliqués, bandages épais, lourds, plus ou moins serrés, pansements rares. La plaie, si elle ne se trouve pas entourée d'air, baigne dans un pus sanieux, putride, et personne ne contestera que le second ne soit bien plus

délétère que le premier, et, chose plus pernicieuse, l'atmosphère des hôpitaux se corrompant à cause de ces foyers de suppuration, ne tarde pas à être imprégnée d'émanations purulentes qui déterminent la fièvre de résorption, le typhus ou fièvre nosocomiale, l'érysipèle phlegmoneux et la fièvre puerpérale. (Extrait du *Journal de médecine de Bruxelles*, octobre 1861.)

**Du goître aigu dans la garnison de Briançon pendant l'année 1860,** par M. E. Collin, médecin-major de 1re classe.

Le 87e de ligne était arrivé à Briançon le 22 octobre 1859. Pendant l'année 1860, il représenta la garnison de cette place, et y offrit en moyenne un effectif de 1062 hommes jusqu'en mai, et de 877 dans les mois suivants. Pendant l'année, ce régiment envoya à l'infirmerie 55 goîtreux, 7 dans le premier et 48 dans le deuxième semestre. Sur ces 55 malades, il y avait 53 cas aigus et contractés à Briançon. Ce sont les seuls sur lesquels porte le travail de M. Collin.

L'invasion du goître a toujours eu lieu, excepté dans cinq cas, après six mois de séjour à Briançon, et elle a surtout été fréquente du septième au onzième mois de ce séjour. Les cinq mois fertiles en génération de goîtreux ont été mai, juin, juillet, août et septembre, c'est-à-dire les mois de beau temps; la saison des courses dans les montagnes, l'époque des exercices, des grandes manœuvres et des fatigues qui précèdent ou accompagnent l'inspection générale des corps.

M. Collin a déjà plusieurs fois appelé l'attention sur la rapidité avec laquelle le goître aigu peut se développer à Briançon. Chez certains sujets très prédisposés, huit jours suffisent à sa formation.

Sur 53 goîtres, on en comptait 8 médians, 2 unilatéraux, 27 bilatéraux et 16 trilobés. Des 27 goîtres bilatéraux, 20 prédominaient à droite, et parmi les 16 goîtres trilobés, 10 étaient également plus saillants à droite.

Presque tous ces goîtres étaient mous et souples, et n'annonçaient qu'une simple congestion ou qu'un premier degré d'hypertrophie. 3 ou 4 seulement, étaient plus denses, plus durs, et 3 autres renfermaient un kyste sphérique gros comme le bout du petit doigt. Il n'y a jamais eu de douleur locale, ni le moindre symptôme d'inflammation. La plupart des malades accusaient seulement, par suite de l'augmentation de volume du cou, la difficulté ou même l'impossibilité d'agrafer leur faux-col ou leur capote, et la gêne qu'ils éprouvaient dans leurs divers exercices. Quelques-uns, porteurs de goîtres bilatéraux ou trilobés des plus volumineux, se plaignaient d'une gêne constante de la respiration et d'essoufflement dans la marche. Chez deux ou trois de ces hommes, le cœur battait fortement, comme s'il était atteint d'un commencement d'hypertrophie.

Le goître aigu des soldats, alors même qu'il est peu volumineux, ne cède pas facilement au traitement spécifique. Sa marche est toujours lente et sa durée très longue. Souvent il reste stationnaire; parfois même il prend, dans les salles, et malgré toutes les médications, un plus grand développement. Sur les 53 cas, 37 ont offert, après trente à quarante jours de traitement, une diminution assez grande pour que les malades pussent sortir de l'hôpital; mais la guérison n'a été radicale chez aucun d'eux. Seulement, comme le mouvement de retrait du corps thyroïde, une fois commencé, se continue ordinairement après la cessation du traitement, lorsque ce retrait est bien prononcé, qu'il atteint, par exemple, 10 à 12 millimètres, on n'a plus, en général, à se préoccuper des suites de l'affection. 17 goîtres (9 trilobés, 4 médians et 4 bilatéraux) se sont montrés rebelles, c'est-à-dire qu'après plus de quarante jours de traitement, ils ne présentaient qu'une diminution insignifiante, ou restaient stationnaires ou même étaient plus volumineux qu'à l'entrée.

Chez un soldat mort de scarlatine ataxique, M. Collin a pu étudier les caractères anatomiques d'un goître aigu bilatéral et peu accentué à l'extérieur. Il paraissait simple à la palpation; on n'y distinguait aucune dureté, et l'on aurait pu le croire formé par une simple hypérémie du corps thyroïde. Cet organe était cependant le siége d'altérations beaucoup plus profondes. Il se prolongeait en s'aplatissant, principalement du côté droit, sous les racines du sterno-mastoïdien, et était en partie décoloré, grisâtre, dur à la coupe; il y avait hypertrophie de ses éléments fibreux, et il renfermait deux kystes un peu plus gros qu'un pois, et remplis d'un liquide onctueux, jaune brunâtre. De pareilles altérations sont peut-être un fait exceptionnel dans un goître aigu si peu accentué, mais il importe de ne pas oublier qu'elles sont possibles.

Comme causes prédisposantes du goître aigu, M. Collin signale la jeunesse, le noviciat militaire, la prédominance d'action du cœur, l'origine d'un pays à goître ou d'une contrée maritime. Il place les causes déterminantes dans l'altitude des lieux, dans le trouble par la diminution de pression atmosphérique porté dans les fonctions respiratoires et circulatoires, dans la répétition incessante du mécanisme de l'effort qu'imposent les accidents du sol De là une tendance constante aux congestions du corps thyroïde, principalement chez le militaire que gêne son uniforme principalement dans la région du cou.

Le traitement n'a offert rien de particulier. M. Collin a prescrit, comme toujours : régime substantiel, tisane amère, frictions avec la pommade iodurée simple ou iodée, potions d'iodure de potassium dissous dans l'eau, ordinairement à 5 décigrammes, par exception, et vers la fin du traitement, à 1 gramme. Pour certains malades lymphatiques, il a adopté de préférence l'iodure de fer à la dose de 4 décigrammes.

M. Collin s'est surtout préoccupé des moyens préventifs du goître accidentel des soldats.

Les soldats de la garnison de Briançon reçoivent un supplément de solde qui leur permet d'avoir tous les jours une ration supplémentaire de vin. Cette allocation, utile au bien-être des hommes, est radicalement impuissante comme moyen préventif du goître. L'usage du sel ioduré serait probablement beaucoup plus efficace, et M. Collin voudrait que l'on adoptât cette mesure, qui est d'une exécution facile et peu dispendieuse, au moins à *titre d'essai*. Il attache toutefois une plus grande importance au *renouvellement* annuel de la garnison de Briançon.

Cette mesure atteindrait son plus haut degré d'utilité si, par une succession invariable, les régiments *qu'on destine* à Briançon y arrivaient du Nord vers le mois d'octobre, pour être, l'année suivante à la même époque, envoyés dans le Midi, et de préférence sur les bords de la mer. Ce n'est ordinairement qu'après six mois de résidence à Briançon que les soldats contractent le goître, qui se développe surtout pendant les travaux et les fatigues qu'exige l'inspection générale. Avec la certitude qu'on aurait alors du prochain départ de la garnison, il suffirait d'envoyer à l'hôpital, et au besoin en congé de convalescence, quelques hommes chez lesquels l'engorgement thyroïdien prédominerait, et tous les goîtres naissants ou légers, incapables de nuire ni à la santé, ni aux diverses aptitudes des militaires, pourraient être considérés comme non avenus, tandis qu'il n'est pas permis de les négliger lorsqu'un régiment doit faire à Briançon un séjour de deux ans.

A défaut de la mesure précédente, il serait utile de placer le dépôt des régiments ailleurs qu'à Briançon, dans une localité où le goître est inconnu. Ce sont en effet les jeunes soldats qui fournissent le plus de goîtreux, et d'ailleurs Briançon est très mal choisi comme lieu de dépôt. Son sol, constamment couvert de neige pendant l'hiver, n'offre en cette saison aucun emplacement propre aux exercices militaires, et l'instruction des jeunes soldats en est considérablement retardée. (*Recueil des Mémoires de médecine militaire*, juillet 1861.)

**Note sur un cas de pneumopéricarde,** par M. le docteur Tutel.

Voici une observation remarquable par le caractère exceptionnel de la cause du pneumopéricarde, autant que par l'intensité du bruit qui annonçait la présence de l'air dans l'enveloppe du cœur.

Obs. — Homme âgé de quarante-six ans, en traitement dans le service de M. Niemeyer, pour un cancer de l'œsophage. — Le 30 octobre, aggravation rapide, hoquet continuel, etc. Dans la soirée, apparition d'un bruit particulier s'entendant à distance, isochrone avec le pouls : espèce de gargouillement à timbre métallique. La matité précordiale n'avait pas changé d'une manière sensible; l'impulsion du cœur se faisait

sentir faiblement dans le même point que précédemment. Le premier bruit du cœur était marqué par le bruit anormal, tandis que le deuxième s'entendait très nettement.

Pendant la nuit, tous les malades couchés dans la salle et même les personnes qui se trouvaient dans une pièce voisine dont la porte était fermée, pouvaient entendre très distinctement le bruit de gargouillement qui se renouvelait à chaque systole ventriculaire. Le malade restait couché, immobile, les yeux fermés, apparemment sans connaissance, gémissant de temps en temps, et toussant parfois sans expectorer.

Le lendemain matin, même état; le bruit de gargouillement était toujours facilement entendu d'un bout de la salle à l'autre. La matité précordiale avait complétement disparu; elle était remplacée par de la sonorité sans timbre tympanique; il n'était plus possible de sentir le choc du cœur. — Mort dans la journée.

*Autopsie.* — En ouvrant l'abdomen, on trouve le diaphragme fortement abaissé dans sa partie moyenne, à peu près également sur les deux côtés de la ligne médiane. Toute la partie antérieure de la cavité thoracique était occupée par le péricarde énormément dilaté, fortement tendu, tandis que les poumons n'occupaient plus que les limites des parties latérales de la poitrine. Le péricarde affectait une disposition pyriforme, mesurant à sa base 6 pouces de diamètre transversal. Il dépassait en bas de 2 pouces 3/4 la pointe du cœur. En le percutant, on obtenait un son tympanique modèle. Il était d'ailleurs impossible d'en expulser de l'air en le comprimant. Après avoir évacué les gaz, on trouva dans le péricarde environ 600 grammes d'un liquide gris jaunâtre, horriblement fétide, mélangé de grumeaux caséeux. La face postérieure de la cavité séreuse présentait une perforation en forme de fente, qui la faisait communiquer avec l'œsophage, dont les parois étaient détruites dans ce point par une ulcération cancéreuse. (*Deutsche Klinik*, n° 37, 1860.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**De l'épispadias, ou fissure uréthrale supérieure, et de son traitement,** par M. Dolbeau, chirurgien des hôpitaux, etc. Paris, Adrien Delahaye, 1861.

Les chirurgiens superstitieux, et il en existe, croient à l'influence des séries. Lorsqu'il s'est présenté dans leurs salles un malade atteint d'une de ces affections rares, que l'on ne rencontre qu'un nombre très limité de fois pendant une longue carrière, ils s'attendent à en voir bientôt arriver un second, et, s'ils l'osaient, lui réserveraient un lit. Le hasard, cette divinité des anciens, leur donne quelquefois raison, et c'est peut-être à une de ces séries, tombée entre des mains qui ont su en profiter, que nous devons le travail dont nous allons rendre compte. L'épispadias est une affection rare et dont la science ne possède que bien peu d'exemples ; M. Dolbeau, dans un espace d'une année, a pu observer et opérer trois malades atteints de ce vice de conformation; il a rapproché des faits observés par lui, ceux rapportés par les auteurs, et nous donne aujourd'hui une monographie complète qui traite de l'épispadias, non-seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais encore et surtout sous celui beaucoup plus important des moyens à employer pour le guérir.

Quoique grec, le mot *épispadias* est tout moderne, et, suivant Breschet, il aurait été introduit dans la science par Chaussier et Duméril pour désigner un vice de conformation des parties génitales, dans lequel l'urèthre s'ouvre à la partie supérieure du pénis, plus ou moins près de l'arcade du pubis. La maladie cependant n'est pas nouvelle, car Ruysh, Morgagni, Chopart, en ont rapporté des exemples; mais Chopart la décrivait comme une variété d'hypospadias.

Cette affection singulière est-elle simplement un degré de l'exstrophie de la vessie, variété dans laquelle l'arrêt de développement n'aurait porté que sur une partie des organes génitaux externes? C'est l'opinion de M. Richet : « Dans l'épispadias, dit-il, » qui représente le degré le moins avancé de ce vice de confor- » mation, on trouve, comme dans l'exstrophie complète de la ves- » sie, les corps caverneux et les branches ischio-pubiennes non » réunis, l'urèthre ouvert par sa partie supérieure dans le fond de » la gouttière caverneuse; mais la paroi antérieure de l'abdomen » et celle de la vessie existent; seulement, cette dernière fait » entre l'écartement des deux pubis une hernie plus ou moins » prononcée. Entre ces deux degrés extrêmes, on rencontre tous » les intermédiaires. »

M. Dolbeau n'admet pas cette opinion : « Un vice de l'appareil externe coïncide souvent, dit-il, avec une malformation de l'appareil interne, mais au même titre seulement que, chez le même individu, plusieurs vices de conformation peuvent se rencontrer en même temps. » Et il cite à l'appui de cette distinction l'exemple du bec-de-lièvre, qui peut ou non compliquer la division de la voûte palatine.

Sans doute, la division de la voûte du palais peut exister et existe sans celle des lèvres; sans doute, les lèvres se développent indépendamment des os maxillaires ; mais il y a peut-être exagération à considérer la coexistence de ces deux vices de conformation comme une simple coïncidence, qu'aucun lien ne relie, et il nous semble que le bec-de-lièvre peut être regardé comme le degré le plus simple d'un arrêt de développement d'un point de la cavité buccale, arrêt qui peut porter, soit sur les parties molles, soit sur les os, ou sur tous deux à la fois, mais qui est sous la dépendance d'une seule et même cause, et non de deux causes coexistantes sur des points éloignés du corps, mais indépendantes l'une de l'autre. Il en est de même de l'épispadias; mais c'est là un point fort peu important et qui ne mérite pas de nous arrêter davantage.

L'écartement des corps caverneux constitue-t-il l'essence de l'épispadias? Cette question a été résolue affirmativement par la plupart des auteurs qui s'en sont occupés. Cette solution est, du reste, au premier abord, la plus naturelle et celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit. Les corps caverneux se sont séparés, ou plutôt ne se sont pas réunis, pour former, en quelque sorte, la paroi supérieure de l'urèthre, et, dans l'espace qui les sépare, ils laissent apercevoir l'urèthre réduit à sa paroi inférieure. Mais un doute s'élève aussitôt : les corps caverneux sont-ils réellement séparés? Les autopsies seules permettent de juger la question. Breschet, dans un fait avec autopsie rapporté dans le *Grand dictionnaire des sciences médicales*, dit que « les deux corps caverneux étaient isolés dans toute l'étendue du pénis. » Or, la pièce existe encore au musée Dupuytren, et M. Dolbeau, en l'examinant de près, a pu constater qu'ils n'ont pas de connexions aussi intimes qu'à l'état normal, mais qu'ils sont juxtaposés, réunis par des liens fibreux et sans écartement.

Une autre autopsie a permis à M. Dolbeau de constater une seconde fois la réunion ou la juxtaposition des corps caverneux. Cependant un malade observé par M. Barth présentait, suivant ce qu'il parut à l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, un écartement des deux corps caverneux ; mais il n'y avait pas certitude sur ce point, car l'observateur dit seulement que l'épaisseur des parties au niveau du canal uréthral ne semble formée que par la peau et la paroi du canal séparées par du tissu cellulaire.

De ces faits, M. Dolbeau en conclut : 1° que l'épispadias n'est pas le premier degré de l'exstrophie de vessie; 2° que, dans ce vice de conformation, les corps caverneux ne sont pas écartés l'un de l'autre, et que, par conséquent, il est inexact de dire que l'épispadias est une fissure des corps caverneux, au même titre que l'hypospadias serait la fissure des corps spongieux de l'urèthre. En réfutant ou en n'acceptant qu'avec de grandes réserves les observations où l'on a noté, à tort ou à raison, l'écartement des corps caverneux, l'auteur semble nier la réalité du fait pour accepter l'opinion contraire.

Repoussant l'idée de l'écartement des corps caverneux, il fallait admettre une autre théorie, celle de l'inversion de l'urèthre, coïncidant avec une fissure plus ou moins complète de sa paroi supérieure; c'est ce qu'a fait l'auteur, et il explique ainsi le mécanisme de cette malformation.

Admettons que, par suite de certains troubles dans le développement, la gouttière caverneuse qui fait suite au sinus uro-génital occupe la partie supérieure au lieu de la partie inférieure; en d'autres termes, que les deux éminences qui, par leur développement, constitueront le corps du pénis, au lieu de se souder en haut, se réunissent par en bas, elles intercepteront entre elles une

gouttière qui, par exception, sera superposée aux corps caverneux. La gouttière caverneuse une fois située à la partie supérieure, si ses bords se réunissent, le canal de l'urèthre sera constitué, mais sur le dos de la verge; si, au contraire, la réunion manque, le sujet sera atteint d'un vice de conformation en tout semblable à l'hypospadias. C'est là une théorie; pour la justifier, il suffira de démontrer que, dans tous les cas de fissure supérieure, le canal de l'urèthre a subi une inversion; qu'il occupe, en un mot, la face supérieure du pénis.

Existe-t-il des exemples de cette transposition sans fissure de l'urèthre? Ruysh paraît avoir observé cette transposition sans division des parois. Voici comment il s'exprime : « Meatus urinarius » qui inter duo corpora nervosa parte inferiore repit, in corpore » bene constituto, hic contra situm habet in penis dorso, per quem » iter facit, id quod nunquam antea observavi. »

Ce cas de Ruysh lèverait toute discussion; mais, si nous trouvons dans le texte latin le mot *repit*, qui semble devoir s'appliquer au canal tout entier, nous trouvons aussi celui de *meatus urinarius*, et il ne nous est pas prouvé que le fait ne soit simplement une fissure du gland à sa partie supérieure, épispadias d'une nature tout autre que celui qui nous occupe.

La fissure complète n'a jamais dépassé la limite de la portion spongieuse de l'urèthre; que ce soit une complication rare ou, pour quelques chirurgiens, l'état normal de l'épispadias, l'écartement des corps caverneux existe; M. Dolbeau lui-même admet son existence. Nous avons rencontré cet écartement il y a quelques mois sur un malade de M. le professeur Gosselin, et nous devons dire, pour être juste, que c'est M. Dolbeau lui-même qui a attiré notre attention sur cet écartement, qu'il considère comme une contre-indication à l'opération et comme un signe de l'incurabilité de l'incontinence d'urine. Aussi, en présence de ces faits, de l'assertion d'un observateur tel que M. Barth, de la pièce de Breschet, dans laquelle les corps caverneux sont réunis, il est vrai, mais d'une manière lâche et par des liens fibreux, la théorie de l'inversion de l'urèthre, malgré l'excellente et sérieuse argumentation de M. Dolbeau, ne nous paraît pas devoir renverser sans conteste, et pour tous les cas, celle plus ancienne de l'écartement et de la non-soudure des corps caverneux, lesquels, laissant dans leur intervalle apercevoir l'urèthre réduit naturellement à sa paroi inférieure seule, se trouveront à côté ou au-dessous de ce canal, suivant que sa paroi inférieure, qui forme en quelque sorte leur lien de réunion, sera placée vers la partie supérieure ou inférieure de la circonférence de ces corps érectiles.

Après avoir consacré les premières pages de son important travail à étudier, au point de vue anatomique et physiologique, la constitution et le mode de formation de l'épispadias, l'auteur en décrit les diverses variétés qui peuvent se présenter à l'observation du chirurgien, et qu'il divise en deux classes principales :

1° La fissure uréthrale supérieure simple;

2° La fissure uréthrale supérieure, avec inversion de l'urèthre.

La *fissure uréthrale supérieure simple*, ou sans inversion de l'urèthre est une simple anomalie dans la situation du méat, ou bien encore une petite fissure uréthro-cutanée supérieure, avec persistance de l'orifice normal; mais le méat ainsi déplacé se trouve placé sur le gland, comme dans l'hypospadias il se trouve situé au-dessous. C'est un vice de conformation qui n'offre aucun intérêt chirurgical. Quant aux fissures congénitales de l'urèthre, situées à la partie supérieure et sur le dos de la verge, elles seraient, si toutefois elles existent, des bizarreries de peu d'importance.

La *fissure uréthrale supérieure avec inversion de l'urèthre* comprend les scissures plus ou moins étendues de la portion spongieuse de l'urèthre. Cette classe renferme trois variétés : 1° l'épispadias glandaire ou balanique; 2° l'épispadias spongo-balanique; 3° la fissure supérieure complète.

La première variété n'a été observée que par M. Marchal (de Calvi). Il n'est pas dit dans l'observation qu'il y eût inversion de l'urèthre; mais, même en acceptant pour les fissures complètes la théorie de M. Dolbeau, il n'est pas indispensable, pour que cette variété prenne naissance, que l'urèthre soit transposé ou que les corps caverneux soient ou non anormalement écartés, puisque dans l'épaisseur du gland ils le sont normalement ou même n'existent pas. « L'art, dit l'auteur, n'a rien à proposer contre une simple altération de forme; toute intervention ne saurait avoir que de mauvais résultats; dans la seule observation connue, les fonctions de l'organe étaient normales, et nous croyons que le sujet était l... propre au mariage. »

M. Foucher a observé un exemple de la seconde variété ou épispadias spongo-balanique : la scissure portait sur le gland et sur les trois quarts antérieurs de l'urèthre; le canal occupait le dos de la verge, qui présentait une brièveté notable. L'urine était projetée à une distance suffisante; mais, si le coït était possible, le sperme, toutefois, ne pénétrait pas dans le vagin. C'est cette dernière considération qui engagea M. Foucher à tenter une opération, mais qu'il eut soin de faire de façon à ne pas aggraver, en cas d'insuccès, l'état de son malade.

La *fissure uréthrale complète* est, sous le rapport chirurgical, la seule importante, car elle entraîne avec elle très fréquemment l'incontinence d'urine, et la chirurgie peut intervenir pour remédier à cette infirmité. L'incontinence d'urine n'est pas constante, car elle n'existait pas chez le malade de M. Barth, bien que l'épispadias fût complet. Il en était de même pour ceux de Breschet et de Salzmann; au contraire, les deux malades de M. Nélaton et les trois de M. Dolbeau présentaient de l'incontinence. A quoi attribuer cette différence? L'auteur la rapporte à deux causes : 1° l'écartement des pubis, qui s'observe quelquefois et entraîne avec lui un vice de conformation dans les sphincters vésicaux, lequel rend l'incontinence incurable; 2° la rétraction de la verge, qui, faisant obstacle à la sortie de l'urine, amène l'incontinence par regorgement, en vertu d'un mécanisme ingénieusement expliqué par M. Dolbeau.

L'art peut-il apporter quelque remède à une infirmité aussi fâcheuse? C'est une question à laquelle l'auteur, en s'appuyant sur les faits, répond par l'affirmative.

Lorsqu'il y a épispadias complet et incontinence, l'opération a pour but de permettre l'emploi d'appareils destinés à retenir ou à recevoir l'urine, qui, sans cela, baignerait continuellement le malade. Lorsque l'incontinence n'est due qu'à la rétraction de la verge ou lorsqu'elle n'existe pas, l'opération, en établissant un canal d'émission, met le malade à l'abri d'une humectation qui, pour être intermittente, n'en est pas moins pénible. Lorsqu'il n'y a qu'épispadias incomplet ou spongo-balanique, mais avec écartement des corps caverneux, comme chez le malade que nous avons avec M. Dolbeau examiné dans le service de M. Gosselin, il faut s'abstenir de l'opération, car le canal, quoique partiel, existe avec une longueur suffisante pour permettre un appareil récepteur, et, dans ce cas, l'incontinence d'urine est incurable par suite de l'absence de sphincter vésical.

Après avoir consacré un chapitre important à l'étude des complications, l'auteur aborde l'examen et la description des procédés opératoires. Nous ne pouvons les examiner, même rapidement: nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au travail de M. Dolbeau, travail fort bien fait, appuyé sur les faits, sur des observations rigoureuses, interprétées avec une grande sagacité. Quatre planches d'une exécution remarquable facilitent l'étude des points les plus difficiles d'anatomie pathologique et de médecine opératoire.

Léon Le Fort.

---

**Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme**, par le docteur Lucien Pénard, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Rochefort. 1861. 1 vol. in-12, chez J.-B. Baillière.

Voilà un titre de livre et une qualité d'auteur dont l'assemblage va sûrement exciter les plaisanteries de certain coutelier cité par un écrivain de la presse médicale à l'occasion d'une thèse sur les congestions utérines faite par un ancien chirurgien de la marine. Le spirituel bibliographe serait moins porté à trouver lui-même singuliers de tels rapprochements s'il connaissait mieux la carrière

du médecin de la marine. Dans les ports de guerre et dans nos possessions coloniales, où se trouvent de grandes villes, le médecin de la marine, retiré ou en activité, exerce presque seul la médecine civile; sur ces habitations flottantes qui transportent de petites populations d'une hémisphère dans l'autre, il rencontre même quelquefois l'occasion de faire des accouchements. Il est donc obligé de connaître les maladies des femmes et des enfants, et l'on ne doit pas s'étonner qu'il se fasse un cours d'accouchement à l'École navale de Rochefort, où le service de santé de la population ouvrière est confié à des médecins de la marine désignés officiellement par quartier; il s'en fait aussi dans nos colonies principales, où nous-même, chef du service de santé, nous avons présidé des jurys d'examen de sages-femmes. Par *marine* il ne faut pas entendre seulement un corps militaire spécial, mais bien une société particulière dont l'élément médical n'est ni plus incomplet ni plus arriéré que la corporation à laquelle il se rattache. M. Pénard le prouve, du reste; car il ne s'est pas borné à faire un bon cours d'accouchement aux élèves de son école, chirurgiens et sages-femmes; il a su découvrir une lacune importante dans la bibliothèque du médecin praticien, et il l'a comblée très heureusement. Parti de cette vérité, que l'obstétrique, souvent livrée à l'imprévu, a besoin, comme la matière médicale, d'un formulaire portatif que le praticien des petites villes et des campagnes puisse toujours avoir sous la main, il a réuni dans un in-12 de 500 pages tout ce qu'il est utile de se remettre en mémoire ou sous les yeux quand on se trouve en présence d'une femme sur le point d'accoucher.

Des prolégomènes contenant toutes les propositions d'anatomie et de physiologie qui concernent la femme et le fœtus; quatre parties, dont la première traite de la grossesse, de ses signes, de son âge, de son hygiène et de ses maladies; dont la seconde comprend l'accouchement naturel, et les soins consécutifs à donner à la femme et à l'enfant; dont la troisième est consacrée aux accouchements vicieux et à leurs causes, avec indication de tous les cas de dystocie et de la conduite à tenir dans chacun d'eux; dont la quatrième contient la description de toutes les manœuvres et opérations obstétricales; enfin un appendice sur l'emploi du seigle ergoté et des anesthésiques, tel est le plan de ce livre. La concision du texte, la clarté de l'exposition, à laquelle viennent en aide des dessins intercalés; le classement méthodique des matières et l'entête de chaque page, y rendent les recherches aussi faciles que dans un dictionnaire. Mais la clarté et la méthode ne sont pas ses seuls mérites : dans maints chapitres on reconnaît l'empreinte de la personnalité de l'auteur. Ce que nous remarquons plus particulièrement, c'est une très bonne condensation des descriptions anatomiques et des considérations physiologiques que leur longueur rend souvent diffuses dans les auteurs classiques; un excellent tableau des signes de la grossesse, aussi complets et aussi méthodiquement présentés que possible; l'article consacré à l'avortement, dont les causes, le diagnostic et le traitement, sont très bien exposés; la description du mécanisme de l'accouchement naturel, faite avec une précision et une rectification des erreurs physiologiques anciennement accréditées, qui en font presque une nouveauté; les chapitres relatifs à la conduite de l'accoucheur pendant et après le travail, particulièrement dans les cas d'asphyxie du nouveau-né et d'accidents du côté de la mère, qui présentent le même cachet; la mensuration du bassin vicié, que les auteurs ne savent pas toujours rendre promptement intelligible pour tout le monde, et qui l'est ici; les opérations les plus fréquentes et les plus importantes que nécessite l'accouchement contre nature, c'est-à-dire la version, l'application du forceps, la céphalotripsie, l'opération césarienne, décrites avec un sens pratique et une intelligence du sujet qui font honneur à M. Pénard. Pour l'opération césarienne *post mortem*, il s'en tient avec raison, selon nous, à transcrire les principes exposés par M. Depaul devant l'Académie de médecine dans une discussion récente. Enfin il faut remarquer les indications et les contre-indications de l'emploi du seigle ergoté et du chloroforme, qui sont très sagement tracées.

Que de livres répondent moins à leur titre que celui-ci! C'est un véritable guide pratique, et tout médecin exposé à se trouver inopinément, et sans conseil, aux prises avec les difficultés pratiques et quelquefois théoriques de l'art des accouchements aurait tort de ne pas porter toujours avec lui ce formulaire. Il y a conscience et non ignorance à consulter les règles écrites dans les cas rares ou difficiles, où l'esprit le mieux meublé peut se trouver momentanément en défaut. Aussi prédisons-nous à ce livre tout le succès qu'il mérite.

D[r] DUTROULAU.

---

VI

## VARIÉTÉS.

### SÉANCE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La troisième séance annuelle de l'Association générale a eu lieu dimanche dernier. L'amphithéâtre de l'Assistance publique était remplie. La solennité avait attiré bon nombre de médecins de province. Le discours prononcé par M. Rayer a été remarquable, comme toujours, par un sentiment très vif, très sensé en même temps, de la mission médicale, exprimé en termes dignes et simples. Nous regrettons de n'avoir pas ce discours à notre disposition pour le publier. Du compte rendu justement applaudi de M. le secrétaire général, il résulte : 1° que depuis la dernière assemblée, quatorze sociétés se sont agrégées à l'Association générale, et le chiffre des sociétaires est monté de 3,108 à 4,316; 2° que les recettes, pour le dernier exercice, ont été de 100,451 fr., et les dépenses de 31,103. Le fonds de réserve actuellement en caisse est de 160,757 fr. Il y a, sur le précédent exercice, un excédant de 41,331 fr. pour les recettes, 4,039 fr. pour les dépenses, 62,329 fr. pour la réserve. Le compte rendu a d'ailleurs traité de plusieurs questions professionnelles d'une haute importance, dont une, la question du charlatanisme, pourrait motiver plusieurs remarques négligées par M. le secrétaire général, et que l'occasion peut-être ne permettait pas.

A M. Latour a succédé M. Ludger Lallemand qui, dans un excellent rapport, a mis en relief, par des chiffres, la prospérité de la Société dont il est le secrétaire. Une révélation assez inattendue, est qu'aucune demande de secours n'est arrivée jusqu'à présent à cette Société.

Lundi, l'assemblée des présidents et délégués a entendu les rapports : 1° de M. Davenne, sur la question des rapports des médecins avec les sociétés de secours; 2° de M. Tardieu, sur l'exercice illégal de la médecine; 3° de M. Gallard, sur l'opportunité de la création d'un Annuaire de l'association.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE STRASBOURG. — On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* : « L'école du service de santé paraît être entrée avec succès dans la nouvelle phase de son existence. Placée à ses débuts (1856) dans les attributions de M. le professeur Sédillot, alors médecin en chef de l'hôpital militaire, elle est devenue, comme il convenait à son origine et à son but, un établissement distinct, en même temps que M. Sédillot en était nommé le directeur officiel, avec le titre de médecin-inspecteur auquel l'appelaient depuis longtemps ses services, sa réputation et ses travaux.

Après n'avoir accepté que les élèves ayant huit et douze inscriptions, l'école a appelé dans son sein les élèves de première année qui n'en possédaient que quatre; et enfin, poussée dans une voie plus rationnelle encore, elle les a pris sans inscription, afin que notre Faculté de médecine leur donnât un enseignement complet. Quatre années seulement devant être employées à l'obtention du titre de docteur, MM. les ministres de l'instruction publique et de la guerre ont décidé que les trois premiers examens seraient subis à la fin des trois premières années, et que les trois derniers commenceraient après la prise de la quatorzième inscription. Cette modification mettait les élèves de la deuxième division de l'école dans la nécessité de passer cette année même leurs deux premiers examens, et il a fallu des mesures exceptionnelles prescrites par M. le directeur de l'école : heures prolongées du travail, répétitions et interrogations multipliées, et un zèle digne des plus grands éloges de MM. les élèves, pour triompher de cette difficulté imprévue.

Dorénavant les examens auront lieu d'une manière régulière ; et l'expérience semble montrer qu'avec les immenses ressources de l'enseignement de la Faculté, si bien utilisées par son habile doyen, et les moyens de discipline et de travail confiés à la haute autorité du directeur de l'école, les élèves militaires présenteront une moyenne d'instruction très satisfaisante, comme on peut déjà en juger par les notes obtenues aux examens de cette année : sur 145 examens subis par les élèves des trois premières divisions, 9 élèves ont obtenu la note : très distingué ; 38, la note : très satisfait ; 57, la note : satisfait ; 29, la note : passable ; 12 ont été ajournés.

Pour les 111 examens subis par les élèves de la quatrième division, on a compté : 3, n° 1 (très distingué) ; 23, n° 2 (très satisfait) ; 40, n° 3 (satisfait) ; 37, n° 4 (passable) ; 8, n° 5 (ajournement). »

— Le jury du concours des prix de l'internat vient d'être arrêté de la manière suivante : juges titulaires, MM. Lasègue, Vernois, Bourdon, Jobert et Nélaton ; suppléants, MM. X. Richard et Foucher.

— Le jury du concours de l'externat se compose de MM. Hervieux, Laboulbène, Axenfeld, Jamain et Trélat, juges titulaires ; Chauffard et Dolbeau, juges suppléants.

— L'Association des médecins de la Marne a tenu le 20 octobre sa séance annuelle à Épernay, sous la présidence de M. Landouzy.

— On annonce les changements suivants dans le service médical des hôpitaux de Paris : M. Béhier passerait à la Pitié ; M. Sée, à l'hôpital Beaujon ; M. Racle, à l'hôpital des Enfants ; MM. X. Richard et Matice, à l'hôpital Saint-Antoine (places créées) ; M. Woillez, à la Salpêtrière ; M. Charcot, à Lourcine ; M. Delpech, à l'hôpital Necker ; MM. Hervieux et Vulpian, médecins du Bureau central, sont nommés : le premier, à la Maternité ; le second, à l'hospice Larochefoucauld.

— La séance solennelle de la rentrée de la Faculté et la distribution des prix auront lieu le 15 novembre prochain. Le discours d'usage sera prononcé par M. Moquin Tandon, qui a pris pour sujet l'éloge du professeur Duméril. Le registre des inscriptions sera ouvert dès le 2 novembre, et sera fermé le 15.

— La jeune princesse Dona Maria de la Conception vient de succomber à une maladie pour laquelle S. M. la reine d'Espagne avait cru devoir réclamer les secours de l'homœopathie. Cette détermination a provoqué la démission du docteur Corral, premier médecin, et du docteur Drument, second médecin de la reine. Pendant que ce fait se passe en Europe, nous recevons l'avis que trois praticiens homœopathes de New-York viennent de publier, dans le journal THE AMERICAN MEDICAL TIMES, à l'exemple d'un docteur John C. Peters, la renonciation de leur foi dans les doctrines hahnemanniennes. (*Gazette des hôpitaux.*)

— M. le docteur Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, qui a donné ses soins pendant la dernière saison à S. M. la reine Christine d'Espagne, vient d'être décoré de l'ordre royal de Charles III.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris rappelle qu'elle décernera, dans le cours de l'année 1862, un prix de 1500 fr. à l'auteur du meilleur mémoire inédit de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*. Les mémoires devront être adressés à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général, avant le 1er janvier 1862.

---

# VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 1861. — 15 janvier. Traitement des fistules vésico-vaginales, par *Bozeman*. — Préparation du sirop de quinquina, par *Dannecy*. — Traitement de la colique de plomb par la faradisation, par *Briquet*. — 30 janvier. Des ulcérations du col utérin et de la leucorrhée chez les femmes enceintes, par *Charrier*. — De la propylamine, par *Guibert*. — 15 février. Valeur de la digitale dans les affections organiques du cœur, par *Pfaff*. — Curabilité de la surdi-mutité nerveuse par la faradisation de la corde du tympan, par *Duchenne*. — Études cliniques sur la valeur des extraits les plus usités, par *Hirtz*. — 28 février. De l'emploi thérapeutique de l'oliban, par *Delioux*. — Inoculation hypodermique par enchevillement des substances actives, par *Lafargue*. — 15 mars. Efficacité de la morphine à haute dose dans quelques maladies graves, par *Forget*. — Traitement des fractures du col du fémur, par *Philipeaux*. — 30 mars. Moyen de vaincre la résistance des jeunes enfants, etc., par *Hervieux*. — Hernies étranglées, par *Verneuil*. — De l'uréthrotomie interne appliquée à quelques cas de rétention d'urine, par *Dolbeau*. — Emploi topique de la valériane comme remède anti-périodique, par *Martin*. — 15 avril. Nature et traitement de l'asthme, par *Duclos*. — Traitement des taches de la cornée par le galvanisme, par *Philipeaux*. — Coaltar dans les maladies de la peau, par *Devergie*. — Emploi du chloroforme à l'intérieur, par *Bonnet* et *Debout*. — Préparation du sirop de bourgeons de sapin, par *Dannecy*. — 30 avril. Traitement de la phthisie pulmonaire, par *Bennet*. — Traitement de l'amblyopie par les lunettes, par *Giraud-Teulon*. — 15 mai. Phthisie (suite). — Traitement des hémorrhoïdes, par *Herpin*. — Hernies inguinales, par *Verneuil*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 2. Éruptions antimoniales (suite). — Traitement des surdités par l'électricité, par *Bonnafont*. — 3. Influence du plomb sur la colique des pays chauds, par *Lefèvre*. — Études sur la cautérisation, par *Salmon* et *Maunoury*. — 4. (Manque.) — Éruptions antimoniales (suite). — Kystes de l'ovaire (suite). — 6. Maladies de l'oreille interne offrant les symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme, par *Ménière*. — Éruptions antimoniales (fin). — 7. De la nature névrosique de l'albuminurie, par *Hamon*. — Traitement de la fièvre typhoïde par les eaux sulfureuses et ferrugineuses, par *Almès*. — 8. Influence de la sensibilité sur la circulation pendant l'anesthésie, par *Vigouroux*. — Cautérisation (suite). — 9. Albuminurie (suite). — Cautérisation (suite). — 10. Albuminurie (suite). — Mémoire sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire (fin). — 11. Des mouvements de décentration latérale du cristallin, par *Giraud-Teulon*. — Empoisonnement par les feuilles de jusquiame, par *Martin Saint-Ange*. — Les eaux minérales artificielles, par *James*. — 12. Décentration du cristallin (fin). — Cautérisation (suite). — 13. Observations cliniques et réflexions sur les lésions organiques de l'encéphale, par *Delioux*. — Relevé d'hernies étranglées opérées, par *Delaunay*. — 14. De la nature névrosique de l'albuminurie (suite). — De l'opération césarienne après la mort de la mère, par *Hatin*. — 15. Recherches sur la fièvre gastrique simple et bilieuse, par *Monneret*. — Cautérisation (suite). — 16. Fièvre gastrique (fin). — Hernies étranglées (suite). — 17. Note sur un cas de cancer médullaire transmis par inoculation d'un animal à l'homme, par *Kuks*. — Cautérisation (suite). — Hernies étranglées (suite). — 18. (Manque.)

JOURNAL DE LA PHYSIOLOGIE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. — N° 12. Note sur un cas de tournoiement dû à une hémorrhagie de la protubérance, par *Paris*. — Note sur les mouvements rotatoires, par *Brown-Séquard*. — Des bruits anormaux dans le système vasculaire, par *Heynsius*. — 13. Recherches anatomiques sur le corps innominé, par *Giraldès*. — Sur la classification anthropologique, par *Geoffroy Saint-Hilaire*. — De l'excitabilité de la moelle épinière, par *Chauveau*. — Développement des follicules dentaires (suite).

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — 1861. — Janvier. Note sur l'eau du Petit-Saint-Sauveur, par *Baudrimont*. — Note sur le bi-iodure de potassium, par *le même*. — Sur la coloration de l'iodure d'amidon, par *le même* et *Personne*. — Action de l'oxyde de bismuth sur les dissolutions des sels de sesqui-oxyde, par *Lebaigue*. — Février. Sur le sucre des fruits acides, par *Buignet*. — Sur l'iodure d'amidon décoloré, par *Duroy*. — Sur la production des nelfocyanures, par *Gélis*. — Sur les blés d'Égypte, par *Poggiale*. — Nouvel oxychlorure de bismuth, par *Lebaigue*. — Mémoire sur les silicates, par *Lefort*. — Relations d'isomorphisme entre les métaux du groupe de l'azote, par *Nicklès*. — Mars. Les opiums de Perse, par *Sépert* et *Guibourt*. — Détermination des acides carboniques et sulfhydriques dans les eaux naturelles ou minérales, par *Gaultier de Claubry*. — Essai des acides du commerce, par *Violette*. — Avril. Composition du fer et de l'acier, par *Frémy*. — Sur les combinaisons formées par l'éther avec les bromures de bismuth, d'antimoine et d'arsenic, par *Nicklès*. — Observations sur le laudanum de Sydenham et sur les taches de sang, par *Guibourt*. — Sur la distillation du baume de Fioraventi, par *Mayet*. — Sur un moyen de conservation des pièces anatomiques, par *Latour*. — Sur la température de l'eau à l'état sphéroïdal, par *Boutigny*. — Mai. Composition du fer et de l'acier, par *Frémy*. — Influence du goudron sur l'air atmosphérique, par *Adrian*. — Sur l'affinage des métaux, par *Tissier*.

### Livres.

FORMULAIRE VÉTÉRINAIRE, contenant le mode d'action, l'emploi et les doses des médicaments simples et composés prescrits aux animaux domestiques par les médecins vétérinaires français et étrangers, suivi d'un *Mémorial thérapeutique*, par le professeur *A. Bouchardat*. 2e édition. In-18. Paris, Germer Baillière. 4 fr. 50

MANUEL D'ANATOMIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE ET TOPOGRAPHIQUE, par le professeur *A. Velpeau* et *B.-J. Béraud*. 2e édition, entièrement refondue. Grand in-18. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES ET CHLORO-ANÉMIQUES, CONSIDÉRÉES DANS LES RAPPORTS QU'ELLES ONT ENTRE ELLES, par le docteur *Mordret*. In-8 de 496 pages. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr.

A MANUAL OF THE PRACTICE OF MEDICINE (Manuel de médecine pratique), par *Barker*. 2e édition. In-8 de 740 pages. Londres, Churchill. 17 fr. 50

A PRACTICAL TREATISE ON INFLAMMATION OF THE UTERUS (Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, et ses rapports avec les autres maladies de cet organe), par *Bennet*. 4e édition. In-8 de 622 pages. Londres, Churchill. 22 fr.

A PRACTICAL TREATISE ON THE USE OF THE OPHTALMOSCOPE (Traité pratique de l'emploi de l'ophthalmoscope), par *Hulke*. Travail couronné par le Collége royal des chirurgiens. In-8 de 90 pages. Londres, Churchill. 11 fr. 25

DISEASES OF THE PROSTATE (Des maladies de la prostate : pathologie et traitement), par *Thompson*. Nouvelle édition. In-8. Londres, Churchill. 14 fr.

EPILEPSY (De l'épilepsie : ses symptômes, son traitement, et ses rapports avec les autres maladies chroniques convulsives), par *Reynolds*. In-8 de 390 pages. Londres, Churchill. 14 fr.

LECTURES ON THE GERMS AND VESTIGES OF DISEASE (Leçons sur les germes et les traces de maladie, et sur les moyens d'en prévenir l'invasion et l'issue fatale par les examens périodiques), leçons faites à l'hôpital royal pour les maladies de poitrine, par *Dobell*. In-8 de 200 pages. Londres, Churchill. 9 fr. 10

ON THE PARASITIE AFFECTIONS OF THE SKIN (Des affections parasites de la peau), par *Anderson*. In-8 de 160 pages. Londres, Churchill. 7 fr.

OBSERVATIONS IN CLINICAL SURGERY (Observations de chirurgie pratique), par *Syme*. In-8 de 230 pages. Édimbourg, Hamilton. 11 fr.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII.** — **PARIS, 8 NOVEMBRE 1861.** — **N° 45.**

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

I. **Paris.** La morve ébauchée : Un complément de la récente discussion académique. — De la canitie rapide. — Gangrène diabétique : M. Marchal (de Calvi) et M. Jordao. — Société anatomique : Cas de diabète avec lésion du quatrième ventricule. — Observations de greffe animale. — Statistique d'opérations de cataracte. — II. **Histoire et critique.** Pathologie interne : De l'amblyopie diabétique. — III. **Revue clinique.** Observation d'accidents graves déterminés sur la peau par la *Rue* (Ruta graveolens, L.). — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** De la position sur les genoux et les coudes considérée au point de vue tocologique. — Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre et dans la vessie. — Ouverture du rectum dans le vagin; proctoplastie faite avec succès. — Strangulation du fœtus par le cordon ombilical. — VI. **Bibliographie.** Bulletin et Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — IX. **Feuilleton.** La question du service des aliénés du département de la Seine.

I

Paris, le 7 novembre 1861.

LA MORVE *ébauchée* : UN COMPLÉMENT DE LA RÉCENTE DISCUSSION ACADÉMIQUE. — DE LA CANITIE RAPIDE. — GANGRÈNE DIABÉTIQUE : M. MARCHAL (DE CALVI) ET M. JORDAO. — *Société anatomique :* CAS DE DIABÈTE AVEC LÉSION DU QUATRIÈME VENTRICULE. — OBSERVATIONS DE GREFFE ANIMALE. — STATISTIQUE D'OPÉRATIONS DE CATARACTE.

Il n'est bruit, dans le monde médical, que d'un événement assez vulgaire en lui-même, mais auquel les circonstances donnent un intérêt tout particulier. Seulement le bruit circule sourdement, d'oreille à oreille, sans que personne ait jugé encore à propos de le livrer aux quatre vents de la publicité. Nous ne comprenons pas ce scrupule, et nous ne pouvons nous y associer. Servir la science est le premier devoir d'un journal, et, dans l'espèce, le souci du devoir ne se heurte à aucune considération susceptible d'en rendre l'accomplissement pénible ou délicat.

Entre M. J. Guérin et nous, dans la discussion sur la morve, il y avait cette seule différence que, si l'existence d'une morve ébauchée et curable nous paraissait, comme à lui, conforme au caractère habituel des maladies épidémiques et contagieuses de l'homme, nous n'allions pas, avec lui, jusqu'à affirmer la réalité du fait contre la protestation unanime des membres de la section de médecine vétérinaire. Il n'y a pas, en clinique, beaucoup de principes absolus, et c'est pourquoi nous ne nous laissons pas aisément entraîner à cette foi superbe qui brave la contradiction expérimentale. Or, qu'est-il arrivé ?

Ce n'est plus un secret aujourd'hui que M. Guérin employait à une exploitation agricole des chevaux prêtés par l'État. Ces chevaux étaient au nombre de quinze; avec les vingt-cinq appartenant à M. Guérin, ils formaient ce chiffre de quarante, dont il a été souvent question dans le débat. Six des chevaux de l'État sont devenus morveux au plus haut degré, déclarés tels par M. Guérin lui-même, et abattus. Les

---

FEUILLETON.

**La question du service des aliénés du département de la Seine.**

Nos lecteurs n'ignorent pas qu'il se prépare, dans les hautes régions administratives, une nouvelle organisation du service des aliénés du département de la Seine. Ils savent que de remarquables rapports ont été adressés sur ce sujet à M. le sénateur préfet de la Seine par M. Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés du département (*Gazette hebdomad.*, 1861, nos 11, 13, 33, 34 et 35). Une commission spéciale, dont nous avons fait connaître la composition, s'est réunie au siége de la préfecture; elle a appelé dans son sein, pour entendre leurs observations, tous les chefs du service des aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière; elle a longuement discuté, délibéré mûrement, et l'ensemble de ses travaux doit être présenté à M. le préfet dans un rapport prochainement attendu. Que dira ce rapport? quelles solutions prévaudront? Nous en sommes, à cet égard, réduit aux conjectures. Néanmoins, sachant, comme tout le monde, sur quels points ont été dirigées les enquêtes, il ne nous est pas difficile de présumer les principales questions soumises à l'examen de la commission, et nous espérons dès lors que nos remarques, exposées il y a quelques mois à tomber dans le vide, pourront aujourd'hui porter sur le vrai terrain des débats et du projet.

Il s'agit avant tout d'examiner s'il convient de créer un certain nombre d'asiles dans le département de la Seine, exclusivement affectés aux aliénés de ce département. Cette question est posée virtuellement depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis que les hospices de la Seine sont devenus notoirement insuffisants; et elle se pose plus impérieusement d'année en année, à mesure que s'élève le chiffre des aliénés. Cet encombrement croissant des hospices a donné lieu, on le sait, au système des *translations* dans les asiles de province (1844). Ce système, contre lequel le prévoyant et avisé Ferrus protestait énergique-

choses en étaient là quand le bruit qui s'est fait à l'Académie a éveillé l'attention de l'autorité militaire. Le général commandant le département d'Eure-et-Loir, dans lequel est située la terre exploitée, a envoyé sur les lieux un honorable médecin vétérinaire du régiment de chasseurs en garnison à Chartres. Il fut décidé que cinq des neuf chevaux restants — cinq que M. Guérin avait cru guéris de la *morve ébauchée* — seraient abattus. L'opération eut lieu en présence du médecin vétérinaire et d'un officier désigné par le commandant. Or, ces cinq chevaux portaient dans les poumons les lésions les plus caractéristiques de la morve.

Nous nous bornons à l'exposé du fait; fait recueilli à des sources certaines, connu aujourd'hui de beaucoup de personnes et qui ne sera probablement pas contesté. Nous ne saurions comprendre encore une fois, quel motif obligerait à le taire. M. Guérin, dont la bonne foi n'est pas en cause, ne saurait en éprouver qu'un genre de désagrement auquel nous sommes tous exposés et qu'il connaît déjà, celui d'avoir tort sur une question de science. Nous allons même jusqu'à être surpris qu'un complément aussi important, aussi décisif, d'un débat qui a tenu et tient encore l'opinion en suspens, n'ait pas été porté à la tribune de l'Académie.

— Nos lecteurs n'ont pas oublié la note de M. Charcot relative à la production brusque de la canitie. Cette question a été récemment soulevée devant la *British Association* de Manchester, et à cette occasion M. Richard Ellis a produit le fait suivant, publié par THE LANCET, 1861, numéro du 2 novembre). Il y a un certain nombre d'années, un individu âgé alors de trente ans, d'une bonne santé, ayant les cheveux d'un brun foncé (*dark-brown*), employé sur une nouvelle ligne de chemin de fer conduisant de Christiana dans l'intérieur, avait pris, avec treize hommes et un enfant tous montés sur la machine et sur le tender, un train faisant de trente à quarante milles à l'heure en contre-haut d'une rivière. La machine et le tender déraillèrent, furent précipités d'une hauteur de 12 pieds, et labourèrent le sable à une grande distance. Les voyageurs furent lancés dans diverses directions, l'enfant tué et un des hommes grièvement blessé. Le sujet de l'observation, tombé le nez sur le sable, ne reçut pas de blessures sérieuses, mais éprouva une telle émotion que sa physionomie, le lendemain matin, effraya ses camarades; *ceux-ci déclarèrent que ses cheveux, principalement aux régions temporales, avaient passé du brun au gris.*

Comme on le voit, M. Ellis n'a pas observé le fait de ses propres yeux. Néanmoins, son récit emprunte de la vraisemblance aux autres observations rassemblées par M. Charcot.

— Le même collaborateur avait montré, par des citations textuelles, que si M. Marchal (de Calvi) avait rappelé l'attention des médecins sur la gangrène diabétique, s'il avait définitivement acquis à ce fait de pathologie droit de domicile dans la science, il était loin pourtant de l'avoir découvert. Voilà maintenant qu'un très distingué professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne, M. Abel Maria Dias Jordão, adresse une lettre en français, et du meilleur, à M. Marchal (de Calvi) à l'occasion de ces mêmes articles de l'UNION MÉDICALE qui avaient provoqué la note de M. Charcot. Pour la partie de cette lettre qui touche à la question historique, plusieurs indications ont été empruntées à notre collaborateur par notre confrère de Lisbonne, qui s'empresse de le reconnaître. Ce morceau mérite d'être rapporté en entier. Nous l'eussions souhaité moins vif pour l'usage particulier de la GAZETTE HEBDOMADAIRE; mais M. Marchal comprendra qu'il ne nous appartient pas de le modifier; il sait d'ailleurs que nous serons toujours disposé à recevoir sa réponse, s'il juge à propos d'en faire une.

« Franchement, dit M. Jordão (*Gazeta medica de Lisboa*, 16 septembre 1861), qu'avez-vous prouvé au bout de tant de peines? le contraire de ce que vous vouliez. Entendons-nous; les furoncles, les anthrax et les ulcères sont des accidents gangréneux, d'après votre aveu; et vous pensez que c'est à vous que revient l'honneur d'avoir remarqué le premier la gangrène diabétique. *Pas du tout*: si le furoncle, l'anthrax et l'ulcère sont des accidents gangréneux, la gangrène a été remarquée avant vous. Frank (1), au XVIII^e siècle, parle des furoncles dans le diabète : *pustulæ summopere ardentes prodirent;* Demours (2) en parle en 1819; Prout (3) en 1840, et Vogt (4) en 1844. Les anthrax furent remarqués par Cheselden (5) en 1768, par Latham (6) en 1811, par Prout en 1840; et enfin les ulcères en 1806 par Manuel Pereira da Graça (*Tratado da diabete*, Lisboa).

Bien plus encore, le phlegmon diffus terminé par gangrène a été observé deux fois après des saignées par Duncan (7) en 1823, et

(1) *De curand. hom. morb. epit.*, lib. V, pars I, p. 55.
(2) *Journal général de médecine*, t. LXVII.
(3) *Traité des maladies de l'estomac et des voies urinaires*, 1840, p. 37.
(4) *Zeitschrift für rationelle Medizin*, Band 1, Zurich, 1844.
(5) *The Anatomy of the Human Body*, London, 1768, p. 130.
(6) *Facts and Opinions concerning Diab.*, London, 1811, p. 134.
(7) *Transactions of the Medico-Chirurg.*, Edinburgh, 1824.

ment, nous n'avons pas ici à le juger à fond; les documents nous manqueraient pour nous porter personnellement garant de toutes les graves accusations dont il a été l'objet; mais il est certains faits indéniables sur lesquels l'optimisme le plus tranquille ne pourrait s'endormir : c'est, par exemple, la négligence qu'apportent les familles à réclamer les aliénés transférés, et la répugnance qu'elles éprouvent trop souvent à les reprendre; c'est encore la mortalité exceptionnelle qui pèse sur les asiles de province (M. Girard établit que, de 1844 à 1858, le chiffre des morts s'y est élevé à 1 sur 2,30, tandis qu'il n'a été que de 1 sur 3,17 à Bicêtre et de 1 sur 3,68 à la Salpêtrière); c'est enfin la déplorable infériorité du chiffre des guérisons obtenues chez les malades transférés (tandis que, dans les hospices de la Seine, de 1844 à 1858 inclusivement, la proportion des guérisons a été de 1 sur 3,34, elle n'a été que de 1 sur 31,70 chez les aliénés transportés dans les départements). En sorte que, s'il était vrai, comme le veut M. le docteur Lisle (1), que le chiffre des guérisons dans les asiles d'aliénés ait diminué à Paris aussi bien que dans la province, et diminué « de plus d'un tiers depuis moins de vingt ans », il n'en demeurerait pas moins que cette progression décroissante n'altère pas la supériorité de Paris quant à la proportion des guérisons, qu'elle est surtout à la charge des asiles des départements, et qu'elle frappe tout particulièrement les sujets transférées.

Voilà déjà de quoi faire sérieusement réfléchir une administration prudente et douée de cet esprit pratique qui est la qualité dominante de toute bonne administration. Nous concevrions très bien qu'elle se tînt pour satisfaite de ces enseignements de la statistique, sans s'arrêter aux commentaires et aux explications. Là où l'on meurt plus et où l'on guérit moins, il ne fait pas bon envoyer des malades; c'est un raisonnement simple et clair. Mais il y a plus : dans l'état actuel des asiles de province, le système des translations ne peut guère être poursuivi sans léser le principe même au nom duquel il a été institué. Il se pratique en vertu de traités passés avec une quinzaine d'asiles. Les maladas sont donc toujours reçus par les mêmes établissements. Combien s'en trouve-

(1) *Lettres sur la folie*, 8e série, chez J.-B. Baillière.

par Vogt en 1844; et la gangrène sénile elle-même a été signalée en 1807 par Bardsley (1), par Carmichael, Adams et H. Marsch (2) en 1846. Voilà donc prouvé, mon cher confrère, qu'avant les 13-15 avril 1852, quelqu'un avait signalé la gangrène diabétique.

A propos des maladies de la peau (de votre *herpétisme*) que vous croyez avoir remarquées le premier en 1856, je vous dirai que W. von Stoch (3) en 1828 et Naumann (4) en 1836, parlent des affections impétigineuses et lichenoïdes; Frank (5) observa le porrigo; M. Antonia Augusto da Costa Simoes (6), en 1854, l'herpès furfuracé; et enfin Heinecken (7) en 1823 parle d'une éruption papuleuse.

A propos de vos observations et de celles de M. Landouzy, vous m'accusez de ne pas avoir cité celle de M. Champouillon; je ne la connaissais pas, en écrivant une thèse, je l'avoue; mais il n'y a rien d'étonnant quand je vois que vous, le spécialiste de la gangrène diabétique, vous avez oublié dans votre article celles de MM. Billard (8) en 1852, Antonio Gomes do Valle (9) en 1855, Garrod (10), Küchenmeister (11) en 1857, et Greissinger (12) en 1859. »

— Une question clinique très importante, également relative au diabète, est celle des rapports de cette maladie avec les lésions du quatrième ventricule. Les annales de la science renferment aujourd'hui beaucoup d'observations dans lesquelles la glycosurie a succédé à des coups, à des chûtes sur la tête ou sur la nuque; elles n'en possèdent pas un grand nombre où l'autopsie ait permis de constater la répétition, dans le domaine pathologique, de l'expérience physiologique de M. Cl. Bernard, à savoir : la coexistence d'une lésion matérielle du ventricule avec le diabète. Dans les cas mêmes où le centre nerveux a été trouvé altéré, il l'était, le plus souvent, dans des parties autres que le plancher du quatrième ventricule, par exemple dans les pédoncules, dans le cervelet, dans les couches optiques, etc. M. Martineau a donc apporté à la question un élément précieux dans la pièce qu'il a présentée à la *Société anatomique* en juillet 1861. Le sujet n'avait jamais eu d'autre maladie sérieuse qu'une diarrhée persistante, survenue pendant l'épidémie cholérique de 1854, quand, au mois d'août 1859, s'étant exposé à une forte chaleur, il fut pris d'une soif intense. Cette soif ne s'est plus apaisée; c'était la première manifestation d'un diabète, qui révétait bientôt tous ses caractères habituels. Le sujet éprouva, *dès le début*, des fourmillements et une faiblesse marquée dans tout le côté gauche du corps; ces symptômes durèrent trois mois, puis disparurent. Le sujet traîna d'hôpital en hôpital. Quand il entra dans le service de M. Tardieu (Lariboisière), en février 1861, il toussait depuis deux mois; l'auscultation révélait l'existence de tubercules en voie de ramollissement au sommet du poumon droit. On constata aussi, à l'ophthalmoscope, une atrophie partielle de la rétine des deux côtés, plus prononcée à gauche. La mort eut lieu le 10 juin, et à l'autopsie on découvrit (outre des tubercules dans les deux poumons et les ganglions mésentériques, une rougeur et un état ecchymotique de la muqueuse gastro-intestinale, une congestion du foie et des reins, une atrophie des deux papilles de la rétine), on découvrit, disons-nous, une altération du quatrième ventricule. Voici comment cette altération est décrite par M. Martineau :

La substance cérébrale, qui forme le plancher de ce ventricule, surtout au niveau du *calamus scriptorius*, présente une coloration grisâtre assez prononcée, surtout si on la compare à la substance d'un ventricule sain. On voit qu'il existe une injection très prononcée de cette substance, qui la fait ressembler à la substance grise; en outre, les vaisseaux qui rampent à la surface de ce ventricule sont plus volumineux, plus apparents. Notre collègue et ami, M. le docteur Luys, qui assistait à l'autopsie, reconnaît là l'altération qu'il a déjà décrite dans le diabète; pour lui, ce serait le premier degré de l'altération; dans une période plus avancée, il existe une légère ulcération de la substance cérébrale, altération que nous voyons le même jour chez un malade du service de M. Hérard (suppléé en ce moment par M. le docteur Millard), et qui a succombé comme le nôtre à un diabète.

Les symptômes de paralysie dès le début du diabète, et la conformité de l'altération trouvée à l'autopsie avec celle qu'avait déjà décrite M. Luys, sont des circonstances qui donnent à ce fait une valeur particulière.

— Le journal THE LANCET, dans son numéro du 24 août, rapporte plusieurs observations de greffe animale chez

(1) *Medical Reports of Cases*, London, 1807.
(2) *Dublin Quarterly Journal*, t. II, p. 233.
(3) *Versuch einer Pathologie und Therapie des Diabetes melitus*, Berlin.
(4) *Pathologie*, t. VI, p. 588.
(5) *Loc. cit.*, p. 43.
(6) *Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa*, agosto 1860, art. DIABÈTE, par le docteur Abel Jordao.
(7) *London Med. Repository*, 1823, p. 205.
(8) *Gazette des hôpitaux*, 14 mai 1852.
(9) *Escholiaste medico*, Lisboa, 1857, n° 2.
(10) *British Medical Journal*, 18 avril 1857.
(11) *Günsburg's Zeitschrift*, Bd. IV, p. 438.
(12) *Archiv für physiolog. Heilk.*, Bd. I, 1859.

porte-t-il? Plus de 300 par an, soit plus de 20 par établissement. Or, si l'on remarque que la répartition entre les divers asiles est loin d'être uniforme; si l'on songe que, sur un total de 2268 aliénés transférés de 1852 à 1858, 65 seulement ont été retirés par leurs familles, ne s'expose-t-on pas à transporter en province, avec les malades, l'encombrement qu'on redoute chez soi? L'encombrement est relatif. Là même où les bâtiments sont suffisants pour abriter la population, il y a encombrement si le nombre des diverses catégories de malades n'est pas en rapport avec l'étendue et les dispositions de leurs quartiers respectifs, si les ressources de l'hygiène sont insuffisantes, si le terrain manque pour l'exercice et le travail, si la tâche du médecin en chef devient trop lourde, etc.

Qu'on ajoute à ces considérations le souvenir des imperfections reprochées aux hospices de la Seine, tant sous le rapport de leur organisation que sous celui de leur disposition matérielle, et l'on ne pourra s'empêcher de conclure à l'urgence de vastes innovations. Le service est insuffisant; il faut l'étendre. Il est vicieux en plus d'un point; il faut l'améliorer. Agrandissement et réforme du service des aliénés de la Seine, voilà donc le besoin du moment.

Comment atteindre ce double but? On ne peut choisir qu'entre deux moyens. Ou élargir, en les remaniant, les établissements actuels, Bicêtre et la Salpêtrière; ou construire des asiles nouveaux. Rien de plus naturel en apparence que de donner la préférence au premier moyen. Ajoutez des bâtiments aux bâtiments, divisez les services, et vous aurez ainsi plusieurs asiles, pour ainsi dire, dans un seul asile. Cette idée est plus spécieuse que pratique. Indépendamment des difficultés, pour ne pas dire de l'impossibilité, d'approprier, par des additions et des changements, à une destination aussi spéciale que le traitement des aliénés, de vieux bâtiments destinés à un autre usage, déjà plusieurs fois rapiécés, si l'on nous passe le mot, et encore défectueux en beaucoup de parties, nous nous sentons peu porté, en fait de maisons hospitalières, à ces vastes établissements dont le développement matériel fait la principale beauté et dont les étrangers viennent admirer la marmite. Il en est des soins médicaux comme des préparations

l'homme, que nous trouvons reproduites dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (n° 122). La possibilité de réunir certaines parties du corps entièrement détachées, telles que le lobule du nez, les oreilles, l'extrémité des doigts, ne peut plus faire doute aujourd'hui, et nous avons montré, il y a plusieurs années (*Gazette hebdomadaire*, t. Ier, p. 647, au *Feuilleton*), que la réunion des oreilles amputées était de pratique vulgaire en Angleterre au temps de Charles Ier. Néanmoins, les observations de cet ordre ont encore assez d'intérêt pour qu'il y ait lieu de les enregistrer.

1° Le premier cas relaté par THE LANCET appartient à M. Nichols, qui l'a observé en 1846. Un vieillard, en tombant sur un morceau de bois, eut l'extrémité du nez arrachée ; cette partie, ramassée à terre, était noire, froide et couverte de poussière quand elle fut présentée à M. Nichols. La lèvre supérieure, coupée transversalement, était pendante sur l'ouverture de la bouche. Trois quarts d'heure après l'accident, le lobule du nez fut lavé, remis en place et maintenu au moyen de bandelettes agglutinatives; la lèvre supérieure fut rattachée par le même procédé. La réunion était complète le troisième jour, et a persisté.

2° Le fils d'un imprimeur, dit le docteur Mason, se présente à l'hôpital : « Je viens, dit-il, de me couper le doigt. — Où est le morceau? — Je l'ai remis au commissionnaire. » Celui-ci tire en effet d'un chiffon de papier toute la portion de peau appartenant à la phalange unguéale de l'index droit. Au moyen d'une suture avec des fils d'argent, on obtint une réunion parfaite. L'enfant s'était rendu à l'hôpital, distant d'un demi-mille, immédiatement après l'accident.

3° M. Jones raconte qu'un enfant accourut dans son cabinet et lui présenta l'extrémité d'un de ses doigts *qu'il venait de s'abattre* en coupant du bois. Cette partie, *qui renfermait une portion d'os*, remise en place et maintenue par des bandelettes adhésives, reprit sans difficulté.

A ces trois observations, qui sont bien du ressort de la greffe animale, puisque les parties réunies avaient été entièrement détachées, et dont l'une est particulièrement remarquable par l'existence d'une portion d'os dans le doigt abattu, M. Mason en ajoute deux, et M. Jones une, dans lesquelles les parties resoudées (2 fois l'extrémité d'un doigt et 1 fois le lobule du nez) n'avaient pas été entièrement séparées du corps. Inutile de faire remarquer que cette seconde catégorie de faits n'a pas la même importance qne la première.

A. DECHAMBRE.

---

Le docteur Rivaud Landrau a publié dans la GAZETTE MÉ- DICALE DE LYON (1er octobre 1861) une statistique port[illegible] sur *deux mille trois cent dix-sept* opérations de catara[illegible] faites par lui depuis le mois de janvier 1840 jusqu'au m[illegible] correspondant de 1860.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Opérations | par extraction. . . | 2073 | 2317 |
| — | par abaissement. . | 177 | |
| — | par division. . . . | 67 | |

1° *Extraction*. — Les opérations monoculaires sont [illegible] nombre de 1756 ; elles ont été faites sur les deux yeux 31[illegible] fois. (Il y a évidemment une erreur dans ce dernier chiffr[illegible].

Après avoir donné un tableau statistique des diverses va- riétés de cataracte traitées par ce mode opératoire et dans [illegible] détail desquelles nous ne pouvons entrer, il classe ainsi les résultats :

| | | |
|---|---|---|
| Succès complets. . . . . . . . | 1764 | 2073 |
| Succès incomplets. . . . . . . | 108 | |
| Insuccès. . . . . . . . . . . | 201 | |

Puis vient l'énumération statistique des causes qui ont amené les succès incomplets et les insuccès. Que faut-il entendre par les succès incomplets ? L'auteur ne le dit pas, et nous ne pouvons savoir à quel degré la perception des objets était possible. Nous trouvons parmi les causes de succès incomplets, 61 fois des lambeaux de cristalloïde opaque, 10 fois un albugo consécutif, 10 fois une procidence de l'iris avec cicatrice épaisse, accidents qui souvent *diminuent* le succès suffisamment pour en faire un insuccès. Mais c'est là un écueil que l'on ne peut éviter dans les tableaux statistiques, et l'auteur, en donnant l'énumération des causes auxquelles il attribue les succès incomplets et les insuccès, cherche à écarter l'erreur et l'incertitude dans les limites [illegible] possible.

2° *Abaissement*. — 177 opérations ainsi divisées : monoculaires, 113 ; sur les deux yeux, 32.

Elles ont donné comme résultats définitifs :

| | | |
|---|---|---|
| Succès complets. . . . . . . . | 102 | 177 |
| Succès incomplets. . . . . . . | 25 | |
| Insuccès. . . . . . . . . . . | 50 | |

3° *Par division ou broiement*, 67 opérations, dont [illegible]

---

culinaires ; ils sont meilleurs étant plus divisés. Des asiles d'aliénés surtout doivent avoir une médiocre étendue. Là tous les incidents de la vie des malades sont du ressort du médecin ; il importe donc que le médecin soit maître de diriger ces incidents à son gré. Or, dans un grand établissement, vous aurez beau établir des divisions, vous n'en serez pas moins obligé de maintenir certaines dispositions générales, une certaine uniformité dans les moyens d'action, qui gêneraient l'initiative des médecins. Nous voulons les chefs d'asile indépendants ; ils ne le peuvent être sous la règle et les nécessités communes d'un grand établissement, où leurs vues peuvent diverger, où leurs efforts peuvent se heurter, où ils peuvent rencontrer plus d'entraves que partout ailleurs dans une direction supérieure, qui, dans ce système, il faut le reconnaître, deviendrait nécessaire. Ajoutons enfin que le voisinage des aliénés et des autres malades de Bicêtre et de la Salpêtrière, outre qu'il ne permet pas de subordonner exclusivement les dispositions locales aux besoins des aliénés, offre des inconvénients d'un autre genre sur lesquels il est inutile d'insister.

Nous serions donc pour la construction d'asiles nouveaux [illegible] quel nombre? Cela revient à demander combien de malades de[illegible] contenir chaque asile ; car, le chiffre des aliénés de la Seine [illegible] connu, le nombre des établissements variera en proportion [illegible] nombre de malades qui sera attribué à chacun d'eux.

L'un des vices les moins contestables de l'organisation généra[illegible] du service des aliénés en France nous paraît résider dans la [illegible] charge des services particuliers. Ce vice, autrefois existant [illegible] aujourd'hui corrigé dans les hôpitaux proprement dits, [illegible] atténué par les soins d'Orfila dans les sections d'aliénés [illegible] Bicêtre et de la Salpêtrière (1), n'a disparu presque nulle part. On comprend bien qu'un seul médecin puisse diriger un [illegible] grand nombre de maniaques ou d'épileptiques que de [illegible] atteints de fièvre typhoïde ou de pneumonie. Pourtant [illegible] tromperait si l'on faisait consister toute la direction médicale d'u[illegible]

(1) A Bicêtre et à la Salpêtrière, le nombre des aliénés n'est plus en moyenne [illegible] de 280 par service.

sur les deux yeux et 17 monoculaires. Les résultats ont été :

| | | |
|---|---|---|
| Succès complets. . . . . . . . . | 55 | 67 |
| Succès incomplets. . . . . . . . | 8 | |
| Insuccès. . . . . . . . . . . . | 4 | |

Des opérations consécutives réduisent le chiffre des insuccès à 189 pour l'extraction, à 46 pour l'abaissement.

Si, au lieu de compter, pour apprécier comparativement la valeur du procédé opératoire suivi, le chiffre des insuccès ainsi que le fait l'auteur, et pour nous mettre à l'abri d'une fausse interprétation du mot succès incomplets, nous ne comptons que les succès complets, nous trouvons :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Extraction. . | 1761 succès | sur 2073 op. | , ou 82 p. 100 | | | |
| Abaissement. | 102 | — | 177 | — | 57 | — |
| Broiement. . | 55 | — | 67 | — | 82 | — |

L'avantage de l'extraction sur l'abaissement ressortirait évidemment de cette statistique. Espérons que sa publication engagera d'autres chirurgiens à publier les leurs. Celle-ci a au moins le mérite d'être complète, en ce sens qu'elle porte sur la pratique d'un seul opérateur.

Léon Le Fort.

---

II

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### Pathologie interne.

De l'amblyopie diabétique, par le docteur Ern. Lecorché, ancien interne des hôpitaux.

HISTORIQUE.

Depuis longtemps on avait été frappé de la facilité avec laquelle les organes de la vision traduisent à l'extérieur, par des troubles qui leur sont propres, les affections générales les plus variées : depuis longtemps on avait mentionné des troubles amblyopiques coïncidant avec des états cachectiques divers ; mais on s'était contenté de signaler le fait de l'amblyopie ou de l'amaurose, sans parler du mode de développement et de la terminaison de cette affection, qui était regardée comme essentielle ; cette idée avait empêché de chercher l'explication de cette manifestation dans l'étude des lésions cadavériques, qui, du reste, ne pouvaient être examinées d'une manière assez délicate. Des travaux récents répandirent quelque lumière sur le sujet qui m'occupe en ce moment ; une connaissance plus approfondie des maladies, accompagnées d'amblyopie, permit de les séparer, tout en continuant de regarder comme une des causes de cette amblyopie, et sans doute la plus puissante, le lien qui les avait longtemps fait confondre dans un même groupe : je veux dire la cachexie profonde qu'elles amènent toutes nécessairement, dans un laps de temps plus ou moins long. On commença par décrire des troubles visuels, symptomatiques de la néphrite albumineuse (maladie de Bright), de la syphilis, de l'intoxication saturnine, de certaines diarrhées, etc.... ; puis, ces maladies mieux connues, on pensa que la cachexie n'était pas la seule cause de ces troubles, que ces amblyopies n'étaient pas toujours essentielles, et qu'elles devaient emprunter quelques caractères distinctifs à la nature si diverse de chacune des affections au milieu desquelles elles apparaissent. Des recherches tentées avec l'ophthalmoscope permirent d'élucider cette question ; à l'aide de cet instrument, on put se rendre compte de ces troubles visuels, qu'on avait jusque-là regardés comme dynamiques, et leur assigner, le plus souvent, une cause matérielle, qui n'était qu'une des conséquences de la maladie principale ; on fut tout surpris de rencontrer dans les yeux des lésions, qui déjà avaient été constatées dans d'autres organes, et dont on aurait pu soupçonner l'existence.

Les troubles visuels dus à la syphilis et à la néphrite albumineuse, troubles qui, par leur fréquence et leur ténacité, devaient les premiers frapper l'esprit des observateurs, furent aussi les premiers étudiés. Les recherches se multiplièrent, et, dans l'espace de quelques années, la nature des lésions qui caractérisent ces deux espèces d'amblyopie fut si bien établie, qu'il est actuellement possible de s'élever de la connaissance d'une altération locale au diagnostic de la maladie générale (néphrite albumineuse, syphilis) qui la produit.

Ces résultats engagèrent à entreprendre pour le diabète ce qui avait été fait avec tant de succès pour la syphilis et la néphrite albumineuse ; mais, il faut le reconnaître, l'histoire des troubles amblyopiques, symptomatiques de la glycosurie, est encore inachevée, et c'est dans l'espoir de jeter quelque jour sur ce problème que j'ai cru pouvoir me demander, si l'amblyopie glycosurique n'a pas, comme les amblyopies syphilitiques et albuminuriques, une valeur diagnostique et pronostique importante ; si les altérations oculaires ne sont pas toujours les mêmes, et, le diabète n'étant pas constamment mortel, quelles sont les chances de curabilité de cette amblyopie ?

Comme l'existence de cette manifestation glycosurique n'a pas suscité autant de controverses que celle de la cataracte (Lecorché, *Archives générales de médecine*, 1861, *De la cataracte diabétique*), comme les auteurs l'admettent à l'unanimité, je me dispenserai de relater ici les observations nombreuses qui en parlent ; je me contenterai d'indiquer celles qui renferment les détails les plus circonstanciés, et qui contiennent des indications ophthalmoscopiques précises. Elles me donneront la facilité d'imiter l'exemple judicieux de M. Landouzy (*Gazette médicale*, 1849, *De la coexistence de l'amblyopie et de la néphrite albumineuse*), et d'établir pour l'am-

---

asile, même sous le rapport moral, dans de certaines pratiques communes, nous ne disons plus à tous les sujets, ce qui serait absurde, mais seulement à telle ou telle catégorie de malades. Il est beaucoup d'aliénés qui ont besoin de subir individuellement l'influence morale du médecin ; travail de transformation qui exige des relations soutenues, une action lente, quotidienne, obstinée, une suite d'efforts combinés, — en somme du temps ; or, le temps a une mesure inflexible, et l'on n'en peut accorder à chacun une part suffisante s'il le faut morceler à l'excès. La statistique officielle de la France apporte à cet égard un document curieux, relevé par M. Lisle (*loc. cit.*), et duquel il ressort que c'est généralement dans les asiles les moins peuplés qu'on a obtenu le plus grand nombre de guérisons. « Dans la Charente (hospice d'Angoulême), sur 50 malades traités, on en a guéri 15 ou 300 pour 1000 ; dans l'Eure (hospice d'Évreux), on en a guéri 11 sur 72, ou 153 pour 1000 ; dans le Cher (asile départemental de Bourges), 20 sur 141, ou 143 pour 1000 ; mêmes chiffres pour le Doubs (asile départemental de Besançon) ; dans le Tarn-et-Garonne (hospice de Montauban), on en a guéri 17 sur 126, ou 135 sur 1000 ; dans la Vienne (hospice de Poitiers), 25 sur 209, ou 120 sur 1000 ; et enfin dans le Gers (asile départemental d'Auch), 21 sur 188, ou 112 sur 1000. D'un autre côté, dans les Côtes-du-Nord (hospice de Saint-Brieuc, on n'a plus guéri que 47 malades sur 803, ou 59 sur 1000 ; dans l'Oise (établissement privé de Clermont), 83 sur 1463, ou 57 sur 1000 ; dans l'Ain (établissement privé de Bourg), 35 sur 648, ou 54 sur 1000 ; dans la Meurthe (asile de Maréville), 48 sur 1348, ou 36 sur 1000 ; dans la Seine-Inférieure (asile de Saint-Yon), 90 sur 1320, ou 68 sur 1000 ; dans le Calvados (Bon-Sauveur-de-Caen), 71 sur 865, ou 82 sur 1000 ; enfin dans le Bas-Rhin (asile de Stephansfeld), 52 sur 718, ou 72 sur 1,000. » Certes, nous n'affirmons pas que le plus ou moins d'assiduité dans le traitement des aliénés soit la cause exclusive de ces différences dans le chiffre des guérisons ; mais on peut au moins présumer que c'en est une des causes principales.

Si l'administration se range au système de la création de nou-

blyopie diabétique, comme pour l'amblyopie albuminurique, deux degrés bien tranchés dans la perte de la vision. Elles me permettront de décrire une amblyopie diabétique légère et une amblyopie diabétique grave. Cette division, qui repose sur la nature même des troubles fonctionnels ou des lésions matérielles qui engendrent l'amblyopie, est d'une haute importance, ainsi qu'on le verra dans le cours de cet article.

Willan (*Cases of the Diabetes Mellitus*, by John Rollo, second edition. London, 1798, p. 331) parle d'une amblyopie qui survint chez un jeune homme de vingt-cinq ans. Le malade se plaignait d'un brouillard qui obscurcissait ses deux yeux; la vision était imparfaite, et lorsqu'il voulait lire ou écrire, il y avait diplopie.

Leigh (Rollo, p. 336) dit que, chez un homme de trente-huit ans, la vue était troublée par une vapeur jaunâtre.

Nicolas et Gueudeville (*Recherches et expériences sur le diabète sucré*, séance du 11 fructidor, *Inst. nat.*) mentionnent un affaiblissement de la vue dans les deuxième et troisième observations qu'ils rapportent.

W. Prout (*An Inquiry into the Nature and Treatment of Diabetes*, 1825) note comme un fait habituel la perte de la vue dans le diabète.

J.-Pierre Franck (*Traité de méd. prat.*, article DIABÈTE, p. 406, trad. de J.-M.-C. Goudareau, 1842) raconte l'histoire d'un malade, et voici ce qu'il dit à propos des troubles visuels : Un changement notable surtout s'était opéré dans la vue, auparavant excellente ; nul objet ne pouvait plus être distingué à dix pas.

Destouches (*Du diabète sucré*, thèse inaugurale, 1817) et Renaudin (*Dict.* en 60 vol., article DIABÈTE) signalent la cécité complète, due à la paralysie diabétique des nerfs optiques.

Fabre (*Dict. des dict. de méd.*, 1840) parle d'affaiblissement de la vue, quelquefois d'éblouissements, et Berndt (*Encyclop. Wörterbuch der med. Wissenschaften*, article DIABETES), d'amblyopie aboutissant peu à peu à la cécité.

Carolus Liman (*Quelques observations de diabète sucré*, thèse, Berlin, 1842) cite, dans sa première observation, un homme de trente-deux ans dont la vue était tellement affaiblie, qu'il ne pouvait reconnaître les objets qu'à l'aide d'un verre grossissant.

M. Miahle (*Arch. méd.*, 2e vol., p. 520, 1844 ; 2e vol., p. 493, 1848) a fréquemment trouvé des troubles visuels chez les diabétiques. Il en est de même de M. Bouchardat (*Ann. thérapeutique*, 1846), qui, chez 32 malades, a rencontré 8 fois l'amblyopie. Ainsi que M. Miahle, cet auteur a pu constater l'action que semble exercer sur la vision une augmentation notable de la sécrétion glycosurique de l'urine.

M. Landouzy (*loc. cit.*), regardant comme adoptée la présence de l'amblyopie dans le diabète, cherche à établir dans un parallèle remarquable les caractères qui la distinguent de l'amblyopie albuminurique.

MM. Marchal de Calvi (*Journ. méd. chir.*, 1853, p. 23), Dionis (*Moniteur des hôpitaux*, 1857), Gunzler (*Ueber Diabetes mellitus*, inaug. Abhandt; Tubingue, 1856), et Graaf (*Ueber die mit D... mellitus vorkommenden Seh-Stockungen*, in *Arch. für Opht.*, 18.. et *Com. or.*) parlent aussi des troubles amblyopiques qui surviennent dans le cours du diabète ; mais c'est assurément M. Fauconneau-Dufresne (*Existe-t-il une cataracte diabétique*, dans *Journ. conn. méd.*, n° 15, 1860) qui les a le plus souvent observés, puisqu'il les a rencontrés 20 fois sur 162 malades.

A ces observations viennent s'ajouter d'autres que nous emprunterons à la clinique ophthalmologique de Jæger (*Beiträge zur Pathologie des Auges*, Wien, 1855), à l'ouvrage théorique et pratique de M. Desmarres (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 2e édit., 1858) ; j'y joindrai enfin quelques faits qui me sont personnels (*loc. cit.* et obs.)

### ÉTIOLOGIE.

Il est difficile d'établir la fréquence de cette manifestation. Ceux qui parlent de l'amblyopie diabétique n'indiquent pas suffisamment dans quelle proportion ils l'ont rencontrée ; ceux qui l'indiquent, transmettent des observations trop peu nombreuses pour avoir une bien grande valeur. Ainsi, dans Rollo (*loc. cit.*), on trouve 2 fois l'amblyopie sur 37 malades ; Nicolas et Gueudeville l'ont constatée 2 fois sur 3 ; Gunzler, 3 fois sur 5 ; MM. Bouchardat, 8 fois sur 32, et Fauconneau-Dufresne, 20 fois sur 162.

Les seules conclusions qu'on puisse tirer de ces statistiques, les seules qui soient légitimes, sont celles que fournissent les cliniques de MM. Bouchardat et Fauconneau-Dufresne, qui reposent sur un chiffre d'observations déjà considérable. Il résulte, pour M. Bouchardat que l'amblyopie se rencontrerait une fois sur 4 1/2, et seulement 1 fois sur 8 pour M. Fauconneau-Dufresne. Bien que ces résultats diffèrent essentiellement de ceux que donnent les statistiques de Nicolas et Gueudeville et de Gunzler, *je n'hésite point* à les accepter, et, s'il m'était permis de me prononcer, obéissant à mes impressions personnelles, je serais porté à penser que la proportion signalée par M. Bouchardat *est, sans doute*, celle qui s'appproche le plus de la vérité.

Les observations que j'ai défalquées, et qui contiennent sur les malades des renseignements précis, m'ont conduit à admettre que l'amblyopie diabétique est assez rare au-dessous de vingt-cinq ans ; qu'elle apparaît, le plus souvent, de vingt-cinq à quarante ans ; que les hommes en sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes ; mais je dirai tout de suite qu'il ne faut ajouter à cette immunité dont semble jouir le sexe féminin qu'une médiocre confiance, car elle pourrait n'être qu'apparente, et tenir à ce que le diabète atteint plus souvent l'homme que la femme.

L'amblyopie légère se montre de préférence dans le diabète passager, à son début, mais n'est point étrangère au diabète grave. L'amblyopie permanente ou grave ne se rencontre que lors de diabète confirmé, avec lésion probablement cérébrale. Elle est quatre fois moins fréquente que l'amblyopie légère.

---

veaux asiles, et si en même temps sa commission lui persuade de grossir le moins possible la population de chaque asile, elle doit s'attendre à des frais considérables. Orfila ne voulait pas qu'on accordât plus de 100 aliénés à chaque médecin. Il est bien clair que ce chiffre ne peut être accepté par l'administration, les hospices de Paris (non compris Charenton) renfermant, en chiffre rond, 4200 aliénés. Ce seraient quarante-deux asiles à construire ; sans compter les nouvelles exigences que ne tarderont pas à créer l'augmentation croissante de la population et les autres causes qui vont élevant, d'année en année, le chiffre des aliénés du département. Il ne nous paraît pas possible d'imposer à une administration la dépense d'un asile pour une centaine de malades qui, devant être répartis par section, réduiraient presque à rien la part de chaque quartier. Du reste, la population respective des asiles devrait varier suivant qu'on admettrait dans tous un certain nombre d'idiots et d'épileptiques, ou qu'on rassemblerait les idiots et les épileptiques dans des établissements spéciaux ; car ces dernières catégories de malades, n'appelant pas l'intervention médicale aussi impérieusement ou du moins aussi assidûment que les autres, pourraient être confiées en plus grand nombre au même médecin. Dans ce dernier cas, à notre sens, le chiffre des malades par asile pourrait être élevé à 400 ou 450 ; mais, dans le premier, nous ne voudrions pas qu'il dépassât 350 (1). Conséquemment, ce serait, *pour le présent*, une dizaine d'asiles à construire, en outre des asiles spéciaux pour les épileptiques et les idiots.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

(1) Encore vaudrait-il mieux rester au-dessous de ce chiffre, si ce n'était accroître la dépense.

Les opinions émises sur les causes prochaines de l'amblyopie sont nombreuses et variées ; je les passerai brièvement en revue.

Les lésions propres à l'amblyopie grave résideraient, suivant M. de Graaf, tantôt dans le cerveau, elles constitueraient alors l'amblyopie cérébrale (*loc. cit.*), tantôt dans la rétine, qui serait atrophiée (*loc. cit.*, et *Comm. or.*) ou le siége d'hémorrhagie et, consécutivement, de dégénérescences graisseuses (Jæger, Desmarres, *loc. cit.*). D'autres fois, l'amblyopie existerait sans lésion apparente ; c'est dans ces cas, qui semblent être assez nombreux, qu'on a cru à l'existence d'un trouble purement fonctionnel de la rétine.

Lorsqu'on veut rechercher la nature des lésions qui produisent l'amblyopie légère, on s'aperçoit que les opinions des auteurs ont encore plus de vague; qu'elles sont toutes plus ou moins hypothétiques. Pour l'expliquer, les uns invoquent un trouble de l'humeur aqueuse par une sécrétion trop abondante de sucre; un changement dans sa constitution; d'alcaline elle deviendrait acide sous l'influence du diabète, et perdrait ainsi sa transparence (Mialhe, *loc. cit.*); d'autres (de Graaf, *loc. cit.*) parlent de l'atonie du muscle de Bruecke; d'autres enfin, d'une simple perversion fonctionnelle et passagère de la rétine. Sans me prononcer actuellement sur la valeur de ces différentes opinions que j'aurai l'occasion de discuter plus loin, je passe à la symptomatologie.

SYMPTOMATOLOGIE.

*Amblyopie légère.* — C'est au début du diabète ou dans les premiers mois de son apparition que se montre l'amblyopie légère. Elle attire l'attention du malade et l'inquiète assez parfois pour qu'en l'absence des signes caractéristiques de la glycosurie (l'*augmentation de la soif et de l'appétit*) il se décide à consulter un médecin (Bouchardat, *loc. cit.*). Elle coïncide avec des symptômes généraux, et, bien qu'elle n'ait point l'importance prémonitoire de l'amblyopie albuminurique, elle mérite cependant d'être signalée, car elle peut, dans ces cas, servir utilement au diagnostic de la maladie principale.

L'amblyopie légère rend la lecture difficile et même impossible au malade, qui a besoin de s'aider de verres grossissants (Liman, *loc. cit.*). Les objets semblent enveloppés d'un nuage plus ou moins épais, quelle que soit l'intensité du foyer lumineux qui les éclaire. Ces troubles passagers, qui peuvent persister très longtemps et guérir complétement ensuite, disparaissent souvent sans cause apparente (Lécorché, *loc. cit.*); d'autres fois c'est à la suite d'un traitement approprié qu'ils se dissipent. Dans une observation de M. Mialhe (*loc. cit.*), deux ou trois jours de traitement suffirent pour rendre au malade toute la netteté primitive de sa vue. M. Bouchardat (*loc. cit.*) a été témoin de faits analogues. Ces troubles visuels passagers, qui, au premier abord, paraissent liés à la sécrétion plus ou moins abondante du sucre, augmentent quelquefois d'une manière évidente, pendant la digestion, alors que l'urine contient une plus grande quantité de sucre. C'est ce qui arrivait chez une malade que j'ai eu l'occasion d'examiner dans le service de M. Béhier, et dont les rétines ne présentaient aucune lésion manifeste à l'ophthalmoscope. J'avais déjà constaté cette particularité quelque temps auparavant, et d'une manière plus évidente, chez un militaire atteint de diabète. Le matin, il voyait assez distinctement pour saisir des objets de petit volume; dans le courant de la journée, et, surtout après les repas, il pouvait à peine se conduire.

L'amblyopie légère, généralement double, atteint inégalement les deux yeux; elle peut durer de quelques jours à plusieurs mois, puis disparaît peu à peu, rarement d'une manière brusque, et ne laisse d'habitude aucune trace de son passage. Lorsqu'elle persiste pendant la durée du diabète, c'est qu'elle a changé de nature, c'est qu'elle s'est compliquée de lésion rétinienne ou cérébrale (de Graaf). Les troubles visuels sont alors plus marqués, et l'on se trouve en présence d'une amblyopie grave, peu susceptible de guérison. L'amblyopie légère récidive fréquemment, et, dans ces cas malheureux, elle se complique souvent d'amblyopie grave ou de cataracte, dont elle n'est, pour ainsi dire, que le prodrome.

*Amblyopie grave.* — Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'amblyopie grave n'apparaît qu'à une période très avancée du diabète (Nicolas et Gueudeville, *loc. cit.*). Comme l'amblyopie légère, elle envahit en même temps les deux yeux (Willan, Leigh, Car. Liman, *loc. cit.*), et, comme elle aussi, ne les atteint qu'inégalement (de Graef, *loc. cit.*). Les auteurs qui parlent de cette amblyopie, ceux qui mentionnent l'amaurose diabétique (Renaudin, Berndt, *loc. cit.*), ne donnent que peu de détails sur la marche de cette affection. Aussi est-il difficile d'être fixé sur le début ordinaire de cette amblyopie. D'après diverses observations, je crois, toutefois, que le développement insensible de cette manifestation est de beaucoup le plus fréquent, et qu'on doit regarder comme exceptionnels les cas d'amblyopie qui aboutissent rapidement à une cécité complète.

Les malades atteints de cette amblyopie se plaignent tantôt d'un brouillard épais, parfois jaunâtre (Leigh, *loc. cit.*), qui obscurcit leur vue, ils ne peuvent ni lire ni écrire; tantôt ils accusent des troubles variés, se plaignent de diplopie (Willan, *loc. cit.*), ce qui tient apparemment à l'altération plus prononcée de l'un des yeux. D'autres fois ils n'aperçoivent plus dans leur direction normale les objets qui leur apparaissent renversés (Dionis, *loc. cit.*); d'autres fois enfin ils sentent que leur marche est mal assurée; qu'ils sont obligés d'étudier plus attentivement le terrain sur lequel ils s'aventurent. C'est que, chez ces malades, le champ d'avertissement de la rétine a notablement diminué d'étendue, et que la vision ne s'exerce plus que par une partie plus ou moins restreinte de cette membrane.

Dans une observation de M. de Graaf, les signes rationnels de cette affection étaient encore plus curieux : ils revêtaient une forme que je n'ai point rencontrée ailleurs. Le malade ne voyait que la moitié des objets, leur moitié gauche. La perception visuelle cessait brusquement, suivant une ligne verticale qui divisait en deux parties égales l'objet que regardait le malade. Dans ce cas intéressant, la partie externe de la rétine gauche et la partie interne de la rétine droite étaient complétement insensibles. Pour expliquer ce trouble visuel, qui coïncidait avec un état parfaitement normal des yeux, il fallait nécessairement en rechercher la cause dans un point éloigné, dans l'encéphale, au-dessus de l'entrecroisement des fibres nerveuses, qui se réunissent pour constituer les nerfs optiques. C'était le seul moyen de se rendre compte de cette amblyopie ; c'est ce que fit M. de Graaf, qui se crut en droit d'en conclure à l'existence d'une amblyopie cérébrale diabétique. C'est même en se fondant sur des faits analogues, que la clinique lui avait déjà révélés, qu'il est revenu à l'ancienne théorie de la vision normale binoculaire, et qu'il admet dans cet acte la solidarité des nerfs optiques.

Une fois déclarée, l'amblyopie grave va toujours progressant ; mais il est rare qu'elle produise une cécité absolue, ce qui doit tenir à ce que, apparaissant dans la période ultime de la glycosurie, les lésions fonctionnelles ou matérielles qui y donnent lieu n'ont pas toujours le temps de se développer entièrement et d'envahir toute la rétine, qui n'est alors lésée que dans une partie plus ou moins grande de son étendue.

Quel que soit le début de cette affection, quelle que soit la rapidité de sa marche, quelle qu'en soit l'ancienneté, on ne trouve à aucune époque de son développement ces troubles variés qui tourmentent si souvent l'albuminurique affecté d'amblyopie : je veux parler de ces points fixes, de ces taches lumineuses, de ces éclairs éblouissants, témoins accusateurs d'un état inflammatoire ou tout au moins congestif des membranes profondes de l'œil, et qui, en dehors de tout examen ophthalmoscopique, peuvent faire craindre l'existence d'hémorrhagies rétiniennes.

Si l'on examine le globe oculaire des diabétiques affectés d'amblyopie, on ne rencontre point à l'extérieur d'altérations manifestes. MM. Leudet, Dionis, Himly (*loc. cit.*), ont bien, à la vérité, signalé l'opacité de la cornée, la kératite, le ptérygion ; mais ces lésions me paraissent avoir précédé l'apparition du diabète et lui être tout à fait étrangères. A l'exception de la cataracte, dont je me suis occupé dans un autre travail, on ne rencontre pas dans les milieux réfringents d'altération manifestement diabétique. C'est

dans la rétine qu'on doit chercher la cause des troubles variés que je viens de décrire.

Si l'on veut circonscrire le champ périphérique de cette membrane, on trouve que, dans certains cas (de Graaf trois fois, *loc. cit.* et *Comm. or.* 58-59), il a sensiblement diminué d'étendue, et qu'il présente à sa circonférence des échancrures plus ou moins considérables. On procède à cet examen, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, en faisant fixer au malade, avec un seul œil, un objet plus ou moins éloigné. Pendant ce temps on promène autour de l'orbite, à une distance voulue, un corps fortement éclairé, et l'on note les positions dans lesquelles ce corps échappe à la vue du malade. C'est dans les points de la rétine correspondant à ces différentes positions que siége l'altération. Lorsque la rétine est lésée, les phosphènes disparaissent en partie ou sont moins accusés; les changements qu'ils éprouvent sont alors en rapport avec l'état de la rétine, et servent à contrôler les données qu'a fournies la délimitation du champ périphérique.

A l'ophthalmoscope, on trouve la papille du nerf optique d'un blanc nacré, diminuée de volume, parfois manifestement excavée, et, comme il n'est point habituel de rencontrer une atrophie parfaitement généralisée, la papille est d'ordinaire déformée à son pourtour. Les vaisseaux qui en émergent sont tortueux et les artères moins volumineuses que les veines. On n'aperçoit bien nettement que les troncs de ces vaisseaux; il est difficile d'en suivre les branches, qui, sans doute, deviennent en partie imperméables, ce qui donne au fond de l'œil une coloration générale moins rouge, une teinte un peu pâle et grisâtre.

D'autres fois, on apercevrait, suivant certains auteurs (Jæger, Desmarres, *loc. cit.*), des traces d'hémorrhagies rétiniennes plus ou moins nombreuses; des suffusions sanguines ordinairement placées dans l'angle de biffurcation d'un vaisseau, plus rarement sur son trajet ou à quelque distance, isolées ou en groupes, généralement peu étendues, affectant, du reste, la même disposition et présentant le même mode de terminaison que celles des hémorrhagies rétiniennes albuminuriques, c'est-à-dire la dégénérescence graisseuse ou la résorption plus ou moins complète (Lécorché, Thèse inaug., 1858, *De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse*).

Enfin, il est des cas d'amblyopie diabétique qu'on ne peut expliquer par des altérations matérielles; la rétine et la pupille du nerf optique, ne présentant aucune trace d'altération apparente à l'ophthalmoscope, on est obligé d'attribuer ces espèces d'amblyopies, tantôt légères, tantôt graves, à une perversion fonctionnelle ou dynamique de la rétine ou des centres nerveux.

Avec M. de Graaf, je rejette du cadre des lésions caractéristiques de l'amblyopie diabétique la choroïdite chronique, qu'il a rencontrée deux fois, et qu'il regarde comme un fait de simple coïncidence.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

A l'autopsie, on trouve les altérations de l'atrophie de la rétine. Cette membrane est pâle et décolorée. La papille du nerf optique, qui est peu saillante et souvent excavée, contient, ainsi que le nerf optique lui-même, des amas plus ou moins considérables de grains de fécule, des granulations graisseuses, qu'on rencontre dans les interstices des fibres nerveuses qui les constituent (obs.). Les tubes nerveux paraissent sains; leur contenu n'est point altéré. Les vaisseaux, diminués de calibre, ne présentent dans leurs parois aucun signe de dégénérescence graisseuse; à leur intérieur, on n'aperçoit que de rares globules sanguins qui permettent d'en reconnaître la nature.

Les lésions qui accompagnent les hémorrhagies rétiniennes diabétiques doivent être les mêmes que celles des hémorrhagies albuminuriques; mais il est difficile de se prononcer sur ces altérations glycosuriques, puisqu'il n'existe pas, que je sache, d'observations nécroscopiques qui les relatent.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

## III

## REVUE CLINIQUE.

### OBSERVATION D'ACCIDENTS GRAVES DÉTERMINÉS SUR LA PEAU PAR LA RUE (*Ruta graveolens* L.), présentée à l'Académie de médecine par J. LÉON SOUBEIRAN.

Il existe, comme on le sait déjà, un certain nombre de plantes indigènes ou acclimatées dans notre pays, qui déterminent, lorsqu'elles sont mises en contact avec la peau, des phénomènes éruptifs offrant quelquefois une certaine gravité, tels sont les *Pastinaca* et les *Spondylium*, et surtout les fustets ou *Rhus* (voy. *Gaz. méd.*, t. VIII, p. 698). Mais il en est encore quelques-unes dont l'action n'a pas encore été signalée et surtout décrite avec détail, au point de vue particulier qui nous occupe aujourd'hui.

La rue, *Ruta graveolens* L., a sur l'économie, lorsqu'elle est administrée à l'intérieur, une action énergique, bien connue de tous les médecins; mais celle qu'elle exerce lorsqu'elle est mise immédiatement en contact avec la peau, n'a été encore exposée nettement par personne, que nous sachions. Les seules indications que nous ayons trouvées, relatives au fait dont nous désirons rapporter aujourd'hui un exemple à l'Académie, se bornent à quelques lignes de Matthiole et de Bulliard. Le commentateur de Dioscoride signale les propriétés rubéfiantes de la rue, indique son emploi comme sinapisme, et ajoute : « Quand elle est en fleur, et qu'on » la cueille pour la confire en saumure, elle cause des boutons et » pustules aux mains, et les fait devenir rouges, y causant une démangeaison et inflammation véhémentes. Et ainsi il se faut engraisser les mains et le visage, quand on la veut cueillir. » (P. 292, édit. du Pinet, 1860.) Bulliard, dans son *Traité des plantes vénéneuses et suspectes*, p. 150, 1784, est plus bref encore, car il dit seulement : « Si on la manie longtemps, la peau s'enflamme » et les mains enflent. » Poiret enfin, dans sa *Flore médicale*, dit que les feuilles de rue, broyées et appliquées sur la peau, produisent du prurit et de la rubéfaction. Telles sont les seules indications que nous avons rencontrées, et nous devons faire remarquer que les jardiniers, qui ont souvent, dans les jardins botaniques, occasion de manier la rue, et qui connaissent, par une expérience trop fréquente, les fâcheux effets des fustets (*Rhus*), n'ont jamais rien remarqué de semblable aux faits que nous allons exposer.

OBS. — Dans le courant du mois d'août 1860, un de nos amis, M. L. Puel, pharmacien à Figeac (Lot), eut occasion de récolter, pour une collection botanique, un nombre considérable d'échantillons de *Ruta graveolens*, L., en fruits. Ne se méfiant pas de quelque action particulière de la plante, il la ramassa sans prendre plus de précautions que celles usitées par un botaniste qui veut préparer un échantillon; et ce ne fut que plus tard, lorsque les accidents se furent développés, qu'il se souvint que, l'année précédente, deux jeunes filles qu'il avait chargées de lui apporter une grande quantité de feuilles de rue, pour préparer l'extrait nécessaire à l'approvisionnement de sa pharmacie, avaient eu les mains affreusement excoriées à la suite de ce travail. Toujours est-il que la nuit suivante, M. Puel éprouva une démangeaison très vive sur la partie supérieure des mains, qui se couvrirent de rougeurs. Le lendemain, ces rougeurs étaient remplacées par des vésicules remplies d'un liquide transparent et fortement colorées en rouge à leur base; le nombre de ces vésicules était beaucoup plus considérable entre les doigts que sur le reste de la main; leur disposition générale était celle de groupes plus ou moins nombreux, dont quelques-uns paraissaient réunis entre eux par une traînée rougeâtre d'un aspect particulier, qui offrait une certaine analogie d'aspect avec les sillons déterminés par l'*Acarus scabiei*. La démangeaison alla en augmentant, et le deuxième jour les boutons vésiculeux s'étaient développés et couvraient presque complétement les deux mains, et surtout la droite, qui s'était trouvée en contact plus direct et plus prolongé avec la plante : l'aspect général avait une grande analogie avec celui d'une éruption sarcoptique. Au bout de deux jours, pendant lesquels le prurit ne cessa de se faire sentir (et principalement pendant la nuit où il était insupportable), les groupes de vésicules se trouvèrent assez rapprochés pour se réunir ensemble, et il apparut alors, dans ces points de réunion, de larges phlyctènes dont l'aspect ne saurait mieux être comparé qu'à celui qu'auraient présenté les mains soumises à une vésication incomplète par les cantharides. Cet état persista pendant dix ou douze jours, après quoi l'inflammation diminua et les mains se dépouillèrent de leur épiderme; mais l'influence fâcheuse de la plante

n'était pas terminée, car quinze jours ou trois semaines après la guérison apparente, il se manifesta sur quelques points des mains et dans l'intérieur de la paume, de petites vésicules remplies d'un liquide analogue à celui que laissait exsuder l'éruption primitive, et disposées toutes par groupes, comme si elles eussent été le résultat de l'action de quelque animalcule.

Lorsque les mains furent à peu près guéries, les orteils des deux pieds furent le siége d'une démangeaison très vive, et il se développa sur cette partie du corps des vésicules tout à fait identiques avec celles des mains. Très certainement ces accidents ne sont pas dus, comme ceux des mains, à l'action directe de la rue, puisque les pieds se trouvaient garantis par des chaussures fortes, mais résultant du contact immédiat avec les mains lorsque le malade voulait se chausser ou se déchausser, et, ce qui le prouve, c'est que l'affection ne s'est montrée aux membres inférieurs que plusieurs jours après l'invasion des mains.

Cette année, vers la fin du mois de juin, M. L. Puel entreprit de compléter sa collection botanique de rue par la récolte d'échantillons en fleurs ; mais, comme la floraison était déjà un peu avancée, bien qu'il eût oublié de prendre des gants qui devaient empêcher un contact trop direct avec la plante, il se mit à l'œuvre. Mais pour éviter autant que possible le retour des fâcheux accidents qu'il avait éprouvés l'année dernière, il eut la précaution de pincer délicatement l'extrémité supérieure de chaque rameau avec le pouce et l'index de la main droite, et de couper la tige avec des ciseaux bien tranchants. Le soin apporté dans la récolte fit que les mains, et surtout la gauche, n'ont que peu ou pas été en contact avec la plante, et cependant les accidents que M. L. Puel avait éprouvés l'année dernière se sont représentés encore cette année, et ont même offert une intensité beaucoup plus grande. Il fut malade pendant trois semaines, et avait, dans un état pitoyable, les mains qui semblaient avoir été complétement dénudées comme par l'action de l'eau bouillante, tant elles étaient excoriées. La main droite surtout, qui s'était trouvée en contact direct, quoique cependant par l'extrémité seule de deux doigts, avec la plante, n'était littéralement plus qu'une plaie profonde, depuis le poignet jusqu'aux dernières phalanges. Une fièvre intense, qui accompagnait les accidents locaux, obligea le malade à garder le lit pendant cinq à six jours.

Très certainement l'intensité plus marquée des phénomènes qui se sont développés cette année, peut être attribuée à ce que la température, qui était très élevée, en déterminant une moiteur considérable de la peau et une sudation prolongée, l'avait rendue beaucoup plus impressionnable. Mais nous pensons qu'une cause qui a dû influer beaucoup ici, qui a certainement exercé le plus grand rôle dans l'intensité des phénomènes que nous avons rapportés, appartient à la plante elle-même. En effet, elle ne se trouvait pas dans le même état de végétation que l'année dernière, et on sait qu'au moment de la floraison, quand la nature se prépare à la formation des graines qui doivent reproduire la plante, il y a une sorte de surexcitation vitale, s'il nous est permis d'employer cette expression, et, par suite, les propriétés générales de la plante ont une énergie beaucoup plus grande que lorsque, par exemple, les fruits étant déjà formés, la végétation se trouve en quelque sorte arrivée à sa dernière période.

Cette affection est due très manifestement à la plante elle-même, et non à la présence d'un animalcule ou acarien quelconque, car les recherches de M. L. Puel, qui avait pensé devoir attribuer sa maladie à cette cause, en raison de l'analogie d'aspect de l'éruption avec l'éruption sarcoptique, ne lui ont pas permis de constater la présence d'un parasite ni sur lui même ni sur le végétal, et nous ne croyons pas que ce soit à une cause de ce genre qu'on puisse rapporter les phénomènes qu'a présentés le malade.

Mais à quelle partie de la plante peut-on rapporter une affection du genre de celle que nous avons décrite? Pour nous, c'est à l'huile essentielle que la *Ruta graveolens*, comme toutes les rutacées, renferme en très grande quantité, et peut-être aussi à quelques principes âcres que la plante renferme et auxquels elle doit de posséder une énergie plus grande que son essence. Nous ne serions cependant pas étonné si l'essence seule pouvait provoquer des accidents analogues à ceux qu'a présentés M. L. Puel; car s'ils n'ont pas été dus à un corps volatil, comment expliquer le fait observé cette année, par le malade, que le petit doigt, l'annulaire et toute la partie correspondante de la main droite, qui n'ont pas été en contact immédiat avec la plante, ont été cependant le siége de l'éruption la plus considérable? Peut-on admettre que la poussière très fine (huile essentielle concrète?) qui recouvre toute la surface de la plante, et qui est plus abondante au moment de la floraison, ait déterminé l'éruption? En attendant que des expériences directes et positives, que la saison ne permet plus en ce moment, aient pu être faites et viennent démontrer ce qu'il y a de fondé dans cette supposition, nous croyons être en droit de rapporter à l'huile essentielle, formant une sorte d'atmosphère autour de la plante, la maladie observée ; et cette explication nous paraît d'autant plus plausible que les botanistes ont constaté l'existence de cette atmosphère autour de plusieurs rutacées, le *Dictamnus Fraxinella*, par exemple.

Le traitement a consisté en compresses de décocté de fleurs de sureau pendant les premiers jours, et plus tard en applications de liniment oléo-calcaire.

---

## IV

## SOCIÉTES SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

ANATOMIE CHIRURGICALE. — M. *Velpeau* offre à l'Académie un exemplaire de la nouvelle édition du *Manuel d'anatomie chirurgicale* qu'il vient de publier avec la collaboration de M. *Béraud*. Il signale les principaux changements qu'il a dû faire subir à cet ouvrage pour le mettre au niveau des progrès accomplis par l'anatomie et la physiologie depuis 1837, époque de la première édition.

CHIRURGIE. — *De l'opération du bec-de-lièvre, compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé chéiloplastique*, par M. *C. Sédillot*. — Le bec-de-lièvre double compliqué de la fissure des narines, de la saillie en avant et en haut de l'os incisif ou intermaxillaire, et de la présence d'un tubercule médian plus ou moins irrégulier, et dépassant même quelquefois l'extrémité libre du nez par une sorte de prolongement en forme de trompe, est une des difformités dont la guérison présente le plus de difficultés. Notre ancien collègue et ami, le professeur Blandin, avait fait connaître et adopter un très ingénieux procédé de redressement et de conservation de l'os incisif, et il nous paraît indispensable, chez les enfants, d'y avoir recours, si l'on ne veut pas s'exposer à un insuccès presque certain. Je n'ai appliqué le procédé de Blandin que sur des enfants déjà âgés de quelques années, et je n'ai eu qu'à m'en applaudir.

Mais la chirurgie ne possède pas d'aussi brillantes ressources pour la restauration de la lèvre elle-même. Ses moitiés latérales, fortement écartées l'une de l'autre, sont étroites, minces, atrophiées, comme perdues dans les joues, confondues en partie avec les ailes du nez, séparées l'une de l'autre par le tubercule médian, et il faut, non-seulement les réunir et reformer une lèvre régulière, mais encore reproduire le contour des narines et le fermer.

Après avoir rappelé les procédés connus, et notamment ceux de Dupuytren, de Clémot (de Rochefort) et de M. Philips, M. Sédillot ajoute :

Si l'on considère ces procédés comme des ressources extrêmes, dont on doit s'applaudir, quelles qu'en soient les défectuosités, nous sommes disposé à les accepter à ce titre, mais nous croyons possible de viser plus haut, et d'arriver à des résultats plus satisfaisants.

Nous remédions à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre par un emprunt fait aux joues, comme dans beaucoup d'autres opérations anaplastiques. Une incision oblique, commencée en dehors et à 3 centimètres au-dessus de l'aile du nez, est continuée en bas dans la direction du bord libre de la lèvre, dont elle rejoint la surface avivée. Le tubercule médian taillé en V allongé, à pointe inférieure, sert en partie à former la cloison sous-nasale, et en partie à reconstituer la lèvre, comme on l'avait déjà tenté dans des conditions moins favorables. La joue détachée en dehors de ses adhérences avec l'os maxillaire, dans une étendue assez grande pour en permettre l'abaissement, est réunie de chaque côté par des sutures avec les bords opposés de l'incision et du tubercule médian. Le contour nasal est ainsi rétabli, et la lèvre augmentée en hauteur et en largeur de tout le lambeau qu'on y ajoute. On réunit alors sur la ligne médiane la totalité des surfaces avivées du bec-de-lièvre, en ayant recours au procédé que j'ai antérieurement décrit et au petit lambeau de M. Philips, et on obtient une lèvre épaisse, bien formée, et d'une hauteur convenable.

Il est nécessaire de multiplier les sutures pour prévenir tout déplacement des lambeaux, et d'opérer la réunion des plaies avec beaucoup de soin pour assurer une cicatrisation immédiate. Si

l'on a fait usage d'épingles et de la suture entortillée, il est sage de les enlever avant qu'elles n'ulcèrent la peau.

Dans le cas où les cicatrices offriraient plus tard quelques irrégularités, et seraient lâches, amincies ou froncillées, on les rendrait aisément linéaires et à peine visibles par quelques avivements complémentaires. (Période de perfectionnement.)

Nous avons signalé un danger très grave auquel les jeunes enfants sont exposés. La lèvre inférieure, devenue temporairement d'une étendue exagérée par le resserrement de la supérieure, est attirée dans l'intérieur de la bouche pendant les inspirations, et devient une cause d'asphyxie. Une surveillance attentive de la mère ou des personnes chargées de l'enfant suffit à prévenir ce grave accident.

Nous avons depuis quelques années appliqué avec succès ce procédé de chéiloplastie à des malades chez lesquels l'opération ordinaire du bec-de-lièvre avait échoué, et nous avons l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie trois dessins recueillis d'après nature par M. le docteur Willemin, médecin répétiteur à l'École impériale du service de santé, et qui représentent un de nos malades avant, pendant et après l'opération, dont les suites ont été des plus heureuses.

Le célèbre et habile chirurgien de Berlin, M. le professeur Langenbeck, a publié dans la clinique allemande un procédé qui diffère du nôtre par la forme de l'incision pratiquée sur la joue, mais dont le but est également de suppléer à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre.

C'est une preuve de la justesse des indications que nous avons signalées, et des avantages que la chirurgie pourra retirer, dans quelques cas excessivement compliqués, de l'application de l'anaplastie à l'opération du bec-de-lièvre.

Physiologie. — *Mémoire sur les tissus contractiles et la contractilité*, par M. *Ch. Rouget.* — Nous extrayons de ce mémoire les principaux passages suivants :

Partout où l'on rencontre le tissu contractile, on trouve jusqu'à la limite de ses éléments propres les fibrilles musculaires des lames, des cloisons, des gaînes de tissu plasmatique (*conjonctif*), auxquelles appartient exclusivement le système de lacunes, avec ou sans noyaux, qui s'observe à la surface ou dans l'épaisseur des groupes de fibrilles.

Les fibrilles, seul élément contractile essentiel, constituent les muscles à fibres lisses aussi bien que les muscles à fibres striées. Quelles que soient les variétés de forme et d'aspect des fibres musculaires dans les différents tissus et dans les diverses espèces animales, les fibrilles se retrouvent toujours comme élément fondamental ; elles persistent toujours conformes à un type commun, lors même que toutes les autres parties du tissu musculaire disparaissent ou se modifient profondément, lors même que le tissu plasmatique est réduit à une espèce de mucus homogène complétement dépourvu de noyaux et de cellules.

Les fibrilles sont caractérisées par leur résistance à l'action prolongée des acides très affaiblis alors que le tissu plasmatique des gaînes ou des cloisons intérieures des fibres est transformé en une gelée homogène, presque liquide. Elles réfractent fortement la lumière, et donnent lieu avec la lumière polarisée à des phénomènes de double réfraction. Elles sont caractérisées surtout par leur aspect granuleux, dû vraisemblablement à de très fines ondulations. Ces ondulations sont inhérentes à la constitution intime de l'élément musculaire, et rien ne peut les faire disparaître.

Contrairement à l'opinion de Brücke, je crois pouvoir conclure de mes recherches que la substance des muscles et celle des tissus organisés, cités plus haut, ne possèdent pas par elles-mêmes la double réfraction ; que les phénomènes de double réfraction auxquels elles donnent lieu, dans certains cas, ne sont dus ni à leur constitution chimique, ni à l'arrangement de leurs molécules, mais résultent uniquement de la forme des surfaces, de l'arrangement et de la forme des éléments anatomiques (cellules ou fibres) de ces tissus. (*Comm.* : MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

Chirurgie. — *Sur l'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse*, par M. *Paillot.* — Il y a quelques années, M. Bouchut imagina de faire l'excision des amygdales dans l'angine couenneuse comme moyen curatif de la maladie et comme prophylactique du croup. Il avait pensé que l'angine couenneuse est d'abord une maladie locale qu'on peut détruire sur place comme le charbon et la syphilis, de manière à empêcher l'*infection secondaire* de l'organisme. Plusieurs médecins ont suivi son exemple et s'en sont applaudis. J'ai fait comme eux, et dans l'épidémie qui ravage cruellement la commune de Noyers, trois fois j'ai amputé les amygdales d'enfants atteints d'angine couenneuse qui ont tous guéri sans accidents. Je donne dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie tous les détails nécessaires sur ces trois observations.

Ces observations confirment ce qui a été dit à l'Académie des sciences en 1858, et ce qui a été observé depuis par MM. Domerc et Symyan (de Cluny), à savoir, que l'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse à son début la guérit très bien, et empêche le croup de se produire. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

Physiologie. — *Sur les mouvements du cœur et leur succession*, note de M. *Beau.* — MM. Chauveau et Marey, dans une note lue à l'Académie des sciences le 7 octobre dernier, démontrent, à l'aide d'un instrument enregistreur, que le battement ventriculaire arrive après la systole de l'oreillette, et ils tirent de l'intervalle constaté avec cet instrument entre la systole de l'oreillette et le battement ventriculaire cette conclusion, que le battement ventriculaire doit être attribué à la systole du ventricule ; car s'il était produit, pensent-ils, par la diastole ventriculaire, il serait isochrone à la systole auriculaire par laquelle est chassée l'ondée qui, dans mon opinion, va dilater le ventricule.

Il n'était pas nécessaire de recourir à un instrument qui a ses incertitudes d'application et de résultats graphiques pour prouver une succession de mouvements faciles à constater au *doigt et à l'œil* quand le cœur est mis à découvert.

Les comités anglais, et avant eux Harvey, ont noté une ondulation successive qui, selon la théorie ancienne, *fait* communiquer rapidement la systole de l'oreillette avec la systole du ventricule. Cette ondulation, qui est réelle, et qui est donnée par eux à tort pour systolique, résulte tout simplement de l'ondée chassée par l'oreillette qui dilate successivement les voies cardiaques sur son passage, c'est-à-dire l'orifice auriculo-ventriculaire, puis le ventricule dans toute son étendue.

Puisqu'il y a une ondulation diastolique de l'oreillette au ventricule, il y a dès lors un moment où l'ondée qui produit cette ondulation est entre l'oreillette et le ventricule. L'orifice auriculo-ventriculaire devient passagèrement le centre de l'ampliation diastolique pendant laquelle l'ondée, n'étant plus en pleine cavité auriculaire, n'est pas encore dans la partie profonde du ventricule où se trouve l'instrument enregistreur ; et, par conséquent, il doit y avoir entre la systole auriculaire et la diastole de la cavité ventriculaire un intervalle peut-être exagéré par la manœuvre instrumentale, qui transmet au dehors et fixe sur le papier les mouvements cardiaques.

Pour apprécier la durée de la progression de l'ondée, on doit tenir compte de la longueur des parois cardiaques déplacées et dilatées. C'est pour cela que cette durée est notable sur le cheval, qui est l'animal sur lequel a eu lieu l'expérimentation de MM. Chauveau et Marey ; elle serait plus considérable encore sur un cœur d'éléphant ; elle est presque nulle chez les oiseaux, qui nous donnent la systole de l'oreillette et le battement ventriculaire se succédant avec une rapidité voisine de l'isochronisme.

Ce fait de succession ne s'oppose donc nullement à l'idée que je soutiens depuis longtemps. D'un autre côté, il ne rend pas plus claire ni plus compréhensible la théorie ancienne. MM. Chauveau et Marey, qui la défendent pied à pied avec tout le talent possible, mettent plus en relief que jamais, dans leur communication, *la systole de l'oreillette suivie, à un léger intervalle, de la systole ventriculaire, sans diastole intermédiaire du ventricule.* Or, cela revient à dire, en propres termes, que l'oreillette se contracte sur une ondée qui, lancée hors de la cavité auriculaire, ne va pas

dilater le ventricule. Mais où va donc cette ondée? (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur les nerfs des tendons*, par M. *Pappenheim*. — L'auteur rappelle, dans ce travail, qu'en 1843 et 1844 il a soumis à l'Académie une série de recherches anatomiques établissant qu'il existe des filets nerveux dans la substance des tendons parcourus par des artères.

Pour ce qui est de la sensibilité des tendons enflammés, ajoute M. Pappenheim, s'il y a lieu à contestation, ce ne sera pas pour le fait en lui-même, mais pour l'explication de son mode de manifestation. (*Comm.* : MM. Andral, Jobert de Lamballe.)

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. *Namias*, médecin en chef du grand hôpital de Venise, un mémoire *Sur la tuberculose de l'utérus et de ses annexes*, et annonce que ce travail fait suite à celui dont l'auteur avait précédemment communiqué les résultats à l'Académie. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

PATHOLOGIE. — *De la valeur de l'égophonie dans la pleurésie*, par M. *Landouzy*. — Suivant l'auteur, la signification précise de l'égophonie peut se formuler ainsi :

1° L'égophonie n'annonce ni l'existence d'un épanchement, ni son abondance, ni ses limites, mais simplement une condensation spéciale du poumon, car elle est due, non à la présence même du liquide, mais à la compression du viscère, soit par un épanchement pleural, soit par une couche pseudo-membraneuse sans épanchement actuel.

L'égophonie et les souffles s'entendent mieux après l'évacuation du liquide, simplement parce que le poumon se trouve alors plus rapproché de l'oreille. La compression extérieure, qui résulte de la pleurésie, produit l'égophonie, tandis que la compression intérieure, qui résulte de la pneumonie, produit la bronchophonie, c'est-à-dire que ce sont deux phénomènes analogues, mais qui devaient nécessairement occasionner une nuance distincte dans le retentissement vocal, puisqu'il existe dans la pneumonie des modifications cellulaires qui n'existent pas dans la pleurésie.

2° En l'absence de pseudo-membranes résistantes, l'égophonie disparaît ou diminue avec l'épanchement.

3° Avec dépôt pseudo-membraneux, l'égophonie augmente immédiatement après la thoracentèse, pour diminuer ensuite graduellement en même temps que les fausses membranes.

Évidemment, ce qui s'applique à l'égophonie s'applique aux souffles tubaires et aux souffles amphoriques, qui ne sont qu'une exagération des souffles tubaires. La valeur donnée à la voix chevrotante par Laennec, et exagérée encore par ses continuateurs, a été le résultat d'études incomplètes, et il importe d'autant plus de détruire cette erreur, que l'égophonie pouvant persister après la résorption lente et spontanée, comme après la sortie immédiate du liquide, elle donne lieu ainsi aux interprétations les plus dangereuses, en faisant croire à un liquide abondant là où parfois il n'y en a pas une goutte, comme l'amphoricité fait croire à de vastes cavernes là où parfois il n'y a pas le moindre tubercule.

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

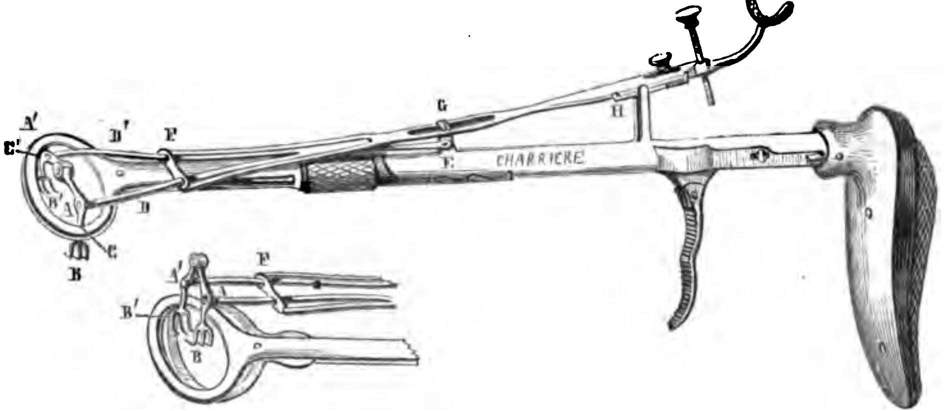
Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande formée par la commune de Montjaux (Aveyron), à l'effet d'être autorisée à exploiter, pour l'usage médical, la source d'eaux minérales de Cambon. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une observation d'accidents cutanés graves occasionnés par la *Ruta graveolens*, par M. *Léon Soubeiran* (voy. ce travail, p. 720). (*Comm.*: M. Devergie.) — *b*. Un mémoire sur une forme d'ulcère grave, particulière à la Cochinchine, par M. *Jules Rochard*, chirurgien en chef de la marine. (*Comm.*: M. Larrey.) — *c*. Une note sur une nouvelle méthode de préparer certains extraits pharmaceutiques, par M. *Pierlot*, pharmacien. (*Comm.*: MM. Trousseau, Bouchardat et Guibourt.) — *d*. Un travail de M. *Jules Lefort*, intitulé : *Expériences sur l'aération des eaux, et observations sur le rôle comparé de l'acide carbonique, de l'azote et de l'oxygène dans les eaux douces potables*. (*Comm.*: MM. Boudet, Tardieu et Poggiale.) — *e*. Une note intitulée : *Ponctions foudroyantes*, par M. le docteur *L. Sandras*. (*Comm.*: M. Claude Bernard, *s'il y a lieu*.) — *f*. Un travail ayant pour titre : *Traitement nouveau des névralgies et des douleurs rhumatismales*, par M. le docteur *Charrière*, directeur de l'asile des aliénés de Saint-Remy. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *g*. Un mémoire de M. *Delondre*, intitulé : *Résumé des essais d'analyses qualitatives et quantitatives des quinquinas*. (*Comm.*: MM. Boullay, Bouchardat.) — *h*. M. *Mathieu* dépose sur le bureau de l'Académie le modèle de bougies en baleine à nœud en spirale, destinées à franchir et dilater les rétrécissements de l'urèthre. Ce modèle lui a été confié par M. le docteur *Demarquay*. Il fait remarquer qu'il y en a de plusieurs calibres, et à spirales plus ou moins profondes. (*Comm.*: M. Civiale.)

3° Le modèle et la description d'un nouvel amygdalotome, fabriqué par M. *Charrière*, d'après les indications de M. le docteur *Chassagny* (de Lyon).




M. Chassagny a cru remédier aux défectuosités de l'amygdalotome de Fahnestock en supprimant l'aiguille ou la double aiguille par laquelle on traverse ordinairement l'amygdale, et en la remplaçant par une pince à érigne qui est engagée dans la lunette de l'instrument, et qui, en se rapprochant, va saisir l'organe de la manière la plus solide pour l'entraîner infailliblement pendant le mouvement d'élévation. Une modification analogue avait déjà été proposée; M. Chassagny avait lui-même remplacé l'aiguille de l'amygdalotome par une pince; mais, outre que l'instrument se manœuvrait avec difficulté, il offrait surtout l'immense inconvénient de ne pouvoir saisir de grosses amygdales.

Dans l'instrument que M. Chassagny présente aujourd'hui à l'Académie, il a tourné la difficulté de la manière suivante :

Les branches de la pince sont très courtes; chacune d'elles représente un quart de cercle AB articulé à charnière au point AA', avec sa congénère A'B', de manière à former à peu près une demi-circonférence terminée à chacune de ses extrémités par une érigne à trois pointes.

Cette pince est placée dans l'anneau de l'instrument dans le sens de son grand diamètre, l'articulation le dépassant un peu, les pointes de l'érigne restant en dessous et circonscrivant un espace plus grand que celui de l'anneau.

Par leur partie moyenne, aux points CC' chacune de ces branches s'articule avec l'extrémité d'une pince à ressort DD', qui elle-même s'articule avec la tige de l'instrument au point E ; cette pince, se rapprochant à l'aide de l'anneau coulant F, fait fermer l'érigne et saisir l'amygdale.

Le coulant F est poussé en avant par la tige à coulisse G, sur laquelle glisse au point H une petite plaque à coulisse servant à limiter la fermeture de la pince. Cette tige est analogue à l'aiguille des autres amygdalotomes, et fonctionne de la même manière, de telle façon que l'instrument peut avec la plus grande facilité se manœuvrer d'une main, offrant ainsi les avantages suivants :

1° D'être aussi simple comme manuel opératoire que les autres appareils de même genre;

2° De pouvoir saisir jusque derrière les piliers du voile du palais des amygdales très volumineuses, et, en les comprimant, de les faire passer même par un anneau plus petit qu'elles;

3° De saisir toujours l'amygdale avec la plus grande solidité, quelles que soient sa forme et sa friabilité;

4° De pouvoir la prendre, la quitter et la reprendre à volonté, si elle n'a pas été saisie convenablement.

Cet instrument a été exécuté, d'après un modèle informe, par M. Charrière fils, à l'intelligence et à l'habileté duquel M. Chassagny ne saurait trop rendre hommage.

— M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Baizeau*, chirurgien au Val-de-Grâce, une note imprimée sur la cystite hémorrhagique du col.

— M. *Robinet* fait hommage à l'Académie, au nom de M. le préfet

de la Seine, de la carte géologique souterraine de Paris, par M. *Delesse*, et de la carte hydrologique de Paris, par le même auteur.

M. le *Président* annonce la mort de M. le docteur *Avisart* (de Moulins), membre correspondant.

HYGIÈNE. — M. le docteur *Delpech*, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, lit un mémoire intitulé : *Étude hygiénique de l'industrie du caoutchouc soufflé.*

L'industrie du caoutchouc soufflé, qui ne s'applique guère encore qu'à la fabrication de jouets d'enfants, et dont les petits ballons aérostatiques rouges sont le spécimen le plus populaire, cette industrie est dangereuse pour les ouvriers qui l'exercent. Pour amener le caoutchouc à l'état de possibilité de dilatation extrême par le soufflage, il est nécessaire de le tremper dans un mélange de sulfure de carbone et de chlorure de soufre. Or, ce dernier corps n'entrant que pour un centième dans le mélange, M. Delpech est conduit à penser que les accidents observés sont dus au sulfure de carbone.

M. Delpech est d'autant plus autorisé dans cette opinion que, dans un précédent mémoire, également communiqué à l'Académie, il a étudié avec soin l'action délétère du sulfure de carbone, et qu'il a retrouvé le même tableau symptomatique chez les ouvriers employés au soufflage du caoutchouc.

Les accidents que développe l'inhalation des vapeurs du sulfure de carbone chez les ouvriers qui l'emploient en quantités considérables et dans des ateliers fermés, sont très remarquables. Du côté des fonctions digestives : anorexie, nausées, vomissements, coliques ; du côté de l'intelligence : hébétude, perte de la mémoire, mobilité extrême de l'esprit, violences sans raison ; du côté du système nerveux : céphalalgie, vertiges, troubles de la vue et de l'ouïe, impuissance absolue, paralysies variées ; tels sont, d'après M. Delpech, les caractères sommaires de cette nouvelle affection professionnelle.

Le sulfure de carbone paraissait donc exercer une action dépressive et de collapsus sur l'organisme, mais des recherches nouvelles, faites dans des circonstances industrielles différentes, ont démontré à M. Delpech que, lorsqu'on veut suivre pas à pas le développement des accidents toxiques, on voit que la période de collapsus est précédée d'une période d'excitation souvent fugitive lorsque la maladie suit une marche rapide. Ainsi, l'anorexie est précédée d'une exagération quelquefois énorme de l'appétit ; l'hébétude et la perte de la mémoire, d'une agitation extrême qui, dans plusieurs cas, a été portée jusqu'à l'aliénation mentale ; l'anaphrodisie, d'une excitation génitale portée quelquefois jusqu'à la fureur ; l'insensibilité, d'une hyperesthésie ; les paralysies musculaires, de crampes douloureuses.

Ces observations rapprochent, sous certains rapports, le sulfure de carbone des anesthésiques les plus généralement employés. Comme l'éther et le chloroforme, il développe, d'une manière successive, des symptômes d'excitation et d'abattement, la première de ces périodes pouvant être complétement absorbée par la seconde. Il s'en éloigne par la nature des accidents observés et par ce fait singulier, c'est qu'à raison de son action spéciale plus puissante sur certains appareils, il leur fait plus rapidement traverser les phases qu'ils doivent parcourir, de telle sorte que les périodes d'excitation et de collapsus ne coïncident pas absolument pour toutes les séries d'organes. Cependant, M. Delpech fait remarquer que l'on retrouve en germe ce mélange de périodes dans l'action des anesthésiques chirurgicaux, qui le présenteraient peut-être d'une manière plus accentuée si l'intoxication, au lieu d'être rapide, était progressive comme dans les faits industriels. (*Comm.*: MM. Villermé, Chevallier et Tardieu.)

PHARMACIE. — M. *Dublanc* lit une note sur un nouveau mode de préparation de l'extrait de salsepareille. (*Comm.*: MM. Boullay et Bouchardat.)

A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre les rapports des commissions des prix.

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES D'AOUT ET DE SEPTEMBRE 1861 (1).

VALEUR SÉMÉIOTIQUE DE LA RESPIRATION SACCADÉE. — ENGORGEMENT DES GANGLIONS BRONCHIQUES CHEZ L'ADULTE. — DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE M. LEGROUX. — DE LA RAGE ET DE LA PESTE EN ORIENT. — PARALYSIE GÉNÉRALE. — INTOXICATION MERCURIELLE PAR LA FLU[illegible] D'UN VOISIN.

Dans un excellent rapport sur le mémoire de M. Colin, intitulé *De la valeur de la respiration saccadée* comme signe du début de la tuberculisation pulmonaire, M. *Henri Roger* a fait l'exposé complet de l'état de la science sur la définition de ce phénomène, ses caractères, ses conditions physiques, sa fréquence et sa valeur séméiotique. Les recherches de M. Colin avaient porté sur 89 phthisiques, à diverses périodes de l'affection pulmonaire, et sur un assez grand nombre d'individus à poitrine délicate, envoyés à l'hôpital, autant pour y subir un examen approfondi de leur aptitude au service militaire que pour recevoir des soins médicaux. Sur ce grand nombre de cas, M. Colin n'a observé la respiration saccadée que deux fois, et encore accompagnée d'autres signes plus décisifs, chez des sujets appartenant à cette première catégorie de 89 phthisiques à maladie confirmée, tandis que ce signe a manqué chez tous les malades de la seconde catégorie, qui se trouvaient dans l'imminence de la tuberculisation. La respiration saccadée serait donc, d'après ces premières données, un signe rare et d'une valeur pratique à peu près nulle. M. Roger s'attache à bien définir la respiration saccadée : c'est un changement du rhythme de l'inspiration, laquelle est divisée en deux temps, sans altération nécessaire du murmure vésiculaire ; on l'observe ordinairement au sommet des poumons, et l'exagération de la respiration, loin de rendre le phénomène plus manifeste, le fait souvent disparaître. M. Roger s'appuie surtout sur cette dernière considération pour *repousser l'opinion théorique de* M. Colin, qui attribue uniquement *la production* de ce signe physique à des adhérences pleurales.

Quant à la valeur séméiotique du phénomène, les conclusions de M. Colin étaient : « 1° que la respiration saccadée est rare, soit au début, soit dans le cours de la phthisie pulmonaire ; 2° quand elle existe, elle accompagne d'autres signes d'une bien plus grande valeur pour le diagnostic ; 3° elle ne se montre, le plus souvent, qu'à une période avancée. » L'analyse des derniers travaux publiés à ce sujet par MM. Raciborski, Imbert-Goubeyre, Zehetemayer, Bourgade, et les propres observations de M. Roger l'amènent aux mêmes conclusions, que la respiration saccadée est un phénomène rare, dont la valeur est primée par d'autres signes physiques ou par l'ensemble des troubles fonctionnels.

Toutefois, le savant auteur du *Traité d'auscultation* ne s'est pas contenté de cette revue critique ni de ses souvenirs ; il s'est livré à de nouvelles recherches cliniques, principalement chez les enfants, chez lesquels le diagnostic de la phthisie au début est si difficile. Ici le phénomène s'est montré encore plus incertain, car on l'observe déjà à l'état physiologique ou sous l'influence des moindres troubles nerveux.

L'analyse de trente-trois observations nouvelles, ainsi que des travaux antérieurs au mémoire de M. Colin, et de ce mémoire lui-même, a amené le savant rapporteur aux conclusions suivantes : 1° quand la respiration saccadée est momentanée, *passagère*, elle peut appartenir à l'état physiologique chez les adultes, et surtout chez les enfants qui ne savent pas respirer ; 2° elle est également passagère dans les névroses, et principalement dans les affections convulsives, qui portent leur action sur l'appareil respiratoire ; 3° quand elle est *permanente*, la respiration saccadée annonce d'ordinaire un obstacle à l'arrivée de l'air dans les poumons et à l'ampliation complète de la poitrine ; elle peut être alors attribuée à la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire, avec ou sans adhérences pleurales ; 4° considérée dans l'état pathologique, la respiration saccadée est, d'une manière absolue, un phénomène très rare, et elle est rare aussi, comparativement aux

(1) Nous donnons aujourd'hui la fin de l'analyse arriérée des travaux de la Société. Nous sommes désormais au courant des séances.

autres phénomènes stéthoscopiques; 5° dans les cas où elle existe, elle peut être regardée comme un signe de la phthisie pulmonaire, mais, comme elle ne se montre pas plus souvent à la première période de l'affection qu'à un degré plus avancé, elle ne saurait indiquer la maladie à son début; et, aux autres périodes, elle ne caractérise la tuberculisation ni mieux, ni même aussi bien que les autres signes physiques ou les symptômes généraux concomitants; d'où cette conclusion finale : 6° la valeur séméiotique de la respiration saccadée est médiocre chez les adultes et presque nulle chez les enfants.

— M. *Woillez* a lu un rapport très étendu sur le mémoire de M. *Fonssagrives*, intitulé : ***Mémoire sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte***, considéré comme cause d'asphyxie, et sur la possibilité d'établir le diagnostic de cette affection. MM. Barthez et Rilliet ont depuis longtemps décrit la phthisie bronchique (*Archives générales de médecine*, 1840 et 1842, et *Traité des maladies des enfants*), mais les traités les plus modernes se taisent sur cette affection chez l'adulte. M. Woillez fait cependant remarquer que M. Louis en a indiqué la possibilité dans la deuxième édition de ses *Recherches sur la phthisie* (1843), et en a depuis observé un cas, resté inédit, mais dont le savant rapporteur a été témoin. Quoi qu'il en soit, on doit savoir gré à M. Fonssagrives d'avoir précisé les lésions et les signes de cette affection chez l'adulte. Son travail est basé sur deux cas nouveaux étudiés par lui, et sur quelques observations antérieures dues à MM. Marchal (de Calvi) (*Journal de médecine et de chirurgie militaire*, t. V), Richet (*Gazette des hôpitaux*, 1853), et Duriau et Gleize (*Gazette hebdomadaire*, 1860). Et d'abord, ce n'est pas seulement la *tuberculisation* des ganglions bronchiques que l'auteur a étudiée, c'est l'engorgement de ces ganglions sous des causes diverses, telles que le cancer, la mélanose ou la simple hypertrophie ganglionnaire. On a des exemples de ces différentes lésions, mais la tuberculisation est de beaucoup la plus fréquente, puisque M. Louis, sur 70 autopsies de phthisiques, a noté vingt fois la dégénérescence des ganglions. Toutefois, cette lésion amène rarement chez l'adulte les accidents graves que l'on observe si fréquemment chez les enfants. La raison peut en être l'étroitesse plus grande de la poitrine chez l'enfant, et la grosseur plus considérable des ganglions tuberculeux. M. Louis et M. Fonssagrives sont d'accord, en effet, pour reconnaître que, chez l'adulte, les tubercules disséminés dans les ganglions sont le plus souvent petits, sous forme de granulations disséminées, quelquefois à l'état cru, le plus souvent ramollis. Il semble même qu'il y ait chez l'adulte une diminution de volume des tumeurs par la tendance du tubercule à passer à l'état crétacé. M. Fonssagrives a cherché à établir que, contrairement à la loi de M. Louis, les ganglions pouvaient être tuberculeux, sans que les poumons fussent atteints. M. le rapporteur considère ces faits comme trop incertains pour autoriser cette conclusion. Dans le cas où la non-existence de la phthisie a été bien démontrée, il s'agissait d'une hypertrophie mélanique des ganglions.

Quant aux symptômes qui ont permis de diagnostiquer cette affection sur le vivant, ce sont les mêmes qu'avaient signalés MM. Barthez et Rilliet chez l'enfant : une dyspnée croissante, avec accès de suffocation, une toux habituellement sèche ou suivie d'expectorations spumeuses revenant très vive, des douleurs plus ou moins vives dans la poitrine, lesquelles ne sont le plus souvent qu'une simple sensation de gêne ; la faiblesse de la voix, ou l'asphyxie, enfin une respiration saccadée au moment des crises. Les signes physiques fournis par la percussion sont sans valeur ; la palpation fait quelquefois constater un accroissement des vibrations thoraciques normales, et des frottements dus à de gros râles sonores, lesquels deviennent, à l'auscultation, un signe d'une importance majeure. La faiblesse du murmure vésiculaire, que M. Fonssagrives croit admise un peu théoriquement, est au contraire, selon M. Woillez, un signe incontestable qui a été bien observé par M. Louis, et par MM. Barth et Roger (*Traité d'auscultation*, 5e édition, p. 61), et qui est dû à la compression des bronches par la tumeur.

La marche subaiguë ou chronique de la maladie est un élément de plus pour le diagnostic, auquel on arrive d'ailleurs à peu près par exclusion. Une fois la tumeur bronchique soupçonnée, c'est par l'état général du malade qu'on reconnaîtra sa nature anatomique. Les signes des diathèses cancéreuse, tuberculeuse et scrofuleuse feront penser que les ganglions sont le siége de l'altération correspondante. L'hypertrophie pigmentaire seule est indéterminée. M. Fonssagrives insiste aussi sur le diagnostic de l'engorgement bronchique et de l'œdème de la glotte : les accidents asphyxiques produits par la compression ou la destruction du nerf récurrent offrent la plus grande analogie avec ceux de l'œdème ; on comprend combien il serait regrettable d'être conduit à pratiquer la trachéotomie en confondant ces deux affections. M. Fonssagrives compare la mort qui survient par l'engorgement bronchique à celle que produit la strangulation. Nous avons déjà mentionné toutefois la possibilité de la guérison, ou au moins de la cessation des phénomènes inquiétants, par le passage de la matière tuberculeuse à l'état crétacé.

—M. *Millard* a lu à la Société le discours qu'il avait prononcé sur la tombe de M. Legroux, à la place de M. le secrétaire général empêché par un deuil de famille. M. Millard, avec l'accent ému du disciple reconnaissant d'un maître qui savait inspirer à tous ses élèves une si vive affection, a su retracer l'existence si bien remplie de l'éminent praticien, que son trop de modestie a seul empêché d'atteindre la position qu'il avait méritée. Il a montré M. Legroux de bonne heure aux prises avec les nécessités de la vie, avec les exigences d'une clientèle qui ne l'empêchèrent pas cependant de briller dans les concours et de rédiger des travaux importants, tels que ses mémoires sur les maladies du cœur, l'œdème de la glotte, la thoracentèse, les concrétions sanguines, les hémorrhagies utérines, etc. C'était le type du clinicien, le thérapeuticien fécond, qui ne voulait jamais, jusqu'au dernier moment, s'avouer vaincu par la maladie, le médecin d'hôpital attentif et prévoyant, qui avait si heureusement amélioré les services d'obstétrique à la tête desquels il fut placé à Sainte-Marguerite, à Beaujon et à l'Hôtel-Dieu. Il l'a peint, enfin, succombant avant l'âge aux fatigues excessives que lui avaient fait braver un sentiment exagéré du devoir et l'ardent désir de pousser dans la carrière médicale un fils qui saura s'y montrer son digne héritier.

Ce portrait est rigoureusement vrai, et si l'auteur de cette analyse est obligé de restreindre ici aux froides expressions d'un compte rendu le tribut de reconnaissance et d'affection qu'il doit lui-même à la mémoire de M. Legroux, il est heureux de voir que M. Millard ait su s'acquitter en si bons termes de ce pieux devoir.

— M. *Fauvel*, médecin sanitaire de France à Constantinople, alors de passage à Paris, a fait à la Société d'intéressantes communications sur la *rage* et la *peste* observées en Orient. La rage existe certainement en Orient, mais elle y est rare. Sept ou huit cas seulement, dans ces dernières années, ont été observés à Constantinople, dont trois par M. Fauvel lui-même. Trois hommes mordus par des chiens ont succombé aux symptômes de la rage, sans qu'on ait pu bien démontrer que les chiens inculpés eussent présenté eux-mêmes les caractères de la maladie. On reste indécis sur la manière dont la rage s'est développée. Faut-il penser que les chiens irrités font des morsures capables de donner la rage sans être enragés eux-mêmes? La préoccupation des individus mordus favorise-t-elle en eux l'explosion du mal? La rage est du reste, dans l'opinion populaire des Orientaux, attribuée aux chiens domestiques, tandis que les chiens errants, qui se comptent par milliers à Constantinople, n'en sont jamais atteints. Si l'un d'eux devenait enragé spontanément, il devrait infecter tous les autres.

M. *Sée* rappelle l'influence que la privation de la liberté et des rapprochements sexuels a sur le développement de la rage, de l'aveu des vétérinaires les plus distingués, tels que MM. Bouley, Sanson, etc. Cette manière de voir a été surtout confirmée par les observations du docteur Lecœur (de Caen). Le maximum de fréquence a lieu à l'époque du rut, et la maladie ne frappe presque jamais les chiennes, ce qui ressort également des faits recueillis par l'Académie de Turin.

M. *Fauvel* répond que la condition des chiens libres, comparée à celle des chiens domestiques en Orient, viendrait à l'appui de cette opinion ; mais il attache aussi de l'importance aux cas de rage

communiqués par une morsure faite dans un mouvement de fureur, sans maladie préalable.

M. *Hillairet* rappelle qu'on a fait jouer un rôle à l'état de pléthore des chiens trop nourris et privés d'exercice.

M. *Guérard* doute de l'influence de la domesticité pour favoriser la rage, puisque cette maladie se développe aussi chez les loups. Au reste, la colère d'un chien peut rendre sa morsure fort dangereuse ; on a fait la même remarque pour les morsures d'hommes.

— M. *Fauvel* fait une dernière communication sur le développement spontané de la peste, sans apparence d'une contagion qui est toujours invoquée. Depuis 1844, on n'avait nulle part, dans l'univers, observé de peste. Or, en 1858, dans une petite localité du désert, entre Tunis et l'Égypte, dans une tribu vivant sous la tente et qui n'avait aucune communication avec un pays contaminé, on a vu la peste se développer. Les renseignements ont appris que cette tribu, décimée par la famine, en avait été réduite à manger les os des morts. Une maladie d'abord typhoïde en fut la suite, et à la quatrième année elle avait pris les caractères de la peste.

M. *Guérard* rappelle qu'au moyen âge cette extrémité de la famine et l'horrible nécessité de manger les cadavres avaient été signalées comme cause des grandes pestes.

— M. *Delasiauve* communique l'observation d'un cas de *paralysie générale progressive* sans aliénation mentale. Le malade a présenté, comme phénomènes particuliers étrangers à cette affection, un tremblement spécial des mains et même de la face, dont la cause pourrait être trouvée dans la profession antérieure du malade, qui avait manié des lessives formées d'acides concentrés et de soufre. Jamais il n'avait été exposé à une intoxication mercurielle.

M. *Lallier* demande si l'on ne pourrait pas plutôt invoquer ici l'alcoolisme ?

— M. *Lallier* communique enfin l'observation d'un bijoutier *empoisonné par la fumée de son voisin;* cette fumée, chargée de vapeurs mercurielles, avait déterminé un stomatite caractéristique, mais dont on recherchait inutilement la cause.

M. *Guérard* a vu souvent porter devant le conseil de salubrité des faits d'intoxication produits d'un étage à l'autre par suite du mauvais tirage des cheminées.

Dr E. Isambert.

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

### De la position sur les genoux et les coudes considérée au point de vue tocologique, par M. le docteur Dornseiff.

Nous reproduisons en résumé les opinions que l'auteur a développées dans une dissertation inaugurale (*Zur Würdigung der Knie-Ellenbogenlage im Gebiete der Geburtshülfe*, Giessen, 1860), d'après l'analyse qui en a été donnée par M. Ossieur.

D'après M. Dornseiff, la position sur les coudes et les genoux est indiquée :

1° Dans l'opération de la version, et en particulier :

*a*) Quand les parties fœtales en rapport avec le détroit abdominal gênent l'introduction de la main ; *b*) quand les parois utérines se contractent avec force sur le fœtus ; *c*) quand le plan du détroit supérieur est tellement incliné en bas qu'il se rapproche de la verticale ; *d*) quand il y a ce que les auteurs latins désignent sous le nom de *venter propendulus* (ventre en besace) ; *e*) quand, dans une présentation du tronc, les pieds de l'enfant sont élevés et en avant ou de côté ; *f*) quand il y a rigidité (*strictura*) de la matrice.

Comme il n'est pas toujours possible de savoir, *à priori*, quelles sont les difficultés que présentera la version podalique dans un cas donné, l'auteur recommande, avec von Ritgen, de recourir d'emblée au mode de décubitus en question, sauf les cas où une contre-indication formelle existe (imminence de congestion sanguine vers le cerveau ou les poumons ; maladies de poitrine ou du cœur, etc.).

2° Lorsque l'on veut explorer attentivement le voisinage des os pubiens, de la symphyse sacro-iliaque et du coccyx, surtout quand il y a rétroversion de la matrice, ou forte inclinaison du bassin, ou quand les parties fœtales qui se présentent sont difficiles à atteindre ; 3° dans l'application du forceps, lorsque *a*) le ventre est en besace, *b*) la tête repose fortement en avant sur les os pubiens ; 4° dans les tentatives de réduction du cordon ombilical en procidence ; 5° lorsque, en cas d'angustie pelvienne, la tête s'engage dans le détroit supérieur par son extrémité occipitale, le front étant dirigé en avant et appliqué contre l'arcade pubienne, et que l'on veut faciliter le mouvement de descente de l'occiput ; 6° lorsque, dans un cas de présentation pelvienne, l'on cherche à dégager la tête, la face étant tournée en avant (*position lumbo-postérieure*) ; 7° pour redresser l'utérus éloigné plus ou moins de la direction de l'axe du bassin (*obliquités antérieure et postérieure*) ; 8° dans la rupture de l'utérus ; 9° dans la réduction de l'utérus renversé ; 10° dans la réduction de l'utérus prolabé chez une femme en vacuité ou en état de grossesse ; 11° dans la réduction et la contention de procidences ou hernies, spécialement d'organes situés à la région abdominale inférieure ; 12° dans l'opération du cathétérisme, quand l'introduction de l'algalie est rendue plus difficile par la descente de la tête dans l'excavation, ou par la déviation de la matrice ; 13° dans la chute du rectum, afin de rendre la défécation plus facile ; 14° lorsque l'application d'un lavement est gênée par la présence de tumeurs hémorrhoïdales, par des déplacements de l'organe gestateur ou par d'autres causes ; 15° dans l'introduction et le placement à demeure des pessaires dans le vagin ; 16° quand la marche du travail de l'enfantement est trop précipitée ; 17° dans l'enclavement au détroit supérieur, avec fortes douleurs expulsives. (*Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.*)

### Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre et dans la vessie, par M. Foucher.

Les corps étrangers introduits accidentellement dans l'urèthre et dans la vessie sont tellement variés, quant à leur forme et à leur nature, que chaque cas offre, en quelque sorte, des indications qui sont laissées à l'appréciation du chirurgien. Celui-ci doit chercher, dans la connaissance des moyens déjà employés en pareil cas et dans sa propre expérience, le choix de la méthode la plus utile dans le cas particulier qui s'offre à son observation.

C'était un morceau de cuir verni roulé en forme de cigarette que le malade observé par M. Foucher avait introduit dans sa vessie. C'est en le saisissant au moyen d'un brise-pierre à mors fenêtrés que le chirurgien a pu amener jusque dans l'urèthre le corps étranger; mais alors il échappa à l'instrument, et M. Foucher compléta l'extraction au moyen de la boutonnière uréthrale. Le morceau de cuir ainsi extrait avait 6 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Il n'y eut pas d'accidents, et, au bout de dix-sept jours, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Après avoir rappelé ce fait, M. Foucher l'a rapproché d'un grand nombre d'observations analogues et a recherché l'explication du mode de progression de ces corps étrangers vers la vessie, et a passé en revue les divers procédés opératoires qui ont été mis en usage en pareil cas. (*Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1861.)

### Ouverture du rectum dans le vagin ; proctoplastie faite avec succès ; par le professeur Bryk (de Cracovie).

Obs. — Enfant âgé de onze mois. Anus remplacé par un repli cutané situé à 5 millimètres environ en arrière de la fourchette. Pendant les cris et les efforts, le périnée faisait une saillie hémisphérique et s'affaissait ensuite en entonnoir. L'ouverture du rectum, située à la paroi postérieure du vagin, avait environ le diamètre d'une lentille, et se trouvait à moins d'un centimètre de la vulve En y introduisant un stylet courbé de haut en bas, on faisait manifestement saillir le périnée au niveau du pli cutané indiqué plus haut.

Opération faite le 23 novembre 1860 : introduction d'une sonde dans le bout inférieur du rectum ; incision antéro-postérieure sous le bec de la sonde, longue d'un pouce. Le bec de la sonde ayant été mis à nu, on

trouva que le rectum descendait beaucoup plus bas en avant, du côté du vagin, qu'en arrière, du côté du sacrum, où il fallut remonter, en disséquant dans une hauteur d'environ 4 centimètres. Le cul-de-sac rectal se trouvant ainsi mis à nu, on le fixa avec une érigne, et on l'isola de toutes part, en poussant la dissection, en avant, jusqu'au niveau de l'orifice fistuleux. On le fendit ensuite d'avant en arrière, et on abaissa les bords jusqu'à l'incision du périnée dont on avait excisé la peau, et on les y fixa à l'aide de points de suture, de telle manière que la muqueuse rectale faisait une légère saillie au dehors. Cette opération ne donna lieu qu'à une hémorrhagie insignifiante. L'anus qu'elle venait de créer livrait facilement passage à l'index; on débarrassa, avec le doigt et avec une spatule, le rectum des matières durcies qui y étaient accumulées, et on mit l'enfant pendant trois jours à l'usage d'une petite dose d'huile de ricin.

Le quatrième jour, l'anus périnéal donna, pour la première fois, passage à une selle copieuse. Les points de suture furent retirés le cinquième jour. La réunion s'était faite presque entièrement par première intention, à l'exception d'une petite fente qui restait en arrière de la vulve. On se borna à des soins de propreté, notamment à la suite des évacuations alvines, à donner des bains répétés, et, plus tard, à cautériser les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

La cicatrisation était complète le quinzième jour. La muqueuse rectale qui avait fait jusque-là une saillie en forme de bourrelet rentra peu à peu; l'anus se resserra et livra passage régulièrement et exclusivement à l'écoulement des matières fécales. La fistule vaginale était considérablement rétrécie, mais elle n'était pas encore oblitérée le 23 décembre, époque à laquelle l'enfant quitta la clinique. L'anus jouissait d'ailleurs d'un sphincter excellent. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1861, n° 14.)

Cette observation n'a rien d'exceptionnel; mais les détails fournis sur le mode opératoire et l'heureux et rapide succès de l'opération lui donnent un véritable intérêt.

**Strangulation du fœtus par le cordon ombilical**; par M. le docteur L. Bartscher, à Osnabrück.

Obs. — Madame G... est accouchée facilement de quatre enfants qui tous ont présenté un enroulement très serré du cordon ombilical autour du cou. Le cordon avait d'ailleurs toujours une longueur de plus de 22 pouces.

Les premiers temps d'une cinquième grossesse se passèrent sans accident. A la fin du septième mois, madame G... éprouva une douleur violente, passagère d'ailleurs, dans la région lombaire droite. En même temps, le fœtus exécuta des mouvements singulièrement énergiques. La douleur s'apaisa au bout de quelques jours, mais les mouvements de l'enfant cessèrent en même temps.

Pendant dix à douze jours, madame G... éprouva une pesanteur incommode dans le bas-ventre, une grande lassitude, des nausées et des frissons répétés. Ces symptômes continuèrent à s'aggraver pendant plusieurs semaines, jusqu'au terme de la grossesse.

L'accouchement se fit lentement. Les eaux étaient très abondantes et avaient une odeur fétide. L'enfant était mort, ramolli, et dépouillé presque partout de son épiderme. La tête avait un volume exagéré.

Le cordon ombilical avait une longueur de 25 pouces; il contenait très peu de gélatine de Wharton, et présentait, dans plusieurs points, un aspect gangréneux. Après avoir fait deux fois le tour du cou, il aurait formé plusieurs nœuds extrêmement serrés. La compression du cou avait été si violente que les parties molles se trouvaient étroitement collées contre la colonne vertébrale. La putréfaction de l'enfant était d'ailleurs trop avancée pour que l'autopsie pût donner quelques résultats intéressants. (*Monatsshrift für Geburtskunde*, mai 1861.)

On remarquera la sensation douloureuse éprouvée subitement par la mère au moment sans doute où l'enfant, serré au cou, exécuta de brusques mouvements, lesquels se communiquèrent d'autant plus aisément à la matrice que le cordon enroulé était devenu trop court. Cette circonstance, jointe à la cessation rapide de tout mouvement, pourrait mettre sur la voie du diagnostic, bien inutilement, il est vrai, pour la mère et l'enfant.

## VI

## BIBLIOGRAPHIE.

**Bulletin et Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris.**

Deux ordres de publications portent à la connaissance des médecins les travaux de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*. Les procès-verbaux de ses discussions scientifiques composent son Bulletin, et ses mémoires sont reproduits dans une autre série de volumes qui portent le nom d'Actes. Actes et Bulletin sont arrivés aujourd'hui au cinquième volume; mais la seconde de ces publications est épuisée, et en ce moment on la réimprime. Déjà même a paru le tome Ier, comprenant les années 1849 à 1852 inclusivement (1).

Il n'y a pas lieu ici à l'examen analytique de collections dont le contenu a presque toujours figuré dans la Gazette hebdomaire, soit au compte rendu des séances de la Société, soit à la revue des journaux ou aux articles *Premier Paris*. Mais nous tenons à signaler aux médecins les précieuses sources où ils pourront trouver toute la suite des travaux d'une des plus importantes Sociétés médicales de France. A côté de l'œuvre presque toujours traditionnelle et modératrice des Académies, il est on ne peut plus intéressant d'assister au travail de ces Sociétés plus jeunes, plus ardentes, où se posent toujours, où se résolvent souvent, les questions nouvelles; et la Société médicale des hôpitaux est la première de celles-là.

A. D.

## VII

## VARIÉTÉS.

A la page 795, 2e colonne, dernier paragraphe, on a imprimé par erreur: « et après avoir établi cette distinction, qu'il peut y avoir albuminurie sans qu'il existe d'albuminurie, » il faut lire:

« Et après avoir établi cette distinction, qu'il peut y avoir *albuminurhée*, sans qu'il existe d'albuminurie. »

— On écrit d'Aix-les-Bains à la Gazette médicale de Lyon:

M. Rouher a visité Aix le 4 octobre. Il a donné audience publique aux représentants de tous les intérêts locaux, a écouté et discuté toutes les questions qu'on a voulu lui soumettre avec autant d'affabilité et de patience que de maturité et de haute expérience.

J'ai eu le plaisir de voir allouer au Casino, sur mon rapport, un subside annuel de 10,000 francs à prélever sur les recettes des bains.

Les efforts de M. le préfet du département et de M. le docteur Vidal, inspecteur de l'établissement thermal, ont obtenu une première grande piscine et l'achèvement des douches du soubassement, et le raccordement de deux édifices à *exécuter cet hiver*, en même temps que les expropriations et démolitions au-dessus des bains en remontant vers l'hospice. La création de la seconde piscine est admise en principe. Diverses questions concernant la voirie, la gare, ont été acheminées vers une solution toute prochaine. Un subside de 100,000 francs a été promis pour la reconstruction de l'église.

Exposition internationale de Londres. — Les commissions anglaises concernant l'hygiène et les instruments de chirurgie, sont composées de la manière suivante: *Hygiène*, comte de Shaftesbury, comte Fortescue, l'évêque de Bath et Wells, le Lord-Maire, sir Joseph Olliffe, Campbell, Chadwick, Fairbairn, Goodwin, Holland, Jones, Rawlinson, Simon, Sutherland, Twining, Galton, Letheby. — *Instruments de chirurgie*: MM. Arnott, Bryson, inspecteur général des hôpitaux et flottes; Haden, Hawkins, Lawrence, Longmore, Luke, Paget, South et Sherson.

En France, sont nommés *membres du jury central de révision*: MM. J. Cloquet, Demarquay, Nélaton et Tardieu.

— M. Goupil n'ayant pu accepter les fonctions de juge au concours de l'externat, a été remplacé par M. Chauffard. Le nombre des candidats est de 326.

— M. le docteur Derecq, médecin en chef de l'hôpital de Moulins, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

(1) In-8 de 478 pages, chez Asselin.

— A la suite du concours ouvert le 1er de ce mois à l'École de médecine navale de Rochefort, les nominations suivantes ont été proposées à la sanction de l'Empereur; pour le grade de chirurgien professeur : M. Duplouy, chirurgien de 1re classe; pour le grade de chirurgien de 1re classe : MM. les chirurgiens de 2e classe Azc (service du port), Depurche (service des colonies); pour le grade de chirurgien de 2e classe : MM. les chirurgiens de 3e classe Le Comte, Merlaux dit Ponty, de Fornel, Bon; pour le grade de chirurgien de 3e classe : MM. Mercier, Gilbert, Couillaud, étudiants.

— La souscription au buste du professeur Forget sera fermée le 1er décembre prochain. Chaque souscripteur recevra une notice biographique et scientifique du défunt, précédée de son portrait et suivie de la liste des souscripteurs.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire dans laquelle il rappelle que les candidats au titre d'officier de santé ou de pharmacien de deuxième classe ne peuvent prendre leur première inscription (dans les Facultés ou dans les Écoles préparatoires) avant l'âge de dix-sept ans révolus, et *sans justifier devant un jury spécial composé de trois membres, et formé par les soins du recteur de l'Académie, des connaissances enseignées dans la division de grammaire des lycées*. Les candidats, pourvus du certificat délivré conformément aux prescriptions de l'article 2 du décret du 10 avril 1852, sont dispensés de l'examen. (Art. 6 du règlement du 23 décembre 1854.)

M. le ministre insiste sur la nécessité de rendre très sérieux cet examen. Il rappelle que c'est au moment où le candidat prend sa première inscription que ce certificat de grammaire doit être exigé.

Les candidats en cours d'études ne pourront prendre une nouvelle inscription sans justifier du certificat de grammaire. Cette justification sera également imposée aux étudiants qui ont achevé actuellement leur scolarité, et qui se présenteront pour subir le premier des trois examens de fin d'études.

Les candidats qui ont subi avec *succès* les deux premiers ou le premier des examens probatoires, ne seront pas astreints à cette condition, qui aurait pour eux un effet rétroactif.

— M. le docteur Laffitte est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère.)

---

# VIII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE. — 1861. — Janvier. Des diverses formes mentales, par *Delasiauve*. — Février. Formes mentales (suite). — Cas remarquable de fureurs passagères, etc., par *Semelaigne*. — Considérations sur l'idiotie, par *Le Paulmier*. — Mars. Formes mentales (suite). — De l'isolement des aliénés, par *Pinel*. — Des perversions sentimentales, par *Le Paulmier*. — Avril. Formes mentales (suite). — Isolement des aliénés (suite). — Mai. Formes mentales (suite). — Isolement des aliénés (suite). — Perversions sentimentales (fin).

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 1861. — 15 janvier. Traitement du croup par les inhalations des liquides pulvérisés, par *Sales-Girons*. — Des fièvres continues et rémittentes à quinquina, par *Castan*. — 31 janvier. De la diète respiratoire dans le traitement des maladies de poitrine, par *Sales-Girons*. — 15 février. Diète respiratoire (suite). — Mémoire sur la laryngoscopie, par *Moura-Bourrouillou*. — 28 février. Sur une cachexie spéciale de forme pellagreuse, par *Joire*. — Effets respectifs de la vapeur et de la poussière des eaux d'Euzet, par *Auphan*. — 15 mars. Action du goudron sur l'oxygène, par *Deschamps*. — Laryngoscopie (suite). — 31 mars. Abcès du foie ouvert au dehors et dans l'intestin, par *Barbaste*. — Cas d'hypertrophie des grandes lèvres, par *Brandicourt*. — Laryngoscopie (fin). — 15 avril. Sur l'albuminurie liée à la grossesse, par *Hamon*. — Sur le linge et la charpie coaltés, par *Demeaux*.

RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — 1861. — Janvier. Emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes, par *Sistach*. — Lésion d'une synoviale; injection de perchlorure de fer, par *Casses*. — Notice sur quelques cactées, par *Cauvet*. — Février. Préparations arsenicales (suite). — Des bains de vapeur et de leur emploi dans les infirmeries régimentaires, par *Barreau*. — Nouveaux documents sur le traitement de l'uréthrite, par *Raoul-Deslongchamps*. — Analyse de l'eau minérale de Boudjaréah, par *Morin*. — Mars. De la tuberculisation aiguë, par *Colin*. — Sur l'ecthyma dans l'armée, par *Dauvé*. — Observations de plaies, par *Cueury*. — Des piqûres de scorpions, par *Marmy*. — Cas de grenouillette, par *Philippe*. — Fracture du larynx, par *Mouillé*. — Cancroïde du gland; amputation, par *Bryon*. — De l'alcool arsénié, par *Leprieur*. — Analyse de l'eau du Rhin, par *Roger*.

BULLETIN MÉDICAL DU NORD DE LA FRANCE. — 1861. — Janvier. Quatre observations de céphalotripsie, par *Dehous*. — Du pemphigus syphilitique des nouveau-nés, par *Vanverts*. — Février. Exostose d'un métacarpien, par *Dassonville*. — Du pemphigus syphilitique, etc. (fin). — Mars. Myéloplaxome de la mâchoire, par *Testelin*. — De l'hermaphrodisme masculin, par *Olivier*. — Hématurie dans les fractures de la colonne vertébrale, par *Arrachart*. — Hypertrophie circonscrite du derme, par *Testelin*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — Nos 2 et 3. De la gingivite expulsive considérée dans ses rapports avec les états diathésiques, par *Teissier*. — Sur la syphilis, par *Diday*. — 4. De l'innocuité de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines après les saignées, par *Rey*. — De l'alcool à 55 degrés comme moyen abortive des fièvres intermittentes, par *Leriche*. — 5. Observation d'un corps étranger du vagin, par *Ollier*. — Paracentèse de l'estomac dans un cas de tympanite aiguë, par *Olivieri*. — De quelques préparations coaltarées, par *Rochet*. — 6. Noblesse des médecins de Lyon, par *Pétrequin*. — Notice sur Gensoul, par *Peters*. — Hydrothérapie dans le rhumatisme, par *Rey*. — 7. De la syndactylie congénitale, par *Delore*. — Hydrothérapie (suite). — Sur les amputations dans la continuité, par *Symian*. — Mort apparente, par *Malagrin*. — 8. Du forceps à traction soutenue, par *Chassagny*. — Propriétés antivénériennes du guaco, par *Diday*. — Traitement des taches de la cornée par le galvanisme, par *Philipeaux*. — Amputations (suite). — 9. Taches de la cornée (suite). — 10. Nouvelle préparation du proto-iodure de fer, par *Veau*. — Sur les eaux minérales purgatives, par *Hervier*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Décembre. Maladie grave occasionnée par la présence d'un fœtus mort dans le sein de la mère, par *Giscaro*. — Observation d'hémiplégie, par *Molas*. — Préparation des bains sulfureux, par *Cazac*. — 1861. — Janvier. Mémoire sur la diphthérie du pharynx, par *Millet*. — De l'opération césarienne *post mortem*, par *Laforgue*. — Février. Diphthérie (suite). — Tumeur fibro-cartilagineuse du lobule de l'oreille, par *Dassier*. — Expériences faites sur le grain du *Colium tenuilentum*, par *Filhol* et *Boillet*. — Avril. Diphthérie (suite). — Analyse de l'eau de Bonnes, par *Filhol*. — Mai. Diphthérie (suite).

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI. — Novembre et décembre. Maladie vénérienne des solipèdes, par *Lafosse*. — Sur l'emploi du carbonate de fer dans les maladies typhoïdes, par *Bugniet*. — Piqûre de la carotide, par *Loucoux*. — Des spiroptères, par *Cointet*. — 1861. — Janvier. Mémoire sur l'affection calculeuse des voies urinaires du bœuf, par *Caussé*. — Cas de jabot thoracique chez une génisse, par *Gilis*. — Péripneumonie épizootique, par *Prince*. — Février. Affection calculeuse (fin). — Des rétentions d'urine dans les ruminants, par *Ringuet*. — Paralysie consécutive à l'oblitération des artères fémorales, par *Kopp*. — Expériences sur le *Cysticercus tenuicollis*, par *Baillet*. — Mars. Bistournage du cheval, par *Cauret*. — Aiguille trouvée dans le ventricule gauche d'une vache, par *Coulon*. — Dépôt tuberculeux dans la valvule mitrale d'un porc, par *Punack*. — Uréthrite chez un jeune veau, par *Guimberteau*. — Principes généraux d'anatomie comparée, par *Lavocat*. — Avril. Laryngite suraiguë compliquée de cornage, par *Bugniet*. — Gestation prolongée chez deux vaches, par *Jouanaud*. — Péripneumonie épizootique, par *Prince*. — Mai. Sur la gale épizootique, par *Vives*. — Affection tuberculeuse du foie compliquée de phthiriase, par *Clavel*. — Obstruction du canal de Sténon, par *Mottet*. — Trois cas de guérison du tétanos essentiel, par *Pauly*. — Nouvel onguent vésicatoire, par *Coculet*. — Sur quelques muscles du cou des quadrupèdes domestiques, par *Lavocat*.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE. — 191e à 192e livraisons. Observation d'éclampsie albuminurique, par *Rouxeau*. — Serpents de la Vendée (suite). — *193 et 194*. Ossification de la choroïde, par *Laennec*. — Embolie cérébrale, par *Calloch*. — Développement simultané de la vaccine et de la variole, par *Rouxeau*. — Opération césarienne après la mort, par *Letenneur*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — 1861. — Janvier. Observation d'absence congénitale de l'utérus, par *E. Gintrac*. — Malformation du cœur, par *Le Barillier*. — Observations d'ophthalmologie, par *Guépin*. — Février. Paralysie de la cinquième paire guérie par l'iodure de potassium, par *Azam*. — Méningite cérébro-rachidienne, par *Lanelongue*. — Induration du chancre de la muqueuse vaginale, par *Venot*. — Mars. (Manque.) — Avril. Des déviations oculaires, par *Guépin*. — Tumeur fibro-plastique de l'aisselle, par *Azam*. — Entérite des enfants, par *Le Barillier*. — Étranglement interne, par *Vergely*. — Suc des végétations, par *Venot*. — Mai. Cautérisation sulfurique dans les névralgies, par *Sentex*. — Toxémie à forme farcineuse, par *Lanelongue*.

MONTPELLIER MÉDICAL. — 1861. — Janvier. (Manque.) — Février. Des paralysies produites par les drastiques, par *Hervier*. — Recherche toxicologique de l'arsenic et de l'antimoine, par *Béchamps*. — Mars. Considérations sur les pneumonies asthéniques, par *Girbal*. — Section sous-cutanée du muscle trapèze pratiquée pour réduire une luxation sus-acromiale de l'extrémité externe de la clavicule, par *Moutet*. — Kyste multiloculaire du testicule opéré par la castration, par *Cade*. — Avril. Documents et considérations pour servir à l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale, par *Cavalier*. — Des luxations métacarpo-phalangiennes, par *Moutet*. — Sur les substitutions organiques, par *Bertrand*. — Mai. Nouvelle analyse de l'eau de Balaruc, par *Béchamps* et *Gautier*. — Sur la diphthérie, par *Espagne*. — Juin. Introduction à l'étiologie morbide, par *Jaumes*. — Du sarcocèle, par *Bouisson*.

L'ÉCHO MÉDICAL SUISSE. — 1861. — N° 1. Rage mortelle, par *Delaharpe*. — 2. Préparation de l'iodure d'arsenic et de l'iodure double d'arsenic et de mercure, par *Landerer*. — Recherches sur la poussée occasionnée par les eaux thermales, par *Herrmann*. — Note sur le traitement des plaies articulaires, par *Mouchet*. — 3. Nouveau signe diagnostique des maladies du cœur, par *Mercier*. — Préparation de l'huile de ricin, par *Bonneville*. — 4. Revues. — 5. Sur les névralgies, par *Lombard*. — Sur l'huile de ricin obtenue à froid, par *Bourne*. — 6. (Manque.) — 7. Mérycisme héréditaire dépendant d'une épilepsie, par *Rossier*. — Accidents dus à la présence d'une concrétion à l'ombilic, par *Rouget*. — 8. Action physiologique des feuilles de coca, par *Rossier*. — Préparation de l'huile de foie de morue, par *Bonneville*. — 9. La rage, par *Bonjean*. — 10. Fibroïde interstitiel de l'utérus, par *de Pury*. — Les amulettes et la sécrétion laiteuse, par *Rouget*.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

**Paris et les Départements.**
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
**Pour l'Étranger.**
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

**On s'abonne**
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII.** — **PARIS, 15 NOVEMBRE 1861.** — **N° 46.**

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** La morve ébauchée : Réponse à M. J. Guérin. — La fièvre jaune à Saint-Nazaire ; renseignements. — Contagiosité de la phthisie pulmonaire. — II. **Travaux originaux.** Folie héréditaire : Condamnation, pour outrage public aux mœurs, d'un individu qui comptait des aliénés dans son ascendance paternelle et maternelle ; considérations préliminaires sur les actes immoraux et pervers commis par des individus non aliénés. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Variétés.** Ouverture des cours de la Faculté de médecine de Paris. — Mort de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. — V. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VI. **Feuilleton.** Revue professionnelle à l'étranger.

## I

Paris, le 14 novembre 1861.

LA MORVE ÉBAUCHÉE : RÉPONSE A M. J. GUÉRIN. — LA FIÈVRE JAUNE A SAINT-NAZAIRE ; RENSEIGNEMENTS. — CONTAGIOSITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

La publicité que nous avons donnée dans le dernier numéro à certains faits intéressant la question de la curabilité de la morve (p. 713), a provoqué, de la part de M. J. Guérin, une note dont il a donné lecture à l'Académie. Voici cette note :

» J'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien accepter le dépôt d'un paquet cacheté renfermant les conclusions d'un travail que je compte lui communiquer prochainement sur la physiologie pathologique de la morve. Ce travail repose en partie sur des observations postérieures à la discussion qui a eu lieu naguère dans le sein de l'Académie. Je lui demande la permission de lui donner, par anticipation, quelques renseignements devenus indispensables par suite d'une publicité prématurée, incomplète et surtout inexacte donnée à ces faits.

» L'Académie se rappellera sans doute que, lors de la discussion, j'ai dit que mes premières et principales observations de morve ébauchée et de guérison spontanée de cette maladie avaient porté sur 40 chevaux. Ces chevaux m'appartenaient pour la plus grande partie, le reste appartenait à la Compagnie de l'Ouest. Deux ans plus tard environ, l'État m'a confié, pour des travaux agricoles, 15 chevaux, sur lesquels, au mois de mars dernier, la morve se déclara spontanément. Les chevaux de l'État, placés dans une écurie à part, ont offert successivement et à des époques différentes, des cas de morve à tous les degrés, et le plus grand nombre à une date postérieure à la discussion. Tous ces chevaux ont été visités aux différentes époques de la maladie par des vétérinaires commis à cet effet par M. le ministre de la guerre ; le plus grand nombre ont été abattus et autopsiés en ma présence par ces vétérinaires ; j'ai recueilli sur chacun d'eux des pièces anatomiques d'un grand intérêt. J'ai conçu dès-lors l'intention et déclaré avoir le désir de communiquer ces pièces à l'Académie. Par des circonstances indépendantes de ma volonté, je n'ai pas été à même de les lui communiquer plus tôt. Dans le but de mettre chacun à même de les apprécier, j'ai écrit à M. le ministre de la guerre, pour le

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle en France et à l'étranger.

SOMMAIRE. — Concours de l'internat ; incident. — Assimilation des grades des chirurgiens militaires. — Expédient d'une Société de médecine contre la publicité extra-scientifique. — Les associations médicales en Italie et à Londres. — La Société d'ophthalmologie ; conditions d'admission. — Rôle des médecins vis-à-vis des homœopathes. Un article de sir B. Brodie. — Un nouveau serment d'Hippocrate au Collége des médecins de Londres. — La presse anglaise et le charlatanisme. — Abjuration de l'homœopathie en Amérique. — L'intolérance en Angleterre et à Kœnigsberg. — Les vivisections : Une commission française. — Une nouvelle agréable aux porcs. — Les dissections parfumées. — Argument d'un anti-vaccinateur. — Percement du mont Cénis.

Un incident a vivement ému les nombreux candidats, qui se pressaient, il y a quelques jours, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, pour l'ouverture du concours aux places d'internes des hôpitaux. Un jeune élève, et, dit-on, un des compétiteurs les plus sérieux, M. B..., en entendant la lecture d'une décision du conseil administratif, par laquelle il était exclu du concours pour cause d'irrégularités dans l'exécution de ses fonctions d'interne, fut pris d'une violente attaque de nerfs. Cette décision lui avait, il est vrai, été notifiée la veille, mais il espérait que les démarches faites en sa faveur, par ses chefs de service, seraient suivies de succès. Le succès n'avait pas couronné cette bienveillante intervention, et la décision avait été maintenue dans toute sa rigueur. M. B... était interne dans un service d'aliénés ; il avait cru, par cette raison même, pouvoir, sans inconvénient, consacrer le matin, à l'approche de la lutte, quelques heures de plus à l'étude des questions si nombreuses que ce concours comporte ; d'autant plus que, logeant dans l'hospice, il pouvait être prévenu si sa présence à la visite était jugée nécessaire. Sans doute il avait tort, et l'administration aurait eu raison de le punir comme elle l'a fait, si on ne pouvait appliquer à la punition infligée la maxime *summum jus, summa injuria.* L'administration a exprimé, dit-on, après coup, le regret que le directeur de l'hôpital, au lieu de laisser marcher les choses et de faire ensuite un rapport, n'ait pas plus tôt prévenu, après quelques jours d'absence,

prier, dans l'intérêt de la science et de l'administration, de vouloir bien communiquer à l'Académie tous les procès-verbaux de visite et d'abatage rédigés par les soins de MM. les vétérinaires. J'espère que M. le ministre voudra bien obtempérer à ma demande, et enlever ainsi à la publicité de ces faits le caractère de révélation et de divulgation que quelques personnes ont essayé de leur donner en les dénaturant et en les travestissant.

» Je terminerai en disant que j'ai la plus intime conviction que la doctrine que j'ai mise en discussion recevra, de la nouvelle phase qu'elle aura à traverser, une entière et éclatante confirmation. »

On ne supposait pas qu'une Compagnie de chemin de fer eût, comme l'État, des chevaux oisifs à prêter aux agriculteurs. M. Guérin affirmant que cette faveur lui a été accordée par la Compagnie de l'Ouest, nous n'avons qu'à montrer comment ses propres indications, dans le cours du débat, devaient donner à penser que ses observations avaient porté sur la totalité des chevaux employés, et que dès lors, le nombre de ceux-ci ne dépassait pas quarante. M. Guérin est revenu à cinq reprises sur ce chapitre. La première fois, les trente chevaux morveux qui figurent, et figurent seuls, au débat, sont présentés comme appartenant à « un établissement » (*Gaz. méd. de Paris*, n° 25, p. 401); la seconde fois, ils font partie d'un « établissement *où se trouvent réunis* quarante chevaux » (*ibid.*, p. 402); la troisième fois, d'une « population d'une quarantaine de chevaux » (n° 26, p. 412); la quatrième d'un « établissement *renfermant* une quarantaine de chevaux (n° 28, p. 439); la cinquième, enfin, d'un « établissement renfermant quarante chevaux » (n° 35, p. 350). Ainsi, partout il est question d'un *établissement*, non d'une *écurie*, et d'un établissement contenant en tout une quarantaine de chevaux. M. Guérin dit bien en trois endroits qu'il a observé *deux fois* la morve dans le même lieu, à deux ans d'intervalle (*Gaz. méd.*, n° 25, p. 402, n° 28, p. 439, et n° 35, p. 550); mais son texte ne laisse pas pour cela présumer davantage la déclaration de mardi dernier, car c'est « dans un *établissement où se trouvent réunis quarante chevaux* » qu'il a eu « deux fois occasion de voir la morve apparaître ». Et c'est parmi ces quarante chevaux du même établissement qu'il a observé cette « trentaine » de cas de morve qui a défrayé toute la discussion (*Gaz. méd.*, p. 402). Qui pouvait supposer qu'il y eût, à côté de ces chevaux, d'autres chevaux, et, qui plus est, des chevaux morveux? Ajoutez à cela cette coïncidence singulière que M. Guérin déclare avoir perdu six chevaux (quatre la première fois, et deux la seconde), et que c'est le même nombre qui avait été enlevé par la morve parmi les chevaux de l'État avant la visite du vétérinaire.

Et ici, une réflexion viendra à l'esprit de tout le monde. Comment M. Guérin a-t-il si peu parlé de cette seconde épizootie? Quoi! un débat sur la morve est engagé par lui-même et au sujet de ses propres observations; et il n'exhibe qu'une partie de ses animaux morveux, sous prétexte que les autres sont séparés des premiers! Le 27 août, il mentionne des cas appartenant à la seconde série d'observations (*Gaz. méd.*, n° 35, p. 550), et, plus tard, silence absolu. « Ce n'est, dit-il, qu'au mois de mars dernier que la morve a envahi les chevaux de l'État, et « le plus grand nombre » a été frappé postérieurement à la discussion. Mais la discussion s'est prolongée jusqu'au 17 septembre; à quelle date l'établissement a-t-il été inspecté par le médecin vétérinaire de Chartres? au plus tard à la mi-octobre; car nous connaissons les faits depuis près d'un mois, et, à cette époque déjà, 6 chevaux de l'État avaient succombé, et 5 étaient devenus assez malades pour qu'on ait cru devoir les abattre. On croira malaisément qu'à la mi-octobre, les ravages déjà faits dans cette seconde écurie n'aient pas été assez considérables pour modifier sensiblement cette heureuse statistique de 26 guérisons sur 30 chevaux morveux fournis par la première écurie.

Bien plus, en accordant même que *le plus grand nombre* des chevaux morveux appartenant à l'État le fussent devenus la veille du jour où ils ont été abattus, il serait encore impossible, quelque complaisance qu'on y mît, de concilier la nouvelle déclaration de M. Guérin avec le texte de ses discours. Voici comment il s'exprimait le 9 juillet : « J'ai dit que j'avais vu... une sorte d'épizootie de morve, *dans laquelle* un petit nombre (4 chevaux et 1 âne) étaient morts ou avaient été abattus avec les caractères de la morve *la plus* grave et la mieux confirmée, tandis que le plus grand nombre des autres chevaux, simultanément ou successivement atteints, n'avaient présenté que les symptômes atténués de la maladie, jetage et glandage, sans ulcération, *lesquels avaient tous guéri*. Deux ans plus tard, j'ai constaté de nouveau LE MÊME FAIT, quoique sur une bien moins grande échelle. » Le même fait, ce n'est rien ou c'est la coexistence de cas de morve confirmée, terminée par la mort, et de cas de morve ébauchée, terminée par la guérison, avec une plus grande proportion des seconds que des premiers. Or, nous l'avons dit, sur 15 chevaux de l'État, 6 étaient déjà morts à la date de l'inspection, 5 ont été ensuite abattus. 6 et 5 font 11 qui, retranchés de 15, donnent 4. Sur quels chevaux M. Guérin a-t-il donc vu la morve

---

M. B..., que son irrégularité le rendait passible d'une peine disciplinaire grave. Ce regret est un peu tardif, car, une fois la composition écrite faite, le candidat ne pouvait plus concourir, et le fruit d'une longue année d'un travail assidu et pénible se trouvait perdue pour lui. Nous nous hasarderons de plus à faire à l'administration une petite observation. Un externe ne peut se faire inscrire pour le concours sans apporter un certificat de son chef médical, attestant que le candidat a fait, pendant toute l'année, son service avec *zèle, exactitude et subordination;* c'est la formule. Or, puisque M. M..., chef de service, a donné le certificat exigé, il en résulte que c'est le directeur d'hôpital qui trouve au contraire que le même élève a manqué de zèle et d'exactitude. L'administration préfère s'en rapporter à ses employés; c'est son droit. Cependant nous pourrions lui faire observer trois choses : 1° que si la signature d'un médecin des hôpitaux, au bas d'un certificat, n'a aucune valeur, il est inutile de lui en demander; 2° qu'un médecin d'hôpital nous paraît un juge bien plus compétent qu'un directeur, des exigences d'un service médical; 3° que le service de l'externe ne consiste pas seulement à signer une feuille administrative, formalité qui peut tout au plus prouver sa présence matérielle, tandis que le médecin peut seul apprécier le zèle véritable de l'externe, lequel peut être présent (ce qu'exige l'administration) et rester inutile à son chef et aux malades (ce qui ne paraît pas la préoccuper, puisqu'elle tient si grand compte des certificats médicaux.

— Il paraît que nous avions encore jugé trop favorablement le décret d'assimilation si défavorable déjà aux chirurgiens militaires français. Un de nos confrères de l'armée a bien voulu nous écrire pour nous faire observer entre autres choses qu'en vertu d'un petit paragraphe 2 de l'article 1er du décret de 1860, les médecins inspecteurs continuent à être mis à la retraite au lieu d'entrer dans le cadre de réserve. Cette lettre, dont nous remercions vivement notre correspondant, nous donne certains renseignements que nous mettrons à profit. Les médecins militaires, nous dit-il, connaissent bien leurs besoins, mais les règlements les empêchent d'élever la voix pour faire valoir des titres que la presse

ébauchée l'emporter sur la morve *cardinale*, et guérir, dans « cette écurie à part? » Pour que cette assertion fût intelligible, il faudrait qu'un bon nombre des animaux de cette écurie eussent été d'abord atteints de morve ébauchée, eussent guéri, et enfin eussent pris plus tard la morve caractérisée et incurable. C'est en conscience trop compliqué!

Au surplus, nous avons obtenu le résultat que nous souhaitions quant à présent; nous avons rendu au débat une pièce essentielle, dont l'avenir établira la valeur. En attendant, il nous est impossible de retirer les réserves qu'elle nous avait suggérées dans notre précédent article. Chacun comprendra qu'en voyant mourir, ou être atteints d'irrémédiables lésions viscérales, *tous* les chevaux morveux (1) de la seule écurie sur laquelle on possède des renseignements précis et contrôlés par un homme compétent, on soit peu disposé à admettre que vingt-six chevaux morveux sur trente aient guéri dans l'autre écurie, où l'observateur a pu être trompé par son inexpérience de la matière.

Quant au passage de la note où *quelques personnes* sont accusées d'avoir *révélé* et *divulgué* les faits en les *travestissant*, passage qui s'adresse, sans doute, à certains membres de la section de médecine vétérinaire, c'est une continuation profondément regrettable des premiers écarts de cette discussion. Nous comprenons très bien que ceux qui ont connu des faits favorables à leur opinion les aient divulgués, nous qui les divulguons à notre propre détriment. Quant à les travestir, personne de ceux-là n'en est capable. C'est un mauvais moyen d'obtenir la justice des autres que de commencer par leur refuser la sienne.

(1) L'État ayant retiré les quatre chevaux restants, on doit penser qu'ils n'offraient aucun signe de morve.

— « Il fut une époque, avons-nous dit ailleurs (*Revue des Sociétés savantes des départements*, 2e série, t. III, p. 722), où l'idée de contagion était bien près de disparaître de la médecine française; c'est celle où le culte exclusif de la lésion locale et la réduction de toutes les maladies à un seul élément, l'inflammation, bannirent à peu près de la pathologie tout ce qui ne pouvait être vu ni touché, et plus particulièrement les principes dits *spécifiques*, sans lesquels ne se comprend guère la transmission d'un mal d'un individu à un autre. Et comme le système qui chassait ainsi les vieux dogmes, avait nécessairement des allures d'indépendance et de hardiesse; comme il caressait, par ses tendances matérialistes, l'esprit d'une génération roidie contre la domination religieuse, la jeunesse médicale d'alors en fit, pour ainsi dire, un thème d'opposition. Voilà comment peut s'expliquer un fait historique en apparence singulier, à savoir, qu'une opinion purement médicale se teignit d'une couleur politique; et que ce fut faire profession de libéralisme que de se déclarer anticontagioniste. »

*Sic volvunda ætas commutat tempora rerum;* la révolution des âges amène celle des choses. Aujourd'hui, une réaction presque générale a rendu, à peu de chose près, à la cause de la contagion ce qu'elle avait perdu. Et chaque jour vient montrer combien cette réaction était légitime en soi; ce qui ne veut pas dire qu'elle l'ait été constamment dans son objet ou dans sa mesure.

A ce point de vue, les événements de Saint-Nazaire, sur lesquels nous avons déjà appelé l'attention du lecteur (n° 36, p. 584), heureusement enrayés dès leurs premières manifestations, sont néanmoins d'une haute importance scientifique. On se rappelle à quelles controverses a donné lieu la question de la contagion de la fièvre jaune, soit au sein de la commission de Gibraltar en 1828, soit à l'Académie de médecine il y a une quinzaine d'années, soit enfin dans une foule de publications. Aussi nous sommes-nous attaché à recueillir, touchant l'apparition de la fièvre jaune sur la côte occidentale de France, les renseignements les plus précis.

Le 6 août dernier, le ministre de la marine fut informé que l'équipage du *Chastan*, bateau remorqueur d'Indret (île de la Loire à 12 kilomètres de Nantes), avait été frappé de la fièvre jaune à son retour de Saint-Nazaire, où il avait séjourné près du navire de commerce l'*Anne-Marie*, récemment arrivé de la Havane. Dès le soir même, M. Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine, partait pour Indret, où il arrivait le 7 au matin.

Des cinq hommes d'équipage du *Chastan*, quatre avaient déjà succombé. Le cinquième, visité par M. Reynaud, et en apparence atteint peu gravement, mourut néanmoins le lendemain. Les observations particulières de ces sujets, recueillies par M. Bourdel, chirurgien de première classe, et Gestin, chirurgien de seconde classe, ne peuvent laisser aucun doute sur le caractère de l'affection : c'était bien la fièvre jaune. Tous ces hommes avaient, le 28 juillet, visité l'*Anne-Marie* à Saint-Nazaire, *pendant un quart d'heure seulement*, et étaient repartis sur leur bateau, le 29, pour Indret. Dès le 1er août, le nommé Saillant tomba malade; le 4, il n'était plus. Les nommés Hervé, Fonteneau et Doceux, qui avaient appelé un

médicale indépendante peut seule faire ressortir. Quelque faible que soit la nôtre, elle leur est toute dévouée, et nous nous proposons de reprendre bientôt cette question de l'assimilation et celle, bien plus vitale encore, du joug de l'intendance militaire, dont sont si heureusement exempts nos confrères italiens.

— La Société de médecine du département du Nord, avec un zèle qu'il est bon de signaler, vient, par une récente délibération, de chercher à combattre la publicité des travaux médicaux dans les journaux politiques, publicité payée souvent par l'auteur :

« La Société invite chacun de ses membres à ne laisser paraître
» dans les journaux politiques aucun travail ayant trait à la méde-
» cine pratique. Elle estime que ce genre de publicité n'est d'au-
» cune utilité pour la science, tandis qu'elle expose ceux qui y ont
» recours au soupçon d'avoir recherché une notoriété extra-scien-
» tifique. »

Un excellent sentiment a dicté cette décision; nous supposons seulement que la Société n'a pas oublié, pour les excepter de sa proscription, les comptes rendus académiques que publient chaque semaine les grands journaux politiques. En principe, nous adhérons vivement à cet acte de la Société du département du Nord. C'est au sein des sociétés locales que doit naître et que peut se développer le plus efficacement l'œuvre de moralisation du corps médical. A l'Association générale de provoquer le mouvement; à elle d'examiner les grandes questions que soulève la plaie du charlatanisme; aux centres locaux à entrer résolûment dans le domaine des actes et de couper le mal où ils le rencontrent, en attendant mieux.

— La récente assemblée des médecins a montré les progrès que l'association fait en France; l'Italie suit notre exemple.

Rome possède une association médicale de secours mutuels qui compte déjà neuf années d'existence, et qui pourra devenir (bientôt, espère un de nos correspondants, Romain dans le présent, Italien par l'espérance) le noyau central de la grande association médicale du royaume d'Italie.

médecin civil, ne furent visités que le 4 par M. Gestin, et moururent le 6. Enfin, le nommé Faucheux ne commença à se plaindre que le 5; c'est celui-là qui survivait encore à l'arrivée de M. Reynaud, et qui succomba le 8.

Le zélé inspecteur général partit le 7 au soir pour Saint-Nazaire. Il trouva l'*Anne-Marie* en quarantaine, le long de l'estacade nord du bassin à flot; elle avait été lavée et fumigée; ses panneaux (ouvertures d'entrée) étaient condamnés, et des gardiens sanitaires se tenaient sur le port.

Qu'était-il arrivé à ce navire?

L'*Anne-Marie*, de 450 tonneaux, capitaine Voisin, était parti de la Havane le 12 juin, chargé de sucre en caisses et monté par 16 hommes d'équipage. Il avait subi les premières atteintes de la fièvre jaune à la Havane même, avait eu plusieurs malades dans la traversée, et en avait perdu deux les 5 et 6 juillet, par le travers des Açores. Le 12, tous les hommes étaient guéris et avaient repris leur service. Arrivé à Saint-Nazaire, le navire fut admis à la libre pratique, sur la déclaration du capitaine, qui pourtant était malade lui-même au point de ne pouvoir faire, en débarquant, sa visite officielle au chef du service maritime, et qui, après s'être fait soigner à l'hôtel, était parti convalescent pour Paimbœuf.

L'équipage avait voulu quitter immédiatement un navire « pestiféré », et les hommes étaient rentrés dans leurs quartiers. Plus tard, ils ont été recherchés par le commissaire de la marine qui leur avait délivré des feuilles de route, et l'on a su qu'aucun d'eux n'avait ni transmis ni eu pour son compte la maladie. Mais il n'en avait pas été de même des gens qui ont opéré le déchargement. C'étaient des journaliers pris à terre. 11 d'entre eux étaient tombés malades, parmi lesquels 8 avaient succombé. De plus, le second du navire, jeune homme de vingt-huit ans, qui n'avait pas abandonné son poste et s'était tenu dans la cale pendant le déchargement, avait été frappé le 2 août, et était mort dans un hôtel.

Jusqu'ici, les faits sont de ceux qu'on peut rattacher exclusivement à l'infection, sans en rien attribuer à l'influence contagieuse. Les hommes d'équipage du *Chastan* et les journaliers de Saint-Nazaire avaient séjourné plus ou moins longtemps sur l'*Anne-Marie*. Qu'ils aient eu ou non des rapports avec l'équipage de ce navire, soit à bord, soit ailleurs, il importe peu. Ils ont pu prendre la maladie à la source commune qui avait infesté plusieurs individus à la Havane et dans la traversée. Mais voici une autre série de faits d'une tout autre portée et dont la contagion seule peut rendre compte.

Un des journaliers, domestique chez un cordonnier de Saint-Nazaire, rentré le soir au domicile de son maître, après avoir travaillé sur l'*Anne-Marie*, tombe malade dans ce domicile et y est traité; le maître est bientôt frappé et succombe; la femme du journalier est atteinte également, mais guérit: ni l'un ni l'autre n'avaient eu aucune communication avec le navire infecté.

Le docteur Chaillon, de Montoire (à 6 kilomètres de Saint-Nazaire) va visiter un autre ouvrier de l'*Anne-Marie*, qui était revenu malade à sa demeure située entre Saint-Nazaire et Montoire. Il succombe bientôt à des accidents que les confrères dont il a reçu les soins rapportent à la fièvre jaune.

Voici maintenant des exemples d'un troisième mode de transmission, différent du premier en ce que la maladie n'a pas été prise au foyer même de l'infection, différent du second en ce que la maladie n'a pas été communiquée d'individu à individu, mais mettant en évidence parfaite la transmission miasmatique. Ces derniers cas ont ceci de précieux que, appartenant à la marine, ils ont pu être observés avec beaucoup plus de rigueur que les cas signalés à terre, et valent pour l'authenticité les cas relatifs au *Chastan*. On en doit la relation à M. Drouet, chirurgien en chef de la marine à Lorient.

Le 5 août, le *Lorientais*, paquebot de commerce, étant à Saint-Nazaire, sous le vent de l'*Anne-Marie*, le nommé Bonnet, chauffeur, se sent indisposé. Il part le 6, avec son navire, pour Lorient. Traité chez lui, il présente tous les symptômes de la fièvre jaune et meurt le 10. Le capitaine déclare que cet individu n'avait pas été à bord de l'*Anne-Marie*.

Le 11 août, pendant un nouveau séjour du *Lorientais* à Saint-Nazaire, le mousse Letellec est pris de céphalalgie et de douleur de reins. Revenu le 12 à Lorient, il est traité au domicile de sa mère, où il a de l'ictère, des vomissements noirâtres, de la céphalalgie. Il entre en convalescence le 18. Letellec n'avait pas mis le pied sur l'*Anne-Marie*; il dit seulement avoir pêché à la ligne sous la proue de ce navire.

Ni l'un ni l'autre de ces deux malades n'ont communiqué la maladie à d'autres personnes.

Le *Cormoran*, mouillé à Saint-Nazaire du 31 juillet au 10 août, à 50 mètres sous le vent de l'*Anne-Marie*, n'a pas de malades dans ce laps de temps. Il appareille le 11 et arrive le 12 à Lorient. Le 14, Guichard, charpentier, et Flambart, boulanger, se plaignent tous deux des mêmes symptômes et sont envoyés à l'hôpital de Port-Louis, comme atteints d'embarras gastrique bilieux; mais le 17, ils présen-

---

La présidence du docteur Sani, l'administration des docteurs Carlucci-Guarniere et Donavelli, animés d'un grand zèle, ne laissent que peu de chose à désirer, et les capitaux sont déjà suffisants pour aider avec fruit beaucoup de médecins pauvres, les veuves et les fils des médecins morts ou exilés.

L'exemple des médecins de Rome est suivi dans le reste de l'Italie. Trente-deux médecins de Milan se sont réunis pour former un comité provisoire, chargé de provoquer la formation d'une association médicale italienne; ce comité fit un projet de règlement qui fut soumis, le 5 septembre dernier, à une réunion de cent vingt médecins, lesquels choisirent parmi eux un conseil dont la présidence fut donnée au professeur Luigi Gianelli. Palerme, Florence, Brescia, Come ont adhéré au projet, et tout fait espérer que d'ici à peu de temps une vaste association médicale réunira en un seul corps nos confrères italiens.

Londres possède également une association médicale, mais celle-ci n'a pour objet que de venir en aide aux veuves et aux orphelins des médecins morts pauvres, ce qui est malheureusement aussi fréquent en Angleterre qu'en France. Du reste, l'organisation de colléges de médecine et de chirurgie rend inutile toute autre société qu'une association de bienfaisance.

— Aimez-vous à être membre de beaucoup de sociétés savantes, une excellente occasion se présente; une Société d'ophthalmologie vient de se fonder à Paris, et il suffit, pour en faire partie, de vouloir bien envoyer son adhésion. Deux conditions seulement sont exigées : appartenir à la plus vilaine moitié du genre humain, être âgé de vingt et un ans accomplis; ainsi le veut l'ordonnance d'autorisation. Fussiez-vous von Graaf lui-même, eussiez-vous fait les plus grandes découvertes en ophthalmologie, si vous n'avez vingt et un ans, passez votre chemin. L'autorisation le dit expressément. « N'admettre aux réunions ni femmes ni mineurs. »

A ce propos, qu'est devenu le congrès qui devait avoir lieu du 10 au 13 octobre dernier et dont nous avons reçu le prospectus? Est-ce que tous ses membres étaient mineurs, ou n'y est-il venu que des femmes?

tent de la stupeur et une teinte ictérique. Le souvenir de leur séjour à Saint-Nazaire éveille les soupçons, ils sont isolés dans une chambre particulière, puis transportés sur un lazaret flottant. Guichard meurt le 20, après avoir eu des vomissements noirs, et des hémorrhagies par le nez et la bouche. Flambart expire le 27, après avoir donné quelques espérances de guérison; il avait présenté de l'ictère et des crachats sanguinolents. Ni Flambart ni Guichard n'étaient montés à bord de l'*Anne-Marie*.

Voilà donc, sur un petit théâtre, un spécimen remarquable des différents modes de transmission de la fièvre jaune. Il est fâcheux que les cas de transmission d'individu à individu, plus ou moins loin du foyer infectieux, soient précisément ceux qui laissent à désirer pour la précision des détails. Mais cela n'empêche pas que l'ensemble des faits n'ait la plus haute importance au point de vue des quarantaines; et nous ne sommes pas surpris de voir un journal de Madrid, EL SIGLO MEDICO, (n° 409) tirer des événements de Saint-Nazaire un texte d'éloges à l'adresse du gouvernement espagnol qui, lors des conférences internationales de 1859, maintint dans toute sa pureté et dans toutes ses conséquences pratiques sa foi contagioniste, malgré la tiédeur de ses deux représentants, MM. Monlau et Segovia.

Dans les diverses circonstances que nous venons de rappeler, l'administration de la marine et celle du commerce ont déployé tout le zèle qu'on était en droit d'en attendre.

Dès le retour de M. Reynaud à Paris, le 9 août, le ministre de la marine informa des faits son collègue du commerce, qui envoya aussitôt sur les lieux M. Mêlier, inspecteur général du service de santé. Celui-ci fit décider la submersion de l'*Anne-Marie*, puis essaya d'établir un lazaret à terre, une sorte de camp; mais, cette tentative n'ayant pas abouti faute de moyens matériels, M. le ministre du commerce dut faire appel, le 18, aux ressources de la marine. Sur un ordre immédiat expédié au préfet maritime de Lorient, le brick l'*Alcibiade* partit le soir même pour aller faire fonction de lazaret provisoire à l'embouchure de la Loire. Peu de jours après, la *Pénélope*, installée en hôpital complet, ayant à bord des sœurs hospitalières et un personnel médical composé de MM. Gestin, Guillomard et Le Dantec, pharmacien, fut dirigée sur Mindin, à l'embouchure de la Loire, où elle forma un lazaret flottant capable de faire face à toutes les éventualités. Quant aux mesures sanitaires concernant le port de Lorient, elles ne furent pas davantage négligées. Par les ordres de M. l'amiral de Gueydon, qui a déployé, dit-on, en cette occurrence une entente et une activité rares, la corvette la *Thysbé* fut installée en lazaret et placée sous la direction de M. Cerf-Mayer, chirurgien de deuxième classe, pendant que le *Cormoran* était maintenu en quarantaine.

Nous ajoutons, dans le seul but de compléter cet historique, que, le 2 septembre, quand la sécurité était rentrée dans les esprits depuis une quinzaine de jours, un matelot de l'*Alphonse-Nicolas-César*, bâtiment de commerce récemment arrivé de la Havane et placé en quarantaine, fut trouvé à Saint-Nazaire atteint de fièvre jaune. Il paraît que la surveillance des gardes sanitaires, qu'on avait dû prendre à terre, faute de mieux, avait été trompée, non pas seulement par l'individu dont nous parlons, mais par plusieurs autres. A partir de ce jour, le service de surveillance et de police de la rade fut fait par l'aviso à vapeur le *Phoque*, ayant pour gardes sanitaires des soldats du génie.

— Une autre affection, au sujet de laquelle a été soulevée, au grand étonnement de la génération nouvelle, la question de la contagion, est la phthisie pulmonaire. On n'est pas encore revenu au temps où tantôt l'usage, tantôt la loi du pays, comme en Espagne et en Portugal, voulaient qu'on brûlât les hardes des phthisiques; où un anatomiste aussi intrépide que Morgagni reculait devant leurs cadavres — *Illa* (cadavera) *fugi adolescens et fugio vel senex* —; où enfin ce fut un honneur pour Portal que d'oser promener le scalpel sur les poumons envahis par les tubercules. Mais déjà quelques médecins pensent que, dans une certaine mesure, la *cohabitation habituelle* d'un phthisique avec une personne saine peut devenir, pour celle-ci, l'occasion d'une explosion tuberculeuse. Suivant les uns, il y aurait contagion réelle, c'est-à-dire une sorte de migration d'individu à individu, d'un principe morbide qui engendrerait la maladie de toute pièce, comme on le voit pour la variole ou la rougeole; seulement ce principe, en raison de son peu d'activité ou de toute autre circonstance, ne se transmettrait que difficilement et dans des conditions exceptionnelles. Suivant d'autres, la cohabitation avec un phthisique n'aurait d'autre effet que de plonger l'individu sain dans une atmosphère nuisible, capable d'agir sur son système pulmonaire et, à la longue, d'y faire naître des affections diverses, parmi lesquels il faudrait ranger la phthisie. C'est à cette dernière opinion que se rallie M. Bruchon, professeur à l'École de médecine de Besançon, dans un travail lu à la *Société de médecine* de cette ville; travail un peu ancien déjà, mais qui ne nous est parvenu que

— Il ne faut pas discuter avec les homœopathes.

C'est ce qu'explique assez longuement, dans un recueil littéraire des plus répandus parmi les médecins (*Frazer's Magazine*), sir Benjamin Brodie, encore soucieux, à ce qu'il paraît, du rôle involontaire qu'il a joué récemment, et que nous avons raconté. Nous sommes, cela va sans dire, de l'avis de notre confrère; on peut regretter seulement, et s'étonner, de rencontrer un si bon précepte dans un article destiné à rendre palpable l'inanité de la doctrine et de la pratique hannemanniennes. Quelque autorité qui soit attachée à un jugement descendu de si haut, nous craignons fort, comme on dit en justice, qu'*il ne ressortisse pas son plein et entier effet*. Les convertis seuls seront de l'avis du prédicateur; les pécheurs s'en moqueront; le public restera indifférent. Qui sait même si l'homœopathie ne trouvera pas son compte à cette leçon, où M. Brodie a dû faire devant un public en grande partie extra-médical certaines confidences bonnes seulement en famille; par exemple, qu'un grand nombre de malades guérissent sans le secours de l'art; ou que les homœopathes exploitent, pour faire croire à leurs succès, les erreurs des praticiens réguliers, etc.? On voit quelle carrière ouverte à la malignité! On pressent aussi le déluge de répliques que doit amener cette sorte de provocation. Laissons le temps faire son œuvre, et achever d'user ce vieux manteau effiloqué dont on en est à cacher les trous avec des morceaux dépareillés!

Il ne faut pas non plus persécuter les homœopathes.

Seulement ici, entendons-nous. Que ceux dont un diplôme couvre la pratique jouissent des droits du diplôme; mais que là se borne leur part dans la famille médicale. On ne doit pas les persécuter, rien de plus juste; on n'est pas non plus obligé de les souffrir à côté de soi. Quand donc on leur ferme la porte des sociétés savantes ou des associations; quand on se refuse à les hanter au lit du malade, on use simplement d'une liberté individuelle. *Qui se ressemble s'assemble*, est un des proverbes dont on redoute le plus, et le plus légitimement, l'application.

Voilà pourquoi nous avons loué jusqu'ici l'attitude de l'Angleterre médicale à l'égard de l'homœopathie. En ce moment, notre voisine

depuis peu, avec le BULLETIN de la Société, par le canal du *Comité des travaux historiques*.

Pour apprécier la valeur de ce travail, il convient d'abord d'écarter, avec l'auteur, les cas où l'on peut supposer qu'une phthisie *tout accidentelle* a frappé les deux époux, avec l'aide de conditions hygiéniques communes (atmosphère viciée, variations de température, habitation humide et mal aérée, etc.). Ce qu'il reste dès lors à rechercher, c'est si, dans des conditions moins défavorables, celui des deux époux qui n'est frappé qu'en seconde ligne ne portait pas le germe du mal en lui, tout comme le premier. Comment le savoir? En interrogeant les antécédents héréditaires. Malheureusement, sur les sept cas relatés par M. Bruchon, et dont quatre lui appartiennent en propre, l'absence de tout antécédent de ce genre n'a été constatée que trois fois. Mais du moins ces trois faits sont-ils des exemples incontestables de transmission, par quelque procédé que ce soit? Il faudrait pour cela qu'on ne pût pas faire intervenir l'autre cause dont l'auteur lui-même vient de reconnaître la puissance, c'est-à-dire l'influence de la communauté de conditions hygiéniques nuisibles; et rien, dans le texte des observations, n'autorise à affirmer qu'une telle cause n'existait pas. Une circonstance, si elle se fût présentée, eût pu servir de dédommagement, c'eût été que, l'époux phthisique étant mort, le survivant revînt à la santé au milieu des mêmes habitudes de vie; mais cette circonstance n'a eu lieu dans aucune des sept observations.

On le voit, les faits rapportés par M. Bruchon ne démontrent pas irréfragablement le fait de la transmission de la phthisie. Mais nous n'oserions affirmer que ce fait n'ait jamais existé. Nous possédons même une observation où se trouve précisément cet élément d'appréciation que nous regrettions tout à l'heure de ne pas rencontrer dans celles de l'auteur; nous voulons dire un retour à la santé, remarquablement rapide, de l'époux survivant.

A. DECHAMBRE.

---

— Par décret du 7 novembre, M. Adelon, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé professeur honoraire. — Par un autre décret du même jour, M. Adelon a été élevé au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

## II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Folie héréditaire.

CONDAMNATION POUR OUTRAGE PUBLIC AUX MŒURS, D'UN INDIVIDU QUI COMPTAIT DES ALIÉNÉS DANS SON ASCENDANCE PATERNELLE ET MATERNELLE; CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LES ACTES IMMORAUX ET PERVERS, COMMIS PAR DES INDIVIDUS NON ALIÉNÉS par le docteur MOREL (de Saint-Yon).

§ Ier.

Les aliénés ou individus soupçonnés de folie, qui sont traduits en justice pour des faits d'immoralité notoire, tels que attentats à la pudeur, outrages aux mœurs, offrent assez souvent de sérieuses difficultés quant à ce qui regarde l'appréciation médico-légale des actes pour lesquels ils sont incriminés. Il est parfois telle manifestation érotique qui s'accompagne de circonstances si révoltantes, que la conscience publique, saisie d'une sorte d'horreur instinctive, se refuse à admettre la non-culpabilité de ces individus.

J'en ai cité un exemple dans l'HEBDOMADAIRE, année 1857, à propos d'un violateur de cadavres, dont l'observation m'avait été envoyée par feu M. le docteur Bedor (de Troyes) (1). J'ai rapproché ce fait de celui du sergent Bertrand, condamné en 1847, pour avoir violé des sépultures au cimetière du Montparnasse, avec des circonstances qui indiquent le terme final de la dégradation morale où peut tomber un individu par suite d'un état de folie. La déposition si remarquable de M. le docteur Pajot ne put sauver le sergent Bertand, et il succomba sous le poids de la réprobation instinctive que soulèvent des actes aussi abominables que ceux qui lui étaient reprochés.

Encore une fois, en présence de faits semblables, *la conscience* s'indigne et se révolte. Sans accorder aucune pitié à leurs auteurs, l'opinion publique tend à les classer parmi les monstruosités de l'ordre moral. Ce sont des fous, dit-on, encore; cependant on les condamne, et l'on a peu de souci de s'enquérir du mobile qui a déterminé, poussé ces individus à l'accomplissement des actes dont on les rend justiciables. En d'autres termes, la recherche scientifique de la cause du phénomène se trouve ainsi écartée, et j'ajouterai que l'on est souvent mal venu d'interposer entre la conscience de tous qui se révolte, et la justice humaine qui condamne, le problème médical qui consiste à rattacher, quand il est possible de le faire, l'acte incriminé à son origine pathologique. Sous ce rapport, les médecins aliénistes se trouvent plus que tous autres placés dans une fausse position parce que l'on est généralement porté à croire qu'en raison de la spécialité de leurs études, ils

(1) *Considérations médico-légales sur un imbécille érotique convaincu de profanation de cadavres* (*Gazette hebdomadaire*, annéo 1857).

---

semble vouloir entrer dans une voie plus hardie et recourir à des moyens plus rigoureux. L'organisation de la médecine de la Grande-Bretagne permet d'employer contre les adeptes une arme qui nous manque, c'est le retrait du diplôme pour tous ceux qui déshonorent la profession. Or, le conseil du Collége royal des chirurgiens d'Irlande a publié, il y a quelques semaines, une ordonnance par laquelle il défend à ses membres d'exercer l'homœopathie ou toute autre forme de charlatanisme (*Quackery*); de se rencontrer en consultation, avec des personnes dont la manière de pratiquer est regardée comme déshonorante par les médecins ou chirurgiens; de les aider de leurs avis, directement ou indirectement, etc. De plus, le Collége des médecins a adopté la formule d'une déclaration que doit faire tout licencié avant de recevoir son diplôme : « Je m'engage à ne pratiquer aucun système médical réprouvé par le collége, à ne pas chercher à attirer l'attention du public par des avertissements ou autres moyens peu dignes; je ne ferai ni ne permettrai de faire aucun mauvais usage de mon nom en faveur d'aucun remède secret ou autre. Je déclare solennellement et sincèrement me reconnaître, en cas de violation de cette déclaration, passible de censure, d'amende (n'excédant pas 20 livres, 500 francs), d'expulsion et de perte de mon diplôme, suivant qu'il paraîtra juste au président ou à la majorité des membres (*fellows*) du collége de m'infliger l'une ou l'autre peine. »

Voilà un procédé énergique. Nous n'en voudrions pas, pour notre compte, en France; mais pour comprendre comment il a pu être proposé et appliqué en Angleterre, il est essentiel de se rappeler que la pratique médicale y est, en réalité, libre. On n'y poursuit judiciairement que l'*usurpation de titre*, circonstance qui, chez nous, aggrave le délit, mais ne le constitue pas. Le culte du diplôme en est d'autant plus profond en Angleterre et l'on redoute d'autant plus ce qui peut y porter atteinte. On se fait moins de scrupule aussi de déchirer un parchemin qui n'est pas indispensable à l'exercice de l'art. On agit à l'égard des indignes comme on fait ici à l'égard de ceux qui ont subi une peine infamante; on leur arrache la croix d'honneur.

sont disposés à voir des fous partout. Enfin, il est quelques personnes qui veulent qu'en présence de certains faits qui soulèvent une indignation générale, l'irresponsabilité d'un individu, fût-il atteint de folie, doit s'effacer devant l'intérêt social qui exige sa condamnation.

Quoi qu'il en soit de cet intérêt dont je ne veux pas examiner ici la légitimité, est-il besoin de faire observer que si la répulsion que soulèvent les actes excessifs d'immoralité, est tout ce qu'il y a de plus légitime et de plus respectable, les jugements qui sont portés sur ces mêmes actes se ressentent parfois de l'émotion produite, et perdent toute valeur au point de vue de l'observation scientifique des faits? Certes, ce n'est pas parce qu'un individu aura commis un crime insolite, et qu'il se sera livré à des actes d'un cynisme sans exemple, qu'il devra être immédiatement considéré comme aliéné. Ce n'était pas un aliéné, à mon avis, que ce fameux marquis de Sade, qui a tant scandalisé son époque par ses productions littéraires immorales, et qui a fini son existence à Charenton. Les actes d'un aliéné se déduisent de sa maladie avec la même logique que les actes d'un criminel se déduisent de sa passion ou des suggestions qu'il a librement acceptées.

Il n'était pas aliéné non plus ce non moins fameux maréchal Gilles de Rays, vaillant homme de guerre s'il en fut, contemporain et compagnon d'armes de Jeanne d'Arc, et qui prit une part active à l'expédition de cette héroïne pour la délivrance d'Orléans. Les forfaits qu'il commit au château de Machecoul, en Bretagne, où plus de huit cents enfants furent sacrifiés par lui à ses appétits immondes, et avec des circonstances atroces qui dépassent tout ce que nous savons de la dépravation de certains empereurs romains (1), ne le firent pas considérer comme un fou par la haute cour de Bretagne, présidée par le très noble et très sage messire Pierre de l'Hospital, juge universel en toute la duché de Bretagne, ainsi qu'il est qualifié dans le réquisitoire du lieutenant du procureur de Nantes. Le très haut et très puissant seigneur Gilles de Laval, sire de Rays et autres lieux, conseiller du roi notre sire et maréchal de France, ne put éviter l'expiation de ses crimes. Il subit la peine de mort à Nantes; et ce fut justice.

Cependant il est peu de personnes qui, en lisant le procès du maréchal ne soient tentées de le considérer comme un aliéné. Il écrit au roi de France Charles VII : « Souventes fois je me lamente » et me reproche d'avoir laissé votre service, mon très vénéré » sire, il y a six ans, car en y persévérant, je n'eusse pas tant for» fait, mais je dois néanmoins confesser que je fus induit à me » retirer en mes terres de Rays, par certaine furieuse passion et » convoitise que je sentais envers votre propre dauphin, tellement » que je faillis un jour l'occire comme j'ai depuis occis nombre de » petits enfants par secrète tentation du diable.

(1) Crimes tellement étranges et tellement inouïs, dit M. H. Martin dans son *Histoire de France*, que cet âge de fer qui semblait ne pouvoir s'étonner de rien en fait de mal avait été frappé de stupeur. Voy. pour les détails *Curiosités de l'histoire de France* (causes célèbres), par L. Jacob. Paris, 1858.

» Donc, je vous conjure, très redouté sire, de ne pas abandon» ner en ce péril, votre très humble chambellan et maréchal de » France, lequel ne veut avoir la vie sauve que pour faire une belle » expiation de ses méfaits sous la règle des Carmes. »

Cette étrange lettre ne prouve pas, ainsi que le dit M. P.-L. Jacob, que le sire de Rays *avait perdu l'usage de sa raison*. Les fous ne croient pas avoir commis des méfaits. D'ailleurs l'étude de cet étonnant procès révèle clairement que, depuis son arrestation, le maréchal employait la plus grande sagacité à conduire son affaire à bonne fin. On le voit communiquer à ses complices, cités comme témoins en cette horrible cause, ce qu'ils auront à déposer, leur enjoignant de tout nier, et surtout les crimes de sodomie avec homicide dont il s'était rendu coupable. Le maréchal n'avoua d'abord que les manœuvres et maléfices auxquels il se livrait pour évoquer le diable en société et avec l'aide des astrologues qu'il faisait venir à grands frais d'Italie. Or ce ne sont pas là des actes d'aliénés. Ces derniers ne sont pas ordinairement capables de combiner les éléments d'une défense. Ils cachent souvent, il est vrai, les motifs qui les ont fait agir, mais ils n'en inventent pas de mensongers pour excuser un crime dont ils se croient innocents. Et quand même ils avouent être dignes de mort, ils se glorifient du résultat de leurs actes, puisque ceux-ci n'ont été commis par eux que pour avoir une occasion de se placer sur un piédestal d'où ils feront connaître au monde entier qu'ils sont des victimes injustement persécutées. C'est ainsi qu'agissent beaucoup d'hypochondriaques, qui en arrivent par degrés au délire des persécutions et à la perpétration d'actes homicides prémédités et accomplis souvent avec des circonstances atroces.

Pour revenir au maréchal de Rays, ce n'est que lorsque les aveux complets des deux principaux inculpés et complices, Henriet et Pontou, ne lui laissèrent plus aucun moyen de se sauver que le fier et puissant seigneur resta comme foudroyé devant ses juges; il fit alors l'aveu de ses crimes dans leurs détails les plus révoltants. Ce grand coupable ne demanda plus qu'une seule grâce, *c'est qu'on lui permît de se retraire dans un couvent pour y amender ses vilains faits et y avancer le salut de sa pauvre âme.*

Un des témoins inculpés voulut sauver son maître en disant que son bon sire de Rays ne peut être accusé et puni, attendu qu'il n'était pas libre de ses intentions et de ses faits, car il se trouvait *soumis à la possession du diable*, quoi qu'il fît pour s'en délivrer par messes, oraisons, jeûnes, aumônes et toutes sortes de bonnes œuvres. Pierre de l'Hospital lui-même, qui a cependant montré dans la conduite de ce procès une haute et impartiale justice, une raison supérieure, semble céder pour un moment aux préjugés de son époque. Il fournit même à l'avocat le thème de sa défense quand, effrayé de la franchise des terribles aveux de l'accusé, il l'interpelle en ces termes : « Qui vous a induit à ce faire? C'est assurément l'esprit du mal, le tentateur. »

Mais c'est précisément dans la réponse du maréchal à cette question qu'il faut admirer comment les plus grands coupables

— Dans ce pays, du reste, la presse, libre et puissante, a plus de prise que la nôtre sur le charlatanisme. En voici un exemple : Les noms de médecins célèbres se voient parfois sur des fioles et sur des boîtes, comme nous voyons ici la moutarde recommandée par M. le professeur X...., la farine employée par le docteur Y...., membre de l'Académie ; l'eau du docteur Z...., chirurgien de tel hôpital, etc. Eh bien ! en ce moment le docteur Arthur Hell Marsall se trouve en butte aux interpellations de tous les journaux médicaux de Londres pour avoir, sous prétexte d'analyse, laissé mettre son nom sur des flacons d'*essence invigorative*, vendus par M. Baum-Gasten et compagnie. Il en est de même d'un certain docteur Brodie, qu'il ne faut pas confondre avec sir Benjamin Brodie, coupable d'avoir annoncé qu'il est de retour d'un voyage, et qu'il reprend ses consultations quotidiennes à l'heure ordinaire.

— Il en est un peu de même en Amérique ; mais là, il s'en faut encore que la corporation médicale ait acquis cette cohésion et ce sentiment de solidarité qu'on remarque chez les médecins de la Grande-Bretagne. Aussi croyons-nous nous conformer tout ensemble à la vérité et aux convenances en n'attribuant pas à la presse les honneurs d'une quadruple conversion qui fait beaucoup de bruit là-bas.

Les docteurs Fowler, Faulkner-Browne et M. Donald ont abjuré l'homœopathie. Leur exemple a été suivi par le docteur Peters, éditeur du *Nord American Journal of homœopathy*. Ce dernier, dans une longue lettre adressée au directeur de l'*American Medical Times*, raconte comment il était devenu homœopathe, et pourquoi il cesse de l'être. Nous détacherons de sa lettre quelques lignes qui méritent d'être citées :

« J'essayai peu à peu d'abandonner les doses infinitésimales, et, » loin d'être obligé d'y revenir, je vis mes succès s'accroître à » mesure que je m'éloignais des petites doses que j'avais d'abord » employées. Les observations d'autres médecins m'avaient souvent » engagé à essayer avec le plus grand soin des doses infinitési» males dans diverses circonstances, mais jamais le succès ne » suivit mes tentatives. Pendant que j'observais des faits extraor-

rendent parfois hommage à la vérité en cédant au cri de leur conscience. Leurs réponses acquièrent alors une netteté qui donne le moyen d'apprécier en quoi ils ont encouru la responsabilité de leurs actes. Si, dans l'exemple qui nous occupe, le prévenu parle de l'instigation du diable, il ne fait qu'employer un langage en rapport avec les idées superstitieuses de son temps, sans que cette croyance à l'intervention de l'esprit infernal soit de nature à faire croire qu'il ait agi d'une manière irrésistible, à l'instar des aliénés. Écoutons plutôt ses propres paroles.

« Je ne sais, dit le seigneur Gilles de Rays, mais j'ai *de moi-même et de ma propre tête, sans conseil d'autrui*, pris ces imaginations d'agir ainsi seulement par plaisance et délectation de luxure; de fait, j'y trouvais incomparable jouissance, sans doute par l'instigation du diable. Il y a huit ans que cette idée diabolique me vint; ce fut l'année même où mon aïeul, le sire de la Suze, alla de vie à trépas. Or, étant d'aventure en la librairie du dit château, je trouvai un livre latin de la vie et des mœurs des Césars de Rome, par un savant historien qui a nom Suétonius; ledit livre était orné d'images fort bien peintes, auxquelles se voyaient les déportements de ces empereurs païens, et je lus en cette belle histoire comment Tiberius, Caracalla et autres Césars s'ébattaient avec des enfants, et prenaient singulier plaisir à les martyriser. Sur quoi je voulus imiter lesdits Césars, et le même soir je commençai à ce faire en suivant les images de la leçon et du livre... Pour un temps je ne confiai mon cas à personne, mais depuis je dis le mystère à plusieurs personnes, entre autres à Henriet et à Pontou, *que j'avais dressés à ce jeu*. Ce furent les susdits qui aidaient au mystère, et qui avisaient à trouver des enfants pour mes besognes. Les enfants, tués à Chantocé, étaient jetés au bas d'une tour en un pourrissoir, d'où je les fis tirer une certaine nuit, et mettre en un coffre pour être transportés à Mâchecoul et brûlés, ce qui fut fait. Quant à ceux occis à Mâchecoul et à Nantes en l'hôtel de la Suze, on les brûlait en ma chambre, hormis quelques belles têtes que je gardais comme reliques. Or, je ne saurais dire au juste combien furent ainsi tués et ars, sinon qu'ils furent bien au nombre de six vingts par an... »

Ce serait donc huit cents enfants au moins, en l'espace de sept années, s'écria Pierre de l'Hospital en se signant avec douleur. Ah! messire, vous étiez possédé du démon, sans doute! Je prie Dieu pour que vous ne le soyez encore présentement.

Les considérations historiques qui précèdent tendent à établir que les cas extrêmes et insolites de dépravation morale sont loin de constituer les caractères de la folie. Il n'est, en réalité, acte si dépravé commis par les aliénés, et je n'en excepte pas même la violation des cadavres, qui n'ait été accompli par des individus jouissant de leur raison. On peut invoquer, je le sais, pour excuser certaines monstruosités de l'ordre moral, la passion des individus, la force de l'habitude, l'entraînement de l'imitation; mais entre la tyrannie des passions et l'irrésistibilité, qui est le propre des maladies mentales, il existe une grande et énorme différence. Celle-ci se déduit de l'observation de symptômes d'un caractère exclusivement pathologique, ainsi que nous allons le voir dans l'exemple qui suit, et qui a trait à un individu condamné une première fois en police correctionnelle pour outrage public aux mœurs, et dont le jugement a été, après rappel, confirmé par le tribunal de première instance de Rouen.

Ce fait n'atteint pas, sans doute, la proportion de certains procès fameux où la haute position des inculpés et l'étrange perversité de leurs actes sont de nature à jeter le trouble et la perplexité dans les consciences les moins timorées, dans les esprits les plus lucides et les plus exercés à la science de la criminalité, en les faisant douter si les individus en jugement sont des criminels ou des aliénés. Mais un fait est toujours assez intéressant pour nous quand il peut servir à l'avancement de la science et à la rectification d'une erreur judiciaire.

D'ailleurs la flétrissure qui atteint une famille par la condamnation d'un de ses membres est chose assez grave pour que, dans les cas douteux, il soit permis de discuter les motifs qui ont amené la conviction des juges et dicté leur arrêt. C'est là ce que nous ferons tout en témoignant notre respect pour la magistrature. Ce n'est pas elle qui est en cause, c'est la méthode peu scientifique encore qui préside à l'interprétation des actes des aliénés devant la justice.

De qui s'agit-il, en réalité, dans le cas incriminé qui a été flétri et condamné par le tribunal de police correctionnelle du Havre? Il s'agit d'un homme de trente et un ans, marié et père de famille, peintre en bâtiments, né d'un père mort aliéné, comptant une tante aliénée dans son ascendance maternelle, exerçant, aux yeux de tous, une profession qui demande de l'intelligence. Cet homme en se livrant publiquement à des actes d'un cynisme éhonté n'a pu que soulever une réprobation universelle; aussi *la condamnation* n'a-t-elle paru à personne être imméritée, et l'espèce de pitié qui s'attache aux coupables les plus vulgaires *s'est-elle bientôt* retirée de ce malheureux. Voilà cependant l'individu que *l'observation* attentive des phénomènes pathologiques qui ont précédé l'acte final pour lequel il a été condamné *m*'a porté à considérer comme atteint de folie. Mon opinion, sous ce rapport, est partagée par deux honorables praticiens du Havre, M. le docteur Dujardin, médecin en chef de la prison, et M. le docteur Maire, dont l'expérience et le savoir ne peuvent être mis en doute par personne.

En partant de l'idée que la folie est le plus ordinairement la manifestation ultime d'une situation névropathique qui a une période d'incubation très longue, et qui s'irradie souvent dans les conditions maladives des ascendants, nous avons dû prendre en sérieuse considération les influences héréditaires qui, dans la circonstance actuelle, jouent un rôle incontestable. Ce n'est que grâce à l'étude de la dépendance réciproque, de la succession et de l'enchaînement des phénomènes pathologiques qui se rattachent à l'élément de l'hérédité morbide, que nous avons pu nous expliquer les actes d'incroyable folie qui se sont passés dans l'intérieur de

---

» dinaires de guérison dans des maladies pour lesquelles aucun » médicament n'avait été prescrit, je voyais d'autre part des affec- » tions graves traitées par moi, en consultation avec des collègues » homœopathes, continuer leur marche fatale sans être retardées » ou arrêtées par leurs médicaments sans pouvoir, je fus de plus » en plus convaincu qu'ils étaient absurdes et dangereux..... »

Nous pouvons nous arrêter;

Un sonnet sans défaut vaut seul un long poëme.

Ces quelques lignes valent mieux qu'un long discours. M. Péters, élevé dans l'homœopathie, à laquelle il croyait, dit-il, depuis l'âge de quatorze ans, paraît être, *rara avis*, un homœopathe de bonne foi. *Errare humanum; perseverare diabolicum;* l'erreur découverte, il l'abjure; c'est le fait d'un honnête homme.

— Il y a une ombre au soleil, un revers à la médaille, un *mais* à la louange. Ce libéralisme anglais, si louable parfois, si envié, est quelquefois remplacé par une remarquable intolérance; nous n'en voulons pour preuve que le récent exemple suivant :

Une dame, dont l'âge reste pour nous un mystère, éprouva le plus vif désir de se livrer à l'étude de la médecine. Elle a pris ses inscriptions à *Middlesex hospital* de Londres, et se mit à suivre assidûment les cours. Tout alla bien tant qu'il ne s'agit que de matière médicale et de chimie, mais ce fut une tout autre affaire pour les cours d'anatomie et de physiologie. Une femme voulant voir un cadavre d'homme, étudier la structure de certains organes, c'était évidemment *shocking*, et en Angleterre, *shocking* remplace toutes les raisons. Ce fut un *tolle* général et il fallut bon gré mal gré que la dame cessât ses visites à l'hospice inhospitalier auquel elle offrait pourtant 50 000 francs pour la fondation d'une école pour dames. Voir une femme assister à toutes les visites et à toutes les opérations d'un service chirurgical a certainement en soi quelque chose de *shocking*, mais les élèves de l'Hôtel-Dieu de Paris étaient il y a quelques années plus tolérants que ceux de Londres et ils se contentaient de sourire quand ils voyaient leur confrère en

famille de Charles D..... quatre ans avant la perpétration de l'acte immoral pour lequel il a été condamné.

C'est là que nous voyons ce malheureux en proie à ces accès de délire de mauvaise nature qui se révèlent d'abord par des excentricités hypochondriaques, des tics ridicules, des actes d'une niaiserie indicible, pour se résumer ultérieurement dans la manifestation d'actes insensés qui, par leur périodicité et leur gravité, impliquent un pronostic des plus graves; citons quelques faits. Le prévenu ne voulait manger que dans certaines conditions de symétrie, qui exigeaient, lorsqu'il se mettait à table, une distance des autres convives exactement calculée, ainsi qu'une disposition particulière des plats les uns vis-à-vis les autres. Cette sorte de manifestation est particulière à beaucoup d'hypochondriaques. Maintes fois on l'a surpris découpant des meubles de palissandre pour s'en faire des cure-dents, démontant des pendules pour mettre les ressorts dans sa poche, lacérant des canapés et des fauteuils pour en examiner l'intérieur, jouant des heures entières avec la poupée de son enfant. On ne considéra d'abord ces actes que comme des excentricités, des niaiseries ridicules que l'on avait intérêt à cacher. Mais il n'en fut plus ainsi lorsque des états de profonde dépression alternèrent avec des excitations insolites, lorsque le malade pleurait sans motifs, et se livrait à des rires immodérés; lorsque, passant presque sans transition de l'amour à la haine, il menaçait sa femme et son enfant, et s'en prenait ensuite à lui-même, disant qu'il se tuerait, et qu'il ne pouvait soutenir des souffrances aussi intolérables.

Comment arrive-t-il cependant que ces faits étaient complétement ignorés, et qu'en les signalant dans la défense on semble bâtir un échafaudage de circonstances atténuantes pour excuser l'acte unique incriminé en justice? Ceci demande une explication, et l'on va voir immédiatement que la situation de Charles D..., est commune à beaucoup d'insensés.

Il est de fait que les bizarreries et les excentricités de certains aliénés, que les actes désordonnés qu'ils commettent dans la période d'incubation de leur folie, se passent le plus ordinairement dans l'intérieur de la famille. Il est des malades qui, pendant des années, sont capables de se contenir en public ou devant les étrangers, et dont la folie ne se révèle par aucune manifestation délirante extérieure. D'un autre côté, et pour une foule de motifs faciles à concevoir, les parents ont parfois intérêt à cacher aux yeux du monde la folie de ceux qui leur tiennent de près. Personne ne se doute alors que des individus que l'on voit venir et agir d'une façon extérieure raisonnable, tenir une place dans la société, remplir parfois des fonctions importantes, exercer des états professionnels, cultiver les arts ou les sciences, soient frappés d'aliénation, et que, dans leur intérieur, ils se livrent non-seulement à des actes ridicules, excentriques, mais encore à des actes qui mettent souvent en péril l'existence des leurs. Ce n'est que lorsqu'un acte dangereux ou immoral, ou de quelque nature qu'il soit, mais, dans tous les cas, justiciable des tribunaux, a été commis par ces mêmes personnes, et leur a donné une triste notoriété, que les jugements du public se formulent. Chacun alors, ainsi que je l'ai dit en commençant, interprète les faits incriminés, non pas au point de vue de l'observation scientifique des phénomènes, mais d'après ses propres impressions.

C'est donc à nous médecins qu'est réservée la tache de restituer à ces faits leur véritable caractère maladif, de faire la part de ceux qui sont le produit d'une volonté libre et responsable, et de ceux qui sont la conséquence fatale de la folie. C'est là ce que je vais tenter en examinant si le nommé Charles D..., accusé de s'être livré à des actes publics de masturbation, jouissait réellement de sa raison, et pouvait être considéré comme moralement responsable.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

III

## SOCIÉTES SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

CHIRURGIE. — *Des accidents graves qui suivent parfois le cathétérisme et les autres opérations pratiquées sur l'urèthre*, par M. *C. Sédillot.* — Tous les chirurgiens ont signalé des accidents graves ou même mortels survenus à la suite du cathétérisme ou après d'autres opérations, souvent de peu d'importance, pratiquées sur le canal de l'urèthre. Qu'il me suffise de rappeler les faits signalés dans le savant *Traité de médecine opératoire* de M. le professeur Velpeau, et dans les Leçons de M. le docteur Civiale. Il semblerait, d'après ces auteurs, qu'un simple cathétérisme a pu être la cause de complications rapidement funestes, et cette opinion est généralement admise; cependant, si j'interroge ma propre expérience, je serais conduit à apporter quelques restrictions à ce jugement, et je le modifierais en ce sens que les accidents m'ont toujours paru déterminés par un certain degré de violence dans les manœuvres chirurgicales, entraînant des éraillures ou de légères déchirures des parois du canal, comme l'attestaient une coloration rougeâtre de la sonde, un suintement sanguinolent, ou même quelques gouttes de sang. Je n'ai jamais vu le libre et facile passage d'une bougie sans douleurs, sans difficultés et sans efforts amener de manifestations morbides d'un caractère général ou constitutionnel, et cette remarque, comme on le verra par la suite de cette note, mérite une grande importance.

A mes yeux, l'absorption de l'urine normale ou altérée est la seule et véritable origine des complications, dont la gravité est en rapport avec la quantité et les propriétés plus ou moins virulentes du liquide.

---

jupons chercher à constater la transparence d'une hydrocèle, car en pareille circonstance le plus visiblement impressionné était souvent le malade.

— Mais en fait d'intolérance, voici, comme on dit, le bouquet. La chose se passe à Kœnigsberg, ce pays du droit divin. Il y a quelques semaines le docteur Samuel se portait candidat à la place d'agrégé de médecine à l'Université de Kœnigsberg. La Faculté de médecine le nomma à l'unanimité. Malheureusement le docteur Samuel est juif, et permettre à un juif d'enseigner la médecine à des élèves protestants paraît, en Prusse, le renversement de toute loi divine et humaine. Aussi le recteur de l'Université qui est en même temps gouverneur de la province, s'opposa-t-il à la nomination. L'Université fut assemblée. Les théologiens furent naturellement pour l'expulsion; les juristes qui ne connaissent que la loi, suivirent leur exemple, les médecins furent unanimement d'un avis contraire; la Faculté des lettres se divisa, mais *risum teneatis*, le professeur de philosophie Geheime Rath, le successeur de Kant et d'Herbart, fut de l'avis des théologiens. Étonnez-vous après cela du célèbre discours qu'entendit récemment Kœnigsberg.

— Revenons aux Anglais. Ils ont l'âme sensible, comme chacun sait, à l'endroit des vivisections. Cette année une députation crut devoir traverser le détroit pour venir demander à l'Empereur la suppression radicale de ce genre d'expériences. Il ne s'agissait d'abord que des opérations pratiquées à Alfort. Pour notre part nous n'avions guère compris la nécessité de tuer lentement un pauvre diable de cheval en lui pratiquant toutes sortes d'opérations dont la plupart peuvent tout aussi bien se faire sur le cadavre, et nous n'étions pas tout à fait content en sortant d'Alfort, après une visite, unique du reste, car nous n'aimons guère plus que nos voisins les cruautés inutiles. Sa Majesté l'Empereur fit, à ce qu'il paraît, droit à cette requête; mais l'appétit vient en mangeant; on demande maintenant la suppression complète des vivisections et *The Lancet* est tout heureuse d'apprendre à ses lecteurs qu'une commission com-

Des expériences directes, entreprises sur les animaux, ont montré que l'injection de l'urine dans le sang déterminait la mort immédiatement, si la quantité du liquide était considérable, ou si la qualité en était rendue plus toxique par un commencement de décomposition putride.

Si les animaux ne succombaient pas promptement, ils périssaient plus tard avec des abcès gangréneux pulmonaires, des épanchements pleurétiques, ou d'autres collections parenchymateuses de mauvaise nature.

La guérison survenait dans les cas d'un empoisonnement moins violent, et par la disparition successive des accidents.

La clinique nous présente des observations identiques. Dans les tailles périnéales et hypogastriques, dans les uréthrotomies externes et internes, à la suite des infiltrations, des abcès urineux et des larges débridements qu'ils nécessitent, on a vu les mêmes degrés de complications se manifester : infections purulentes et urineuses; abcès gangréneux des poumons, avec perforations et épanchements pleurétiques; abcès multiples sur toutes les parties du corps; accès de fièvre; prostration extrême, adynamie, délire, peau terreuse, etc.

Sur plus de cent malades dont j'ai traité les rétrécissements par l'application de mes uréthrotomes, j'ai observé les résultats suivants :

Lorsque le rétrécissement était unique, simple, peu étendu, valvulaire et fibreux, et que le canal était rendu immédiatement libre, les malades se trouvaient à l'instant guéris, et n'éprouvaient pas d'accidents ou offraient rarement un très léger accès de fièvre.

Si les rétrécissements étaient multiples, épais, avec induration inflammatoire du tissu connectif sous-muqueux, le canal engorgé, naturellement étroit, les accès de fièvre étaient très violents, duraient plusieurs heures, et se renouvelaient quelquefois pendant deux ou trois jours, quoique, en général, l'accès fût unique.

Pour prévenir de pareils accidents, il devait suffire de laisser à demeure une grosse sonde dans la vessie, et d'en maintenir l'ouverture libre, afin d'empêcher le contact et l'absorption de l'urine. L'expérience a confirmé ces données de la théorie.

Il est indispensable de choisir une sonde assez volumineuse et d'un diamètre intérieur assez large pour empêcher l'urine de s'échapper, pendant une contraction vésicale, entre les parois du canal et l'instrument, et la précaution la plus sûre est de laisser la sonde ouverte pour prévenir toute accumulation d'urine dans la vessie et tout besoin de miction.

Au bout d'un ou deux jours, les petites surfaces traumatiques ne sont plus susceptibles d'absorption, si l'urèthre est redevenu libre, et la sonde peut être retirée.

Le maintien dans la vessie d'une sonde à demeure n'est pas, sans doute, exempt de quelques inconvénients dans un certain nombre de cas, et je suis loin d'avoir toujours recours à ce moyen; mais son efficacité comme préservatif immédiat des accidents que nous avons signalés, ne nous paraît pas douteuse. C'est un progrès pour la chirurgie urinaire, dont certaines opérations seront pratiquées avec moins de danger, et c'est également une voie ouverte à de nouvelles et intéressantes expérimentations sur les causes, le mécanisme, les conditions et les effets de l'absorption de l'urine mêlée ou non à du pus ou à des liquides altérés par un commencement de fermentation putride.

THÉRAPEUTIQUE. — *Nouvel appareil à injections gazeuses dans l'oreille interne contre les surdités et les bourdonnements nerveux*, par M. *Bonnafont*. — Cet appareil se compose de cinq petits flacons qui présentent deux ouvertures, dont l'une, bouchée à l'émeri, sert à introduire les médicaments, tandis que l'autre s'adapte à l'extrémité d'un tube qui met ce flacon en communication avec le corps de la pompe; un petit robinet sert à entretenir ou à interrompre à volonté cette communication. Tous les tubes convergeant vers la partie inférieure de la pompe, il est facile de comprendre que l'action de celle-ci s'exerce également sur tous les flacons. L'opérateur peut donc, avec cet appareil, donner des douches d'air simple ou chargé d'un ou de plusieurs genres de vapeurs à la fois.

Les liquides que je préfère employer, et qui jusqu'à présent m'ont le mieux réussi, sont l'éther, l'ammoniaque, le chloroforme, l'essence de menthe, le camphre et le benjoin. Les mélanges des vapeurs d'éther avec le chloroforme ou le camphre m'ont donné les meilleurs résultats contre les bourdonnements nerveux, cette infirmité qui met au supplice les personnes qui en sont affectées.

Les vapeurs d'ammoniaque et d'essence de menthe trouvent plus spécialement leur emploi contre les surdités nerveuses, tandis que le benjoin, le goudron et l'essence de térébenthine doivent être réservés contre les catarrhes chroniques des trompes et de la caisse. Si l'on a besoin d'employer un médicament dont la volatilisation à froid n'est pas suffisante, on peut le chauffer à l'aide d'une petite lampe à esprit-de-vin placée sous le flacon.

Pour finir la description de l'instrument, j'ajouterai qu'il existe une petite communication entre le corps de pompe et l'air extérieur, et qu'on peut ainsi, en ménageant cette communication pendant le fonctionnement de la pompe, établir un mélange d'air extérieur avec le gaz aspiré, et diminuer ainsi d'autant son intensité. Enfin, pour rendre les soupapes plus durables et moins accessibles à l'action corrosive des gaz, j'ai eu soin de les faire établir en platine. (*Comm.* : MM. Flourens, Andral, Velpeau.)

CHIRURGIE. — *Nouveau procédé de trachéotomie, nouvel instrument dit trachéotome*, par M. *Maisonneuve*. — De tous les points du tube laryngo-trachéal, celui qui m'a paru le plus convenable pour la première ponction est l'espace crico-thyroïdien. Cet espace, en effet, a l'avantage : 1° d'être l'un des points les plus superficiels de ce tube; 2° d'être facile à reconnaître aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte; 3° de présenter une surface plane et légèrement dépressible, où lors de la ponction l'instrument ne court aucun risque de glisser latéralement; 4° d'être exclusivement composé de parties molles, lamelleuses, peu épaisses, et par

---

posée de MM. Cruveilhier, Cloquet, Cl. Bernard, Robin, Moquin-Tandon et Leblanc, est chargée d'étudier le sujet et de faire un rapport officiel. — C'est très bien et il faut croire que nous contenterons nos voisins en faisant le contraire de ce que nous faisons. Essayer sur un chien une opération avant de la tenter sur l'homme. Quel crime abominable! Il vaut bien mieux expérimenter sur l'homme pour essayer de guérir les chiens.

Les progrès de la physiologie expérimentale absolvent les vivisections. Qui oserait les interdire! Il en est d'inutiles, c'est possible, mais la conscience du savant est seule juge. Irez-vous, chers voisins, donner à un agent de police la mission de juger si mon expérience est ou non utile? Songez plutôt à soulager les misères humaines qui vous entourent; pensez aux ouvriers de Manchester, aux affamés de l'Irlande, et ne venez pas lorsque, pour gagner quelques mètres de terre, pour vendre en plus quelques mètres d'étoffe, pour la satisfaction d'une ambition toujours accrue, on fait au XIX<sup>e</sup> siècle tomber cent mille hommes sur des champs de batailles, ne venez pas verser des larmes sur les malheurs des lapins, des cochons d'Inde et des chiens... Après tout, il faut être logique, et comme le progrès est la loi de ce siècle, nous ne nous étonnons pas de voir imprimée dans le *Medical Times* la lettre d'un défenseur des porcs opprimés.

— Le rôti de porc frais peut être une excellente chose; malheureusement, ni vous ni moi ne saurions en manger sans être la cause innocente d'un horrible forfait. Puisqu'il faut qu'un porc meure, n'y aurait-il aucun moyen de diminuer la douleur d'un sacrifice nécessaire? M. *Humanitas*, correspondant du *Medical Times*, a trouvé ce moyen, c'est de chloroformiser les porcs avant de les tuer. Ceci n'est pas une plaisanterie, car sitôt faite, la proposition a trouvé à Kendal un autre M. *Humanitas* pour la mettre à exécution. Un malade du workhouse de Kendal subissait une opération chirurgicale, pour laquelle on lui avait administré le chloroforme. Le chirurgien entend sous les fenêtres de l'hôpital les cris plaintifs d'un malheureux porc qu'on allait égorger. Il songe au *Medical Times*, vole au secours du malheureux ami de saint Antoine, lui

conséquent faciles à perforer; 5° enfin de correspondre en arrière à la partie la plus large du tube laryngo-trachéal, à la seule dont les dimensions soient maintenues fixes par un anneau complet, et où l'œsophage soit protégé contre toute atteinte, par une sorte de bouclier cartilagineux (le chaton du cricoïde).

L'instrument auquel je me suis arrêté, et que je désigne sous le nom de *trachéotome*, consiste en une sorte d'aiguille courbe tranchante sur sa concavité, et munie d'un *régulateur* destiné à limiter la profondeur de son action (trachéotome simple). Cette aiguille à trachéotomie peut être montée sur un manche fixe comme l'aiguille de Deschamps (trachéotome à manche fixe). Elle peut être munie d'un mécanisme très simple qui tient la trachée ouverte aussitôt que l'incision de celle-ci vient d'être terminée (trachéotome dilatateur).

*Description de l'opération.* — Le malade étant couché sur le dos, la tête modérément renversée en arrière, le chirurgien cherche avec l'index de la main gauche l'espace compris entre la thyroïde et le cricoïde, puis saisissant le trachéotome de la main droite, il en applique la pointe au milieu de l'espace crico-thyroïdien, et l'enfonce doucement dans une direction perpendiculaire (premier temps). Une sensation très évidente de résistance vaincue indique que la pointe a pénétré dans le tube respiratoire, en même temps que le régulateur l'empêche de s'enfoncer trop profondément. Dirigeant alors la pointe de l'aiguille vers le sternum, il la fait cheminer doucement dans la trachée, jusqu'à ce que l'aiguille elle-même soit entièrement cachée dans les chairs. Pendant toute cette manœuvre, le régulateur doit être constamment en contact avec les téguments. Arrivé à la profondeur voulue, il fait saillir d'arrière en avant la pointe de l'aiguille à travers la trachée et les téguments, et incise de bas en haut toutes les parties molles comprises dans la cavité du tranchant. Cette incision se trouve limitée naturellement au niveau du cricoïde, par le fait de la disposition complétement mousse du talon de l'instrument. Pour donner à l'incision toute la perfection désirable, il est important de refouler de bas en haut les téguments avec la main gauche, au moment où la pointe de l'aiguille ponctionne d'arrière en avant le tube trachéal, puis dans le mouvement d'incision, de refouler, au contraire, les tissus de haut en bas, afin de faciliter leur section. Il résulte de ce petit tour de main, que l'incision faite aux téguments descend plus bas que celle de la trachée, et que le sang qui s'écoule de la plaie a moins de tendance à pénétrer dans le tube aérien.

Aussitôt l'incision faite, le chirurgien introduit de la main gauche le dilatateur, retire le trachéotome, et de la main droite devenue libre il met la canule en place.

Dans le cas où l'on fait usage du trachéotome dilatateur, la manœuvre est encore plus simple et plus rapide. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Sur la préparation et l'emploi en thérapeutique de l'eau oxygénatée*, extrait d'une note de M. *Ozanam*. — Je donne le nom d'*eau oxygénatée* à l'eau distillée et chargée ensuite d'oxygène sous l'influence d'une haute pression. C'est dans les appareils à refoulement pour l'eau de Seltz, que nous avons, avec M. Madeleine, préparé l'eau gazeuse oxygénatée, la pression étant poussée à 8, 10 et jusqu'à 15 atmosphères.

Les expériences que j'ai faites sur ce médicament nouveau m'ont conduit à lui reconnaître trois principales sphères d'action.

1° *Action reconstituante sur le sang.* — Dans les cas où l'hématose est incomplète ou insuffisante, comme dans les dyspnées, l'asthme, les asphyxies lentes, la cyanose, les maladies du cœur, les hémorrhoïdes, les congestions viscérales hémorrhoïdaires.

2° *Action oxydante ou métamorphique.* — Quand les métamorphoses des produits organiques par oxydation progressive ont éprouvé un arrêt de développement, comme cela arrive dans la glycosurie, dans la goutte, la gravelle d'oxyde urique, d'acide urique et oxalique, et peut-être dans la scrofule.

3° *Action excitante et régulatrice sur le cerveau et la glande thyroïde.* — De là son importance dans le traitement du goître et du crétinisme. Si l'eau de neige, en effet, prise en boisson, produit peu à peu ces graves états morbides, c'est parce qu'elle est entièrement privée d'air vital.

L'eau oxygénatée m'a donné, au contraire, aussi bien que les inhalations d'oxygène gazeux, des résultats *nuls* contre la migraine, et *défavorables* dans les cas de maladies inflammatoires, dans le croup et dans le traitement du cancer ulcéré. (*Comm. :* MM. Rayer, Cl. Bernard, Longet.)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Bocamy* (de Perpignan) et par M. le docteur *Yvonneau* (de Blois). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, par M. le docteur *Roby*; et de l'hôpital militaire de Vichy, par M. le docteur *Barthez*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le doyen *Paul Dubois*, qui informe l'Académie que la séance de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu vendredi prochain à une heure. — *b*. Une note de M. *Cauchard*, pharmacien à Fère-en-Tardenois, sur les inconvénients de l'eau de Rabel comme agent de dissolution du sulfate de quinine. (*Comm.:* M. Gobley.)

M. *J. Guérin* demande la parole. (Voy. p. 729.)

M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, membre associé.

Il annonce ensuite que, mardi prochain, l'Académie se formera en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de la section

---

met sous le nez (soyons honnêtes) l'éponge encore imbibée de chloroforme, et l'infortuné (pas l'opérateur) devient aussitôt aussi tranquille qu'un agneau. Alors, dit sérieusement le *Kendal examiner*, « le couteau fut appliqué sur la gorge de la pauvre victime » avec un résultat de toute façon complet et satisfaisant » pas pour le porc, sans doute. Nous ne désespérons pas de voir un de ces jours un autre M. *Humanitas* envoyer aux lièvres et aux perdreaux des perles explosibles d'éther et de chloroforme, et attendre leur sommeil pour leur envoyer le plomb.

— Si la chasse ne se fait pas encore à l'eau de rose, on peut ainsi faire les dissections. Si l'on en croit *The Lancet*, les examinateurs du Collége des chirurgiens se seraient à cet effet entendus avec un éminent parfumeur du Strand. Peut-être ignore-t-on que les examens sont précédés d'un opulent repas que s'offrent les juges, afin sans doute de mieux écouter les candidats. Ventre affamé n'a point d'oreilles; mais quoi de plus désagréable que de remplacer le fumet de la truffe par l'odeur du cadavre? et il est bien ennuyeux de se tenir constamment sous le nez un flacon de sels ou un mouchoir parfumé! Le moyen d'éviter cet inconvénient est désormais trouvé : au lieu d'un mouchoir, la salle entière est parfumée des meilleures odeurs, que l'on peut varier au goût des assistants. Ainsi, suivant les sessions, on trouvera sur le menu : crème à la vanille, cadavre à la rose; punch à l'orange, bras à la violette, jambe à l'eau de Cologne, etc. Nous recommandons le procédé au directeur de notre École pratique.

— La vaccine a ses détracteurs en Angleterre comme en France; mais nos discussions sont beaucoup moins vives heureusement qu'elles ne le sont à Belfast. La création dans cette ville de dispensaires pour la vaccination avait, depuis 1858 jusqu'en 1860, porté le nombre annuel des enfants vaccinés de 890 à 2159. Les opposants voulurent, à l'assemblée du comité, faire supprimer ces dispensaires. M. Tierney accusa le virus vaccinal d'être mauvais, et les vaccinateurs d'être incapables et menteurs, si bien que l'un d'eux, à bout d'arguments plus persuasifs, déposa

d'hygiène et de médecine légale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

*Lectures.*

MÉDECINE. — M. *Boudin*, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un mémoire intitulé : *De la rage au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire.*

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° On peut évaluer en Europe le nombre des chiens à plus de 12 millions ; le prix annuel de leur alimentation à plus d'un demi-milliard ; le nombre annuel des victimes humaines à plusieurs centaines.

2° Dans l'immense majorité des cas, la rage se propage par la morsure d'animaux enragés; dans quelques circonstances, elle paraît pouvoir se transmettre également par le simple lèchement de la peau plus ou moins entamée.

3° Parmi les innombrables documents publiés sur la matière, nous n'avons pas rencontré un seul fait capable de constituer une preuve scientifique sérieuse de l'existence de la rage canine spontanée.

4° La spontanéité de la rage canine fût-elle rigoureusement démontrée, sa production serait, en tout cas, d'une telle rareté qu'il y aurait à peine lieu d'en tenir compte dans la réglementation des mesures de police sanitaire.

5° L'hypothèse ancienne renouvelée dans ces derniers temps, qui attribue la rage canine à la non-satisfaction de l'instinct génésique, ne supporte pas le moindre examen.

6° L'influence attribuée à la température et à l'humidité de l'air sur la fréquence de la rage est en contradiction avec les faits.

7° Les prétendues épizooties rabiques décrites par les auteurs ne sont que des faits multiples de rage communiquée, et le mot *épizootie*, dans ce cas, doit disparaître du langage scientifique.

8° La science ne possède rien de positif sur les limites extrêmes de la période d'incubation de la rage dans l'espèce humaine. Cette période paraît pouvoir durer sept mois chez le chien (M. Youath) et quatorze mois et demi chez le cheval.

9° Il n'existe aucun signe véritablement pathognomonique de la rage chez le chien. L'hydrophobie proprement dite paraît faire complétement défaut dans la rage canine. L'aboiement-hurlement spécial paraît avoir une très grande valeur au point de vue du diagnostic de la rage.

10° La science ne possède rien de certain concernant la nocuité ou l'innocuité alimentaire de la chair provenant d'animaux enragés, du lait des vaches et des chèvres mordues par des animaux atteints de la rage.

En ce qui regarde les mesures d'hygiène publique et de police administrative : 1° la taxe a pour effet de diminuer le nombre des chiens, et surtout les chances de rage dans l'espèce canine et parmi les hommes ; 2° la rage pouvant se manifester pendant l'année, la surveillance administrative des animaux doit s'exercer aussi pendant toute l'année, et le musellement des chiens ne doit jamais être suspendu ; 3° l'expérience ayant démontré la fréquence des morsures de la part des chiens muselés (20 fois sur 156), la muselière et son mode d'application doivent être sévèrement contrôlés par l'administration ; 4° les chiens mordus par des animaux enragés ou suspects, s'ils ne sont pas immédiatement abattus, doivent être séquestrés pendant un temps au moins égal au *maximum* connu de la durée de la période d'incubation.

*Discussion sur la résection coxo-fémorale.*

M. *Larrey*, dans une note lue très rapidement, et que l'honorable académicien n'a pas laissée au secrétariat, tout en approuvant le rapport de M. Gosselin, croit devoir faire des réserves relativement aux fémoro-coxalgies résultant de blessures par armes à feu. Il donne des éloges au travail consciencieux de M. Le Fort, et approuve pleinement toutes les tentatives ayant pour but d'agrandir le domaine de la chirurgie conservatrice et d'en faire prévaloir les principes.

M. *Davenne* lit une note (qu'il n'a pas laissée non plus au secrétariat) dans laquelle il relève un point particulier du rapport de M. Gosselin (celui qui est relatif à la réunion dans les mêmes hôpitaux des adultes et des enfants). L'ancien directeur général de l'assistance publique pense que des questions de cette nature ne peuvent être résolues sans des études approfondies, et qu'il ne faut pas se hâter de blâmer ce qui se fait en France pour louer ce qui se fait ailleurs. L'administration, en spécialisant les hôpitaux suivant les âges et suivant certaines maladies, a réalisé un progrès immense sur ce qui se faisait auparavant ; on peut s'en convaincre en lisant le fameux mémoire de Tenon. En ce qui concerne les enfants, la création d'hôpitaux spéciaux a résolu *tout à la fois* une importante question d'hygiène et de haute morale. Les motifs exclusivement scientifiques invoqués par M. *Gosselin*, *bien qu'ayant* leur valeur, ne paraissent cependant pas suffisants pour abandonner ce système, favorable à tant d'autres égards.

M. *Malgaigne*. Je me bornerai à présenter quelques réflexions à l'occasion de l'excellent rapport de M. Gosselin. M. le rapporteur a essayé d'indiquer les raisons pour lesquelles les chirurgiens français avaient reculé jusqu'à présent devant la résection de l'extrémité supérieure du fémur dans la coxalgie, et s'étaient montrés plus favorables au traitement par l'immobilisation du membre. Assurément, ce n'est pas qu'ils trouvassent beaucoup plus d'avantages dans la seconde méthode que dans la première, car il serait facile de démontrer que l'immobilisation expose à autant de mécomptes que l'opération. Mais nous autres, chirurgiens français, nous avons, il faut l'avouer, une sorte de répugnance pour tout ce qui nous paraît une témérité chirurgicale, et, à tort ou à raison, nous avons toujours manifesté comme instinctivement de la défiance et presque de l'aversion pour les résections articulaires en général, et pour celle de la hanche en particulier. Ainsi, depuis

---

sur la face de M. Tierney un témoignage palpable de sa virulence. Celui-ci ne crut pouvoir mieux faire que de se déclarer convaincu.

— Il n'est aucun de nos lecteurs qui n'ait entendu parler souvent de l'immense travail entrepris pour réunir matériellement la France et l'Italie, déjà réunies d'esprit et de cœur par le sang versé en commun dans les plaines de la Lombardie. Le percement du mont Cenis soulève une question d'hygiène très importante. Le tunnel, d'une longueur sans exemple, ne peut être aéré par le percement de cheminées d'appel sur la hauteur de la montagne, car il faudrait, pour percer des puits, plus de travail que pour ouvrir le tunnel lui-même. On espère arriver à une aération suffisante au moyen de machines soufflantes très puissantes, que feront marcher deux ruisseaux coulant précisément près de l'entrée et de la sortie de cette longue voie souterraine. Un accident rapporté par le MEDICAL TIMES montre bien toute l'importance de cette question d'hygiène.

Il existe près d'Agastown, en Angleterre, sur le grand canal de jonction, un tunnel dans lequel passent, non des locomotives, mais des bateaux à vapeur. Le canal a plus d'un mille de long (1600 mètres), mais il n'est pas plus large qu'un grand égout collecteur. La fumée qui se dégage des vapeurs est d'autant plus épaisse que les machines sont alimentées, non avec du coke, mais avec du charbon de terre. Or, il y a quelques jours, deux bateaux entrèrent en même temps dans le canal souterrain, et, avant qu'ils en eussent atteint l'extrémité, deux matelots étaient morts asphyxiés par la fumée ; l'un d'eux, tombé sans connaissance sur la chaudière, avait été horriblement brûlé ; le reste des équipages avait perdu connaissance. Un seul puits existe sur toute l'étendue du tunnel ; il avait été, paraît-il, accidentellement obstrué. Cet exemple ne doit pas être perdu, surtout quand il s'agit, comme pour le mont Cénis, d'un trajet souterrain, non plus d'un mille, mais de plusieurs lieues.

ALIQUIS *frères*.

longtemps, on pratique la résection du genou en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, tandis que nous préférons l'amputation de la cuisse, bien que ses résultats soient déplorables. C'est à grand'peine que la meilleure et la plus simple des résections, celle du coude, a pénétré en France, et l'on sait au prix de combien de luttes et de combien d'efforts Roux est parvenu à la faire adopter par ses collègues. On commence à pratiquer volontiers la résection scapulo-humérale, parce qu'on a reconnu qu'elle exposait à moins de dangers que l'amputation de l'épaule.

Eh ! messieurs, je ne crois pas que ce soit par routine que nous préférons généralement la vieille méthode de l'amputation à la méthode plus moderne des résections, c'est par un excès de prudence, c'est parce que nous ne sommes pas encore suffisamment édifiés sur les avantages des résections, c'est parce que nous attendons que de bonnes et fidèles statistiques nous éclairent convenablement sur les heureux effets de ces opérations.

M. Le Fort par son excellent mémoire, et M. Gosselin par son remarquable rapport, ont assurément fait faire un pas à la question en ce qui concerne la résection coxo-fémorale. Toutefois, je crois que ce n'est là qu'une première tentative dont il importe de ne pas trop s'exagérer la valeur. Je crains, en effet, que ces messieurs ne se soient laissé trop facilement éblouir par les succès des chirurgiens étrangers, et qu'ils ne se soient pas suffisamment appliqués à discuter les chances de l'opération en elle-même ni les faits sur lesquels ils basaient leur manière de voir. J'aurais voulu que la statistique de M. Le Fort tint un plus grand compte de la nature et de la gravité de la lésion articulaire au moment où la résection a été pratiquée. En effet, il ne suffit pas de constater la coxalgie, il faut savoir encore jusqu'où va l'altération articulaire, et, sous ce rapport, il faut distinguer au moins trois séries de cas : ceux où il y a luxation sans lésion profonde du tissu osseux ; ceux où il y a pseudo-luxation, avec perte de volume et atrophie considérable du col et de la tête du fémur ; ceux enfin où l'extrémité du fémur et la cavité cotyloïde sont érodées, rongées par la carie, et où il existe d'énormes dégâts dans toute l'articulation.

Dans les deux premiers cas, l'opération sera assez simple et devra être tentée ; mais, dans le troisième, les désordres anatomiques sont tellement graves, les parties si profondément compromises et l'opération soulèvera de si grandes difficultés et nécessitera une telle perte de substance, qu'il y aurait témérité à l'entreprendre. Dans ce cas, il y a lieu d'hésiter ou mieux encore de s'obstiner. Je suis donc partisan de la résection coxo-fémorale, et je voudrais la voir s'introduire en France ; mais je crois qu'il convient d'en poser nettement les indications ; et pour cela, je crois qu'on ne saurait mieux faire que de suivre les préceptes établis pour la résection du genou dans les cas de tumeur blanche.

Quant au manuel opératoire, je crois qu'il faut, dans la grande majorité des cas, ne pas se borner à la résection de la tête et du col fémoral ; il faut aussi enlever le grand trochanter, dont la présence après l'opération ne sert qu'à favoriser la stagnation du pus dans le foyer traumatique. A l'appui de ce précepte, je rappellerai que, sur six cas de réduction coxo-fémorale pratiqués par un chirurgien allemand (*Archives générales de médecine et de chirurgie*), trois réussirent, trois échouèrent ; dans les trois cas de guérison, l'opérateur avait enlevé le grand trochanter.

Je ne m'étendrai pas davantage sur une opération que je ne puis apprécier d'après mon expérience personnelle.

En terminant, M. Malgaigne s'associe à l'opinion développée par M. Davenne sur l'opportunité de la séparation des enfants et des adultes dans les hôpitaux. Il croit, comme lui et contrairement à M. Gosselin, que c'est là une excellente mesure, dont on fera bien de ne jamais se départir.

Mais l'orateur applaudit M. Gosselin d'avoir signalé à la tribune académique l'insalubrité des hôpitaux de Paris. Sous le rapport chirurgical, ce sont, dit-il, les plus détestables hôpitaux du monde. Et pourquoi ? Cela ne tiendrait-il pas à ce qu'avant de construire un hôpital, on dédaigne de prendre l'avis des hommes vraiment compétents dans ces sortes de questions ? On s'en rapporte uniquement au plan d'un architecte ; mais on ne consulte ni médecins, ni chirurgiens, ni hygiénistes.

M. *Robinet* atteste que, lorsqu'il s'est agi de la construction des hôpitaux récemment bâtis à Paris, l'administration s'est entourée de toutes les lumières et de tous les conseils possibles. Des commissions composées de médecins et d'hygiénistes, d'hommes compétents, comme les réclame M. Malgaigne, ont été nommées, chargées d'étudier les hôpitaux les plus fameux d'Angleterre, d'Allemagne et d'Italie, et d'adresser un rapport complet sur la question, de manière à satisfaire toutes les exigences et tous les vœux.

M. *Malgaigne*. Je ne sache pas qu'aucun chirurgien ait fait partie de ces commissions.

M. *Davenne*. On a consulté les hommes de l'art.

M. *Malgaigne*. Mais non pas ceux de l'art chirurgical, assurément.

M. *Davenne*. Il ne faut pas s'en prendre à l'administration de l'assistance publique. Elle est mineure ; elle a des tuteurs, et, quand il s'agit de la construction d'un hôpital, on lui impose d'énormes sacrifices ; mais elle ne fait pas ce qu'elle veut.

M. *Malgaigne*. Mes reproches n'ont rien d'individuel ; ils ne s'adressent pas à M. Davenne, ils s'adressent à l'ensemble des personnes qui ont commis la faute de construire de mauvais hôpitaux, car je soutiens qu'on peut mieux faire que ce qui existe.

M. *Robinet*. C'est l'opinion de M. Malgaigne.

La suite de la discussion est remise à une autre séance. MM. *Velpeau* et *Gosselin* ont demandé la parole.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 15 NOVEMBRE 1861.

Rapport de M. *Bauchet* sur le mémoire de M. le docteur Collineau : Des abcès de la fosse iliaque à la suite des accouchements.

M. *Bourguignon* : Observation sur une épilepsie guérie par l'hydrothérapie.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCES DU 29 OCTOBRE ET DU 6 NOVEMBRE 1861.

FISTULES A L'ANUS. — OUVERTURE DES ABCÈS PROFONDS. — TRAITEMENT DES ANKYLOSES. — VASTES ABCÈS DU CERVEAU SANS SYMPTÔMES.

M. *Verneuil* a opéré récemment par l'écrasement linéaire une fistule à l'anus appartenant à la variété des fistules borgnes externes. Les résultats malheureux qui ont suivi l'opération et les particularités anatomiques très défavorables que présentait la fistule, l'ont engagé à communiquer cette observation.

L'opéré avait quarante ans, il était robuste et bien constitué. A la suite d'un abcès phlegmoneux de la marge de l'anus qu'on avait laissé s'ouvrir spontanément, il lui était resté un trajet fistuleux qui datait déjà de plusieurs mois à l'époque de son entrée à l'hôpital Saint-Louis. M. Verneuil constata que l'orifice externe de la fistule était distant de 3 centimètres de la marge de l'anus, que le stylet n'était arrêté qu'à une hauteur de 7 à 8 centimètres, qu'on ne pouvait découvrir d'orifice interne et que la fistule était séparée du rectum par une couche épaisse de parties molles. Même à la partie supérieure on sentait entre le doigt introduit dans le rectum et le stylet, une couche de tissus épaisse au moins de 4 ou 5 millimètres. Du reste, la muqueuse rectale était souple partout. En opérant avec l'instrument tranchant. M. Verneuil se voyait dans la nécessité d'inciser des tissus épais, sains et très vasculaires. Il fallait porter le bistouri très haut et on courait le danger de toucher à l'une des branches principales des vaisseaux hémorrhoïdaux, et de produire une hémorrhagie contre laquelle il eût fallu diriger un moyen incertain et douloureux, le tamponnement.

M. Verneuil désirait donc faire une section non sanglante. Le procédé de la ligature lui paraissait trop lent; l'entérotome était difficilement applicable à cause de l'étroitesse et de la sinuosité du trajet fistuleux dans lequel la sonde cannelée ne pénétrait qu'avec peine. Il leur préféra l'écraseur linéaire qui devait lui donner les avantages d'une opération sans effusion de sang, et lui faire éviter les difficultés opératoires et les lenteurs de l'entérotome. La section fut faite en neuf minutes, M. Verneuil ayant voulu à dessein la faire lentement, et elle ne donna lieu qu'à l'écoulement de 4 ou 5 grammes de sang. Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples : le malade n'éprouva pendant la journée que des douleurs très modérées; il n'urina pas, mais ne s'en plaignit point, et on ne constata que le lendemain matin la distension de la vessie. On le sonda, et il fallut recommencer le soir. Déjà le malade accusait des douleurs dans le bas-ventre, et dans cette soirée même il eut un accès de fièvre, pour lequel on lui donna immédiatement du sulfate de quinine. Dans la soirée suivante, survint un nouveau frisson. L'absence de vomissements, de douleurs vives, de météorisme et de constipation éloignait l'idée d'une péritonite; mais le visage avait pris une teinte ictérique, la dysurie continuait. Des sangsues furent appliquées à l'hypogastre. Le lendemain matin, le malade qui disait qu'il allait mieux, mourut tout à coup, quelque temps après la visite.

On découvrit à l'autopsie que la section faite avec la chaîne n'avait intéressé qu'une partie de la fistule. Le décollement remontait à 5 centimètres plus haut que l'orifice interne créé par l'opération. C'est donc 13 centimètres et non 8 seulement que mesurait la hauteur du décollement. De perforation naturelle de la paroi rectale au sommet de ce trajet, il n'y en avait pas. Il n'y avait aucun signe de péritonite, si ce n'est un peu de rougeur et de liquide au fond du cul-de-sac péritonéal; mais il n'y avait pas d'épanchement proprement dit, pas d'injection étendue, pas d'agglutination intestinale. Tous les viscères, le cerveau, les poumons, le foie, les reins, la rate, étaient sains. La vessie était un peu injectée, et contenait un peu d'urine rosée. La lésion importante, et la seule qui puisse expliquer la mort, était un phlegmon diffus de tout le pourtour du rectum.

M. Verneuil a ajouté que, quelque temps auparavant, dans un service voisin, un fait à peu près semblable s'était rencontré : un phlegmon diffus périrectal avait promptement causé la mort d'un malade opéré par le bistouri d'une petite fistule à l'anus.

M. *Chassaignac*, qui a presque toutes les semaines l'occasion d'opérer une fistule à l'anus par l'écrasement linéaire, a toujours remarqué la très grande bénignité de cette opération. Même pendant l'épidémie d'érysipèle qu'on vient de traverser, aucun accident n'est venu compromettre la santé des opérés. Mais on a tort, ajoute M. Chassaignac, de confondre sous le même nom de fistules anales tous les décollements périrectaux. Les fistules du genre de celle qu'a observée M. Verneuil, devraient plutôt s'appeler des *fistules pelviennes*. Elles constituent une maladie bien différente par son importance, des simples fistules à l'anus, et exposent à des accidents graves, quel que soit le mode opératoire qu'on choisisse. Ce ne sont donc pas des cas favorables pour apprécier la valeur d'une méthode.

M. Chassaignac se demande ensuite si, dans ce cas particulier, le malade, ayant été sondé chaque jour, ne serait pas mort au troisième accès d'une fièvre pernicieuse uréthrale.

S'il fallait changer le nom des vastes fistules à l'anus, M. Verneuil n'adopterait pas volontiers l'expression de *fistules pelviennes*, expression vague et qui semblerait indiquer plutôt que le point de départ des accidents est du côté des os du bassin. Quant à l'existence d'une fièvre pernicieuse uréthrale, elle n'est rendue probable, ni par l'état de la vessie, ni par l'état des reins, et d'ailleurs la mort rapide du malade s'explique suffisamment par le phlegmon diffus sous-péritonéal.

M. *Richet* a insisté sur l'anatomie pathologique des grandes fistules anales ou périnéales. Autour du rectum sont deux grands espaces pleins de tissu cellulo-adipeux, et dans lesquels s'établit aisément une inflammation suppurative. De ces deux espaces, l'inférieur est très connu depuis que M. Velpeau l'a décrit sous le nom de fosse ischio-rectale; mais au-dessus du releveur de l'anus qui constitue la paroi supérieure de la fosse ischio-rectale, est un autre espace moins bien connu, et que M. Richet appelle l'espace pelvi-rectal supérieur, pour le distinguer de l'espace pelvi-rectal inférieur (fosse ischio-rectale). L'espace pelvi-rectal supérieur n'est séparé de la prostate que par l'aponévrose prostato-périnéale de M. Denonvilliers; d'où il suit que les affections des voies urinaires peuvent être le point de départ d'un abcès dans cet espace. De là le pus passe aisément, en dissociant les fibres du releveur, dans la fosse ischio-rectale, et ainsi se trouvent formés ces vastes décollements qui remontent à une hauteur de 13 ou 14 centimètres.

Telle a été, à la suite d'une cysto-prostatite, l'étiologie d'une fistule anale des plus graves que M. Richet a observée chez un de ses malades. Les injections iodées et le tamponnement du rectum furent essayés d'abord, déterminèrent de vives douleurs et ne donnèrent aucun résultat. M. Richet se décida à appliquer au traitement de cette fistule l'entérotome de Dupuytren. Les deux branches de l'instrument saisissaient la paroi rectale dans une hauteur de 9 à 10 centimètres. L'entérotome ne détermina de douleurs vives que pendant quelques heures, et il tomba au bout de sept jours. On s'aperçut alors que le décollement remontait à 4 ou 5 centimètres au delà des limites qu'avait atteintes l'entérotome, ce qui lui donnait une profondeur totale de 14 à 15 centimètres.

M. Richet fit une seconde application de l'entérotome, et le malade guérit. Toutefois, il lui reste aujourd'hui un certain degré d'incontinence, c'est-à-dire que, retenant très bien les matières solides et même la masse des matières liquides, le malade est affecté, quand il a la diarrhée, d'un léger suintement auquel il remédie à l'aide d'un tampon de ouate ou de charpie.

M. Richet préfère, dans les cas dont il vient d'être question, l'entérotome à l'écrasement linéaire. Avec l'écraseur, on fait une section comme avec un instrument tranchant, et, si la plaie produite se cicatrise, on a fait une opération inutile. Les récidives seront mieux évitées avec un instrument qui produit une perte de substance, comme le fait l'entérotome.

M. *Boinet* a vu cinq fois de ces décollements considérables du rectum. Il les a traités avec succès, ou par les injections iodées ou par l'application de l'entérotome. Une condition de succès des injections iodées, c'est d'ouvrir largement l'ouverture fistuleuse. M. Boinet se sert pour ce débridement d'un instrument construit sur le modèle des uréthrotomes qui coupent d'arrière en avant, et il coupe avec cet instrument de haut en bas. Les injections iodées sont en général très supportables, surtout dans les fistules borgnes externes; elles deviennent très douloureuses quand la teinture d'iode retombe aisément dans le rectum. Pour rendre plus facile l'emploi de l'entérotome, M. Boinet en a fait fabriquer un dont les branches sont plus longues et plus minces que celles de l'entérotome ordinaire.

M. *Verneuil* fait observer que l'écraseur ne doit pas être mis en cause dans le cas qu'il a cité, attendu qu'il ne l'aurait pas employé s'il s'était douté que la fistule eût 13 centimètres. L'instrument qu'il préférerait dans ces cas serait l'entérotome modifié par M. Boinet.

— M. *Sédillot*, s'appuyant sur certains faits de sa pratique, conseille, dans les abcès profonds de la cuisse, d'aller chercher les vaisseaux fémoraux et d'inciser à côté d'eux pour donner en toute sécurité une issue facile au pus. Il a fait plusieurs incisions de ce genre à la partie inférieure du triangle de Scarpa. Les ouvertures faites dans ce lieu d'élection sont infiniment préférables à celles qu'on ferait en traversant les couches musculaires.

De même, dans les abcès sous-claviculaires, au lieu de traverser le grand pectoral, il incise en rasant le bord antérieur de l'aisselle.

Sans nier l'importance des lieux d'élection indiqués par M. Sédillot, M. *Bauchet* attribue plus d'importance encore, dans les abcès profonds, aux moyens destinés à prévenir la stagnation du pus, et il signale les services que lui ont rendus dans plusieurs circon-

stances les tubes à drainage dont M. Chassaignac a le mérite d'avoir généralisé l'emploi.

M. *Huguier* fait observer que l'incision dans le triangle de Scarpa n'est applicable qu'à l'une des variétés des abcès profonds de la cuisse, à ceux qui accompagnent la gaîne des vaisseaux dans la partie de la cuisse qui est au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Au-dessous de cet anneau, les collections purulentes profondes ont plus de tendance à venir faire saillie à la partie supérieure de l'espace poplité. Enfin il ne peut y avoir aucun lieu d'élection pour les abcès qui viennent d'une périostite ou d'une nécrose. On les ouvre où l'on peut, et le plus souvent on est forcé de traverser le vaste externe.

Les artères se trouvent parfois déplacées par les collections purulentes. C'est ainsi que M. *Morel-Lavallée* a rencontré tout le paquet des vaisseaux poplités, dévié du côté de la peau dans un abcès de cette région dû à une périostite suppurée.

— A l'occasion d'un malade présenté par M. Laborie, et atteint d'une ankylose du coude qui maintient l'avant-bras dans l'extension, une discussion s'est engagée sur le traitement des ankyloses.

M. Verneuil a traité plusieurs ankyloses du coude à l'hôpital des Enfants, à l'aide d'un appareil qui permet de graduer les mouvements de flexion et d'extension. Il lui est arrivé parfois de croire à un beau succès, tant les mouvements étaient devenus étendus et faciles; puis, au bout de peu de temps, tout revenait à l'état primitif. Les appareils, du reste, ne sont pas aussi innocents qu'on pourrait le croire : ils peuvent déterminer du gonflement et de la douleur, et parfois même des accidents aussi graves, sauf les fractures, que ceux produits par la rupture brusque de l'ankylose. On est donc exposé à ne rien obtenir par un traitement long et même dangereux : mieux vaut obtenir d'un seul coup, et sans plus de danger, une position du membre qui soit plus favorable, dût-elle être définitive, et dût-on, pour l'obtenir, casser une apophyse.

MM. Bauchet, Guersant, Richard et Chassaignac, encouragés par quelques succès, veulent qu'on essaye de rendre les mouvements par des exercices graduels. Cette sorte de gymnastique de l'articulation malade est même nécessaire, ajoute M. Richard, pour l'assouplir et la préparer à subir le redressement instantané.

M. *Voillemier* croit qu'il est important de varier le traitement suivant les cas. Quand la rigidité articulaire ne tient qu'aux parties molles extérieures à la jointure, on peut essayer de rétablir graduellement les mouvements; mais, si l'ankylose tient à une maladie de la synoviale, on sera exposé aux insuccès dont a parlé M. Verneuil. Si l'ankylose est complète, il ne faut pas reculer devant des efforts violents faits dans le but de modifier heureusement l'attitude du membre. Le danger de produire une fracture n'a pas arrêté M. Voillemier dans un cas où les deux avant-bras étaient maintenus dans l'extension par l'ankylose complète des deux coudes. Il ne put fléchir l'avant-bras gauche qu'en brisant l'épitrochlée, et l'avant-bras droit qu'en brisant l'extrémité inférieure de l'humérus. Ces deux fractures n'ont pas eu d'influence fâcheuse sur les suites de l'opération, car tout ce que M. Voillemier voulait et pouvait obtenir, c'étaient deux ankyloses plus favorables, et il les obtint.

— M. *Richet* a communiqué une observation relative à un vaste abcès du cerveau qui n'a été découvert qu'à l'autopsie.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de dix-huit ans, qui se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis avec un écoulement purulent par l'oreille. Ce n'est qu'avec une certaine difficulté qu'on le fit consentir à entrer à l'hôpital et à s'y laisser traiter pour une affection dont il se préoccupait assez peu. Ce jeune homme se levait, mangeait et avait toutes les apparences d'une excellente santé générale, quand il mourut tout à coup après avoir présenté quelques symptômes convulsifs.

On trouva à l'autopsie le rocher envahi par la carie ou par des tubercules. M. Richet penche pour cette dernière opinion, bien qu'il ait trouvé les poumons parfaitement sains. La caisse du tympan était pleine de pus qui se vidait tout à la fois par le conduit auditif et par la trompe d'Eustache. La dure-mère qui tapisse le rocher était intacte. Cette circonstance n'est pas indifférente à noter, car elle prouve que l'abcès du cerveau n'était qu'un abcès de voisinage. Toutes les circonvolutions de l'hémisphère gauche du cerveau étaient effacées. La collection purulente occupait la totalité des lobes sphénoïdal et occipital; le lobe frontal seul était intact. Quant au lobe pariétal, il était semé de très petits abcès.

Le malade n'avait jamais présenté le moindre trouble intellectuel, et rien n'avait pu faire supposer l'existence de lésions cérébrales aussi graves, jusqu'au moment où le pus, faisant irruption dans le ventricule latéral, détermina la mort instantanée.

Dr P. CHATILLON.

## IV

## VARIÉTÉS.

**La FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ouvrira ses cours d'hiver le vendredi 15 novembre 1861. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :**

| COURS. | PROFESSEURS. | JOURS. | HEURES. |
|---|---|---|---|
| Physique médicale. . . . | Gavarret . . . . . . . . . | Lundi, mercredi, vendredi | A 11 h. |
| Pathologie médicale. . . | Natalis Guillot . . . . . | Lundi, mercredi, vendredi | A 3 h. |
| Opérations et appareils. . | Malgaigne. . . . . . . . | Lundi, mercredi, vendredi | A 4 h. |
| Chimie médicale. . . . . | Wurtz . . . . . . . . . . | Mardi, jeudi, samedi. . . . | A 10 h 3/4 |
| Anatomie. . . . . . . . | Jarjavay . . . . . . . . . | Mardi, jeudi, samedi. . . . | A midi. |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . | Andral, suppléé par M. Axenfeld, agrégé. | Mardi, jeudi, samedi. . . . | A 3 h. |
| Pathologie chirurgicale. . | Denonvilliers . . . . . | Mardi, jeudi, samedi . . . . | A 4 h. |
| Clinique médicale. . . . . . | Bouillaud . . . . . . . . | à la Charité. | Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h. |
| | Piorry. . . . . . . . . . | | |
| | Rostan . . . . . . . . . . | à l'Hôtel-Dieu. | |
| Clinique chirurgicale . . . | Trousseau. . . . . . . . | à l'Hôtel-Dieu. | |
| | Laugier . . . . . . . . . | | |
| | Jobert (de Lamballe). | | |
| | Velpeau . . . . . . . . . | à la Charité. | |
| Clinique d'accouchement. | Nélaton . . . . . . . . . | à l'hôp. de la Faculté. | |
| | P. Dubois. . . . . . . . | | |

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,*

BOURBON.

MORT DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — Un deuil vient de se répandre sur la science. M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire est mort à cinquante-six ans, l'âge des renommées robustes, vaillamment et honnêtement conquises. Sous le coup de cette grande perte, nous serions mal disposé à une étude critique, quelque favorable qu'elle pût être à celui qui en serait l'objet. Nous nous bornons, pour le moment cette fois, à esquisser cette vie si brève du savant, et cette carrière plus courte encore de l'honnête homme et de l'utile citoyen.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire était né en 1805, au Muséum d'histoire naturelle, d'un père à jamais célèbre dans les fastes des sciences d'observation : Étienne Geoffroy Saint-Hilaire.

Il puisa dans l'atmosphère intellectuelle qui l'entourait, dans les exemples et les encouragements paternels, et surtout dans sa propre aptitude, un goût merveilleux pour l'étude de la nature. De bonne heure, il livrait à l'appréciation de l'Institut quelques-unes de ses recherches ardemment entreprises et où chacun voyait le présage d'un avenir brillant de gloire.

En 1830, le jeune naturaliste soutient, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse composée de deux séries de propositions : l'une était le prélude de son *Histoire naturelle des anomalies*, à laquelle il consacra onze années de patientes observations et qui créa une science alors à peine ébauchée, la *Tératologie*; — l'autre était le plan de son dernier ouvrage, l'*Histoire naturelle générale des règnes organiques*, dont nous parlerons tout à l'heure.

Viennent ensuite quelques écrits disséminés dans les revues et les journaux, puis réunis en volume sous le titre d'*Essais de zoologie générale*. En même temps, M. Geoffroy Saint-Hilaire faisait à

l'Athénée des cours sur la tératologie et la mammologie,— et suppléait son père dans sa chaire de zoologie, à la Sorbonne.

En 1847, quelque temps après la mort d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, son fils, membre de l'Académie des sciences depuis 1833, publiait un livre intitulé : *Vie, travaux et doctrines d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire*, — livre charmant, exhalant un parfum d'amour filial et portant le cachet d'une appréciation critique respectueuse à la fois et impartiale.

En 1849, il adressait au ministre de l'agriculture son remarquable *Rapport sur la domestication des animaux*, qui eut en dix ans trois éditions, et dont la quatrième parut il y a quelques mois à la Librairie Agricole, sous ce titre plus général : *Domestication et naturalisation des animaux utiles*.

En 1856, il développait, dans ses *Lettres sur les substances alimentaires* (1) — deux leçons sur la valeur nutritive de la viande de cheval faites la même année au Muséum.

Enfin, M. Geoffroy Saint-Hilaire entreprit en 1854 un livre immense — monument impérissable de la philosophie des sciences naturelles à notre époque — chef-d'œuvre d'érudition, de style, de clarté, d'utilité pratique : l'*Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux* (2). Cet ouvrage, auquel il travaillait depuis vingt-cinq ans, dont il donna, dans ses cours de 1853 à 1858, des extraits si intéressants et religieusement recueillis par l'auteur de cette notice, ce livre, hélas ! reste inachevé.

La vie d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire peut se résumer en une ligne : « Amour de la science, recherche des applications de celle-ci au bien-être social. » Il poussait à un égal degré le talent de l'observation exacte et celui de la déduction théorique et pratique. C'est ainsi qu'en étudiant les caractères différentiels des végétaux, des animaux et de l'homme, il arrive à en déduire fortement l'existence de ce RÈGNE HUMAIN déjà pressenti par Albert Le Grand (XIIIe siècle), et proposé par Adam (1772), Vicq-d'Azyr (1792), E. Geoffroy Saint-Hilaire (1794), puis la probabilité de notre origine spécifique unique, apportant en même temps la sanction de son éloquente autorité aux lois sociales et morales qui découlent de ce grand principe. De même, quand il a donné ses beaux développements sur la philosophie anatomique et zoologique créée par son père ; achevé ses études sur la classification parallélique des animaux et principalement des mammifères, et sur la variabilité limitée de l'espèce ; quand il a enfin connu, grâce à ses persévérantes lectures et à ses observations de chaque jour, les mœurs des animaux de tous pays, leur origine, leur genre de vie et le milieu qui leur convient, il saisit d'un coup d'œil rapide — et pour ainsi dire instinctivement, comme lui-même nous le racontait — les conséquences de tous ces faits et la possibilité d'acclimater chez nous les animaux de pays étrangers. Il crée la science de l'acclimatation, et à sa voix, vingt mille citoyens de toutes nations forment une société à jamais digne de l'admiration de tous : la *Société impériale zoologique d'acclimatation*, dont il était le président depuis 1854 et qu'il éleva au rang qu'elle occupe aujourd'hui. C'était là son œuvre de prédilection !

La bonté de Geoffroy Saint-Hilaire était proverbiale ; — son affabilité, sa douceur, sa modestie ne se démentirent pas un seul instant. Tous l'aimaient, ses collègues, ses amis, ses élèves ; ces derniers surtout le regretteront ; il avait une élocution élégante, une clarté inappréciable dans ses belles leçons du Muséum et de la Faculté des sciences. — Il répondait à toutes les objections que ses élèves lui soumettaient ; il revoyait avec une étonnante patience leurs pâles résumés de ses cours ; il leur indiquait les recherches bibliographiques à entreprendre, et mettait à leur disposition ses propres notes et tous les livres de sa riche bibliothèque. Il les excitait au travail, les encourageait avec de douces paroles et les menait comme par la main à travers les sentiers difficiles de la science. Aucun maître n'a jamais été plus regretté de ses disciples, ni mieux mérité de l'être.

CAMILLE DELVAILLE.

(1) Paris, 1856, librairie Victor Masson et fils.
(2) Paris, 1854-60, chez Victor Masson et fils. L'ouvrage doit se composer de dix demi-volumes. Cinq seulement ont paru.

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie du cours [illegible] maladies des voies urinaires le mardi 19 novembre, à deux heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il la continuera les [illegible] jeudi et samedi suivants, à la même heure. Cette troisième partie [illegible] prend l'affection calculeuse et la lithotritie.

— M. le docteur E. Dally ouvrira un cours de thérapeutique géné[rale] et de matière médicale, le lundi 18 novembre, à trois heures, [et le] continuera à la même heure, les lundi, mercredi et vendredi, a[mphi]théâtre n° 1.

— M. le docteur Joulin commencera son cours d'accouchements [le] samedi 16 novembre, à quatre heures et demie du soir, à l'École [pra]tique, amphithéâtre n° 2, pour le continuer tous les jours, le [illegible] excepté.

— La chaire de médecine légale étant actuellement vacante, les [can]didats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'A[ca]démie de Paris, avant le 28 de ce mois : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages ou travaux scientifiques.

— Dans la séance de l'Assocation générale des médecins de France, qui a eu lieu le 8 novembre, ont été admis : MM. Allaire, Archambault, Beau, Blondeau, Bouchard, Dumontpallier, Gerdy, Grisolle, Guillon (Alfred), Larrozo, Léger, Leplat, Leroux, Magnien, Marmy, Malet, Maynard, Palissat, Passant, Pilliot, Pornot, de Santi, Tropo.

— Plusieurs dons viennent d'être faits à l'Association générale des médecins de France : M. le docteur sir Charles Locock, accoucheur de S. M. la reine d'Angleterre, a fait don de la somme de 100 fr ; M. le docteur Henri Roger, de la somme de 200 fr.

— Le concours pour les prix de l'internat a commencé par l'épreuve écrite. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1re division, internes de 3e et 4e année : *Structure de l'intestin grêle; de la gangrène dans l'étranglement herniaire*; 2e division, internes de 1re et de 2e année : *stucture du foie, cirrhose du foie.*

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

DU TANNIN : DE SON EMPLOI EN MÉDECINE COMME SUCCÉDANÉ DU QUINQUINA, par le docteur *Leriche*. Mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Grand in-8 de 27 pages. Paris, F. Savy. 1 fr.

EPILEPSY : ITS SYMPTOMS, TREATMENT, AND RELATION TO OTHER CHRONIC CONVULSIVE DISEASES (Épilepsie : ses symptômes, traitement et relation avec les autres affections convulsives), par *J. Russell Reynolds*. In-8 de 390 pages. Londres, 1861, Churchill.

LECTURES ON THE GERMS AND VESTIGES OF DISEASE, AND ON THE PREVENTION OF THE INVASION AND FATALITY OF DISEASE BY PERIODICAL EXAMINATIONS (Lectures sur les germes et les vestiges des maladies), par *Horace Dobell*. In-8 de 212 pages. Londres, 1861, Churchill.

ON THE PARASITIC AFFECTIONS OF THE SKIN (Sur les affections parasitaires de la peau), par *T. M'Call Anderson*. In-8 de 162 pages. Londres, 1861, Churchill.

THE DISEASES OF THE PROSTATE, THEIR PATHOLOGY AND TREATMENT, COMPRISING THE JACKSONIAN, PRIZE ESSAY FOR THE YEAR 1860 (Les maladies de la prostate : leur pathologie et leur traitement), par *Henry Thompson*. In-8 de 364 pages, [illegible] 13 planches. Londres, 1861, Churchill.

CAMPAGNES DE KABYLIE, histoire médico-chirurgicale des expéditions de 1854, [illegible] et 1857, par le docteur *Bertherand*. In-8, avec carte. 1862. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 22 NOVEMBRE 1861. — N° 47.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Rentrée de la Faculté de médecine : M. Moquin-Tandon. — Rhinoplastie par la méthode ostéoplastique : M. Ollier. — Académie de médecine de Turin : Organisation des navires sous le rapport de l'alimentation. — Sur l'opération de la fistule vésico-vaginale : Leçon de M. Marion Sims à l'hôpital de la Charité. — II. **Histoire et critique.** Pathologie interne : De l'amblyopie diabétique. — III. **Revue clinique.** Application de l'ostéoplastie à la restauration du nez ; transplantation du périoste frontal. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Sur un nouveau remède contre les vomissements de la grossesse. — Du rôle de l'angine dans certaines épidémies de scarlatine. — Des accidents produits par le kirsch pris à hautes doses. — Sur une hallucination du toucher particulière aux amputés. — Coxalgie : Traitement par l'immobilité unie à l'extension. — Amputation tibio-tarsienne d'après le procédé de Pirogoff. — VI. **Bibliographie.** Éléments de botanique médicale. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — IX. **Feuilleton.** La question du service des aliénés du département de la Seine.

## I

Paris, le 21 novembre 1861.

RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE : M. MOQUIN-TANDON. — RHINOPLASTIE PAR LA MÉTHODE OSTÉOPLASTIQUE : M. OLLIER. — *Académie de médecine de Turin :* ORGANISATION DES NAVIRES SOUS LE RAPPORT DE L'ALIMENTATION. — SUR L'OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE : LEÇON DE M. MARION SIMS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Vendredi dernier (trop tard, par conséquent, pour qu'il en pût être question dans notre dernier numéro) la Faculté de médecine a tenu sa séance de rentrée sous la présidence de M. le doyen, assisté de ses deux assesseurs, MM. Gavarret et Grisolle. M. Moquin-Tandon a prononcé l'éloge de Duméril. On a vivement regretté que la turbulence de l'auditoire ait troublé à plusieurs reprises le débit d'un discours où les travaux de Duméril sont exposés avec une justesse de vues que rendaient d'ailleurs facile à l'orateur ses profondes connaissances en histoire naturelle. De vifs applaudissements ont prouvé à M. Moquin-Tandon que les hautes qualités de son discours avaient été dignement appréciées des esprits sérieux.

M. Gavarret a proclamé les noms des lauréats de l'École pratique. (Voir aux *Variétés.*)

— Notre collaborateur, M. Ollier, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de faire une nouvelle et ingénieuse application de l'ostéoplastie périostique et de l'ostéoplastie osseuse combinées, pour la restauration d'un nez presque entièrement détruit par la syphilis. On trouvera plus loin (p. 752) la note que M. Ollier a communiquée sur ce sujet à l'Académie des sciences. On comprend tout de suite ce que la rhinoplastie peut gagner à l'emploi d'une méthode qui permet de construire de toutes pièces, pour le nouveau nez, une charpente osseuse capable de soutenir les parties molles et d'empêcher leur rétraction.

A. D.

## FEUILLETON.

### La question du service des aliénés du département de la Seine.

DEUXIÈME ARTICLE.

Des personnes dont nous prisons le jugement, surtout en matière d'aliénation mentale, nous ont exprimé des doutes, et plus que cela, sur l'exactitude de quelques assertions émises dans notre premier article. Nous avons prié ces honorables confrères, comme nous prions le lecteur, de vouloir bien remarquer que, sur l'*interprétation* des statistiques relatives aux guérisons et à la mortalité des aliénés, qu'il se soit agi de comparer les asiles de Paris à ceux des provinces, ou les grands asiles aux petits, ou les aliénés transférés à ceux qui restent dans leur département, toujours nous nous sommes tenu dans une extrême réserve. Nous ne nous sommes attaché solidement qu'aux faits. Il s'agissait de connaître les résultats de la pratique des transfèrements : la statistique prouvait que les guérisons étaient rares et la mort exceptionnellement fréquente parmi les transférés ; nous avons dû le dire. C'est, objecte-t-on, qu'on transfère de préférence les incurables, les paralytiques. Nous connaissions l'argument, mais nous savions aussi ce qu'on y répond. Des aliénistes autorisés affirment que les aliénés valides figurent en grand nombre dans les transfèrements. Devant cette divergence, nous nous sommes simplement abstenu, et cela d'autant plus volontiers que ce que nous condamnons dans la mesure des translations, ce sont moins les résultats que le système. Il ne nous paraît pas admissible que le département de la Seine, auquel sa richesse et le régime exceptionnel de sa haute administration ouvrent tant de ressources, se déclare incapable de pourvoir chez lui à toutes les nécessités de l'assistance publique ; qu'il laisse à autrui le soin et la protection de malades incapables et séquestrés ; qu'il nourrisse enfin, par une tentation perpétuelle, le mauvais sentiment, ou corrompu ou pusillanime, qui porte trop souvent les familles à fuir ceux de leurs membres que la folie a

— Le Journal de l'Académie de médecine de Turin du 31 août dernier complète l'avis qui avait été demandé à cette Société savante touchant deux articles du règlement pour le transport des émigrants italiens. Le premier, dont nous avons déjà parlé, avait rapport à l'espace nécessaire à chaque passager (*Gaz. hebd.*, 1861, n° 36, p. 571); le second, dont il est ici question, traite de la ration de vivres journalière qui doit lui être attribuée.

La solution de ce dernier point est très compendieusement déduite par la commission chargée de ce travail des données de la science, des ressources du pays, et des habitudes de la classe de la population dont se composent, en grande partie, les émigrants. A côté des effets pernicieux de l'alimentation insuffisante en quantité et en qualité, elle fait voir la nécessité de faire concorder la ration des passagers avec le prix des denrées et avec les exigences très différentes de la vie oisive des émigrants à bord, et de la vie très fatigante des matelots. Étant posé que l'homme sain perd en moyenne, dans vingt-quatre heures, par toutes les voies d'excrétion et d'exhalation, 20 grammes d'azote et 300 grammes de carbone, d'où il résulte que les diverses matières alimentaires qui composent sa ration journalière doivent fournir des chiffres équivalents de ces deux principes; étant reconnu aussi, d'après MM. Gasparin et Payen, qu'un homme sédentaire se nourrit avec 12gr,51 d'azote et 264gr,06 de carbone, tandis qu'un homme de fatigue exige 25gr,01 du premier et 309gr,09 du second, elle se propose, avec les substances alimentaires dont on connaît la prédominance de l'un ou l'autre des deux principes nutritifs, de combiner les éléments de la ration conformément à une sage économie et à une bonne hygiène.

Le pain et la viande sont les types des aliments solides, et ils doivent faire la base de la ration; mais, afin de varier les éléments de cette ration, on peut les remplacer en partie par d'autres aliments carbonés ou azotés. La ration réglementaire est de deux sortes : l'une, où entre la viande salée ou de conserve, se donne quatre jours de la semaine; l'autre, qui est sans viande, se donne les trois autres jours. La première, composée de biscuit, de viande, de pâtes, de légumes et de fromage, sans compter les accessoires, café, beurre, choux, huile, vin, eau-de-vie, etc., pèse en tout 930 grammes, et donne 283gr,06 de carbone et 23gr,29 d'azote. Si l'on a égard aux expériences de MM. de Gasparin et Payen, et qu'on considère le genre de vie des passagers et la classe sociale d'où ils proviennent; qu'on songe, en outre, que le soldat piémontais n'a que 155 grammes de viande par jour en temps de paix, on pensera qu'il est possible de diminuer quelque peu la ration réglementaire sans altérer ses effets nutritifs, afin de la rendre moins coûteuse et de favoriser l'émigration. Quant à la seconde ration, qui se compose de biscuit, riz, morue, pommes de terre et fromage, plus les accessoires, et pèse 940 grammes, équivalant à 287 grammes de carbone et 20gr,73 d'azote, elle dépasse de beaucoup aussi les chiffres de principes nutritifs reconnus nécessaires aux personnes sédentaires, et la commission pense qu'elle pourrait être diminuée également. Toutefois, quel que soit son respect pour la science, dans une question aussi importante elle préfère s'arrêter aux déterminations les plus favorables et les moins périlleuses. Elle trouve d'ailleurs qu'on n'a pas assez tenu compte de l'influence qu'exercent le volume et la masse alimentaires sur le bien-être des personnes habituées à une vie un peu grossière. Ainsi la soupe (*minestra*) a été de tout temps considérée comme la base de l'alimentation des gens du peuple, et ne doit pas être négligée.

D'après toutes ces considérations, la commission propose les modifications suivantes à la ration du règlement : diminuer la viande de 100 grammes, supprimer les légumes secs, augmenter de 50 grammes le biscuit, et de 20 grammes les pâtes, ajouter 150 grammes de pommes de terre aux jours de viande. L'économie de viande et de légumes balance l'augmentation des autres substances. De cette manière la ration des jours gras se trouve composée comme il suit : biscuit, 550 grammes; viande salée, 150 grammes; pâtes, 100 grammes; pommes de terre, 150 grammes; fromage, 50 grammes; en tout, 1000 grammes, fournissant 325gr,85 de carbone et 20,16 d'azote. La ration des jours maigres est formée de : biscuit, 500 grammes; riz, 100 grammes; morue, 150 grammes; haricots, 150 grammes; fromage, 50 grammes; en tout, 950 grammes, contenant 344gr,25 de carbone et 24gr,91 d'azote.

Quant aux boissons, si l'on réfléchit que la classe des émigrants est peu habituée au luxe du vin, du café et de l'eau-de-vie, il est permis d'apporter quelque économie à cette partie de la ration, dont le prix est très élevé. Au lieu de les donner toutes chaque jour, il suffit de donner quatre jours de vin, deux jours de café et un jour d'eau-de-vie, ce qui économise 30 à 40 centimes sur le prix de chaque ration. La commission fait observer aussi que le lard est un aliment riche et succulent qui est très bon pour la soupe, et elle propose de le substituer au beurre et à l'huile les jours de

---

frappés. Voilà notre principal motif. De même, quand nous avons dit que l'action personnelle du médecin sur l'aliéné était souvent la condition indispensable d'un bon traitement, nous n'avons pas entendu préconiser, comme on l'a compris, le *traitement moral* de Leuret, qui nous paraît en grande partie illusoire, mais seulement signaler la nécessité d'une surveillance étroite dans l'emploi des distractions ou occupations qui composent ce qu'on a nommé l'*hygiène morale*, et d'une action psychique individuelle sur certains aliénés. Nous avons si peu abusé de cette vue que nous avons proposé pour chaque asile un chiffre de malades très supérieur à celui des services particuliers de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Cela dit, nous examinerons aujourd'hui deux questions dont la solution exercera sur l'avenir des asiles une influence considérable : nous voulons parler du *mode de nomination* et des *attributions* des médecins en chef.

Disons-le franchement, les confrères placés à la tête des services d'aliénés de la Seine ont commis une faute sérieuse, très dommageable à leurs propres intérêts, quand, il y a quelques années, ils ont demandé à être affranchis de la règle qui impose la retraite aux médecins des hôpitaux et hospices à l'âge de soixante-cinq ans. L'administration les a satisfaits; mais en même temps elle leur a imposé une logique à laquelle ils ne s'attendaient pas, en les délivrant de toutes les *charges* attachées au titre de médecin des hôpitaux. Ils ont cessé de faire partie des jurys de concours pour l'internat et l'externat; ils ne participent plus à la formation du conseil de surveillance; sortis eux-mêmes du concours, ils sont maintenant remplacés par voie de nomination directe; et en même temps, — sort bizarre, — ils reçoivent leurs élèves du corps des internes et du corps des externes; ils relèvent du conseil de surveillance; ils ont les mêmes appointements que les autres médecins des hôpitaux; ils ont enfin perdu à la fois les avantages qu'on acquiert en passant par le bureau central, et ceux dont jouissent les médecins d'asiles. Voilà, il faut en convenir, une situation assez mauvaise pour qui voudrait demander d'appliquer le concours au recrutement du personnel médical des établissements projetés. Il y a pis : la substitution d'*asiles* spéciaux à des services

soupe aux légumes. D'ailleurs, un article introduit dans le règlement laisse la faculté aux personnes habituées à une alimentation plus recherchée de prendre des arrangements particuliers pour leur traitement.

Voici, pour finir, quelles sont textuellement les conclusions de la commission dont nous avons analysé le travail :

1° L'espace en mètres cubes (2m,25) déterminé par la lettre du règlement ne peut suffire, même pendant une heure, à l'accomplissement normal de la fonction respiratoire.

2° A bord d'un navire au long cours, cet espace peut, par cela même, compromettre la santé et, dans certaines circonstances, la vie des passagers.

3° En maintenant libres toutes les ouvertures, portes et panneaux, on peut bien éviter la mort immédiate, et même l'asphyxie, mais non les conséquences dues à l'inspiration d'un air vicié et à l'hématose incomplète.

4° Le seul moyen capable d'obvier, à bord de ces navires, à l'insuffisance et à l'altération de l'air dans les logements destinés aux passagers, consiste dans l'application d'appareils mécaniques spéciaux, dits *ventilateurs*.

5° Sur les navires de plus petite dimension, les *manches à vent*, et préférablement les appareils dits *trombes en fer*, terminés par une conque mobile, pourront suffire jusqu'à un certain point; mais l'appareil de Brindjonc, et mieux encore le ventilateur de Van Hecke, rempliront seuls complétement le but.

6° Quel que soit celui de ces deux appareils qui soit adopté, l'espace assigné dans le règlement, même réduit à 2 mètres cubes par passager, pourrait encore en tout temps satisfaire aux exigences de l'hygiène et maintenir l'intégrité de la fonction respiratoire.

Voilà pour l'espace à concéder sur les navires au long cours.

Relativement à l'alimentation, nous pouvons résumer nos idées de la manière suivante :

1° Le tableau des deux rations de vivres contenu dans le *Règlement pour l'émigration à bord des navires de long cours* peut satisfaire abondamment aux besoins de la nutrition des passagers.

2° Mais, vu la classe à laquelle appartiennent la grande majorité des émigrants, il a paru à la commission qu'il était opportun d'y introduire quelques modifications ayant pour but d'augmenter la quantité ou le poids des vivres solides, et de diminuer le prix total de la ration.

3° On parviendrait à satisfaire ces *desiderata* :

*a.* En augmentant le biscuit et les éléments de la soupe;

*b.* En supprimant de la ration journalière quelques-unes des trois boissons aromatiques ou alcooliques indiquées au tableau.

4° Les deux espèces de ration que nous proposons, si elles ne satisfont pas complétement aux exigences de l'économie financière, répondent du moins très largement à celles de la nutrition, et indiquent en même temps la voie par laquelle un homme instruit du prix des denrées dans les divers ports et des besoins de la vie de mer, pourra parvenir à établir une ration normale qui ne laisse rien à désirer sous les divers points de vue de l'économie et de la santé des passagers.

Nous n'avons pas sous les yeux les chiffres concernant le cubage des parties habitées et la ration alimentaire pour nos navires de commerce; ce sont ceux-là qu'il faudrait comparer aux bâtiments italiens affectés au transport des émigrants. Néanmoins, il ne nous a pas paru absolument inutile d'établir la comparaison entre ces mêmes bâtiments et nos navires de guerre. Nous empruntons nos chiffres à un excellent ouvrage de M. Fonssagrives, dont nous rendrons compte bientôt.

Relativement à la *quantité d'air respirable*, les vaisseaux de guerre de premier rang cubent par homme 4m,535; les vaisseaux de second rang, 4m,015; les frégates, 3m,204 et 2m,838; les bricks et corvettes, moins de 2 mètres. On voit par là que, à l'exception des bricks et corvettes, l'air est plus libéralement distribué sur nos navires de guerre que sur les navires de commerce italiens, puisque le décret royal fixe, pour ces derniers, le volume d'air à 2m,25, dont *un dixième* à déduire pour les effets.

Quant à la *ration alimentaire*, elle est, sur nos navires de guerre, de 1gr,419, donnant 26,91 d'azote et 308,86 de carbone. Dans le projet de la commission, le poids de la ration quotidienne sera moindre, puisqu'il n'atteindra que 1000 grammes pour les jours gras et 950 pour les jours maigres. La quantité d'azote pour chaque ration sera moindre également (20,16 pour les jours gras et 24,91 pour les jours maigres); mais celle du carbone sera plus élevée (325,85 et 344,25).

Dr Dutroulau.

— Il y a quelques jours, sur l'invitation de M. le professeur Velpeau, M. Marion Sims voulut bien opérer à la Charité une malade atteinte pour la seconde fois d'une assez large fistule vésico-vaginale.

Après l'opération, M. Sims demanda à exposer brièvement les points principaux de sa méthode opératoire; M. Souchond, élève distingué du service de M. Velpeau, lui servit de fidèle et intelligent interprète, car M. Sims ne parle pas le français. Nous avons pensé que nos lecteurs liraient avec intérêt cette leçon recueillie par M. H. Liouville; elle renferme, en résumé, les principes les plus importants du procédé opéra-

---

d'hôpitaux range immédiatement la nouvelle création sous le régime de la loi du 30 juin 1838 et de l'ordonnance royale du 18 décembre 1839. Or, aux termes de cette ordonnance (art. 3), les médecins en chef et adjoints sont nommés par le ministre de l'intérieur, directement pour la première fois, et, pour les vacances suivantes, sur une liste de trois candidats présentés par les préfets. L'ordonnance ne renferme à cet égard aucune disposition exceptionnelle concernant le département de la Seine.

N'y a-t-il pourtant rien à demander, ni rien à faire? Ce serait trop de résignation. L'intérêt engagé ici est, nous le répétons, des plus graves. Pour arriver à le servir efficacement, il faut commencer par se persuader qu'on y parviendra, et c'est d'ailleurs un espoir qu'autorisent la haute intelligence et les sentiments élevés déployés dans la circonstance par l'administration.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices sont, dans toute la France, nommés par la commission administrative; dans toute la France, sauf Paris, où ils sont nommés au concours. Pourquoi cette exception? Parce qu'on a compris qu'un centre scientifique aussi considérable que Paris offrirait des aliments à une forte émulation; que cette émulation profiterait au lustre de la capitale; qu'elle profiterait surtout aux services hospitaliers, qui, devant être considérables, avaient d'autant plus besoin de garanties d'aptitude. Tout s'arrangeait pour le mieux; le même motif qui faisait désirer des praticiens habiles donnait le moyen d'en former. Que va faire l'administration en détachant du service hospitalier, en réorganisant un magnifique service d'aliénés quatre ou cinq fois supérieur au plus fort asile de province, que va-t-elle faire, sinon créer les mêmes convenances ou les mêmes nécessités que pour les hôpitaux? S'il est même une branche de la pratique médicale qu'on ne puisse confier qu'à bon escient à des mains chargées de la cultiver, surtout quand ces mains sont celles d'un mandataire de l'autorité, c'est assurément la psychiatrie, dont il est peu question dans les cours théoriques des Facultés, et que n'enseigne ou ne connaît bien aucun professeur de clinique. Quelque bon vouloir qu'y mettent ou le préfet ou le ministre, de quelque impartialité qu'ils fassent preuve, ils sont exposés à laisser gaspiller de

toire dont se sert le chirurgien de New-York. Nous laissons de côté tout ce qui concerne l'observation de la malade, nous bornant à dire seulement que l'opération, commencée à neuf heures et demie, en présence de MM. les professeurs Malgaigne et Denonvilliers, de MM. Trélat, Delpech, etc., était complétement terminée en vingt-huit minutes; circonstance qui mérite d'être notée. Laissons maintenant la parole à M. Sims :

« Je me permets, dit-il, de reprocher aux chirurgiens qui pratiquent l'opération de la fistule vésico-vaginale plusieurs choses qui me paraissent avoir une grande importance :

» 1° La position donnée à la malade;

» 2° La manière insuffisante dont est fait l'avivement;

» 3° Le nombre trop restreint des sutures;

» 4° La distance qui les sépare des lèvres de la plaie.

» Le décubitus latéral est le meilleur; les lèvres de la fistule doivent être largement avivées en surface; les sutures doivent être nombreuses et rapprochées de la plaie.

» 1° *Position.* — Au début de ma pratique, je plaçais la malade sur les genoux, le corps appuyé sur les coudes, la tête abaissée, le bassin élevé. Un aide soutenait la tête, un autre tenait le spéculum.

» J'ai vu depuis les inconvénients de cette position, et les objections que je lui fais sont les suivantes : une grande fatigue pour la malade; impossibilité ou au moins difficulté très grande d'administrer le chloroforme, s'il en est besoin; une grande fatigue pour l'opérateur, obligé de rester debout.

» J'ai donc modifié la position de la manière suivante :

» Je place la malade dans le décubitus latéral gauche, les cuisses fléchies à angle droit sur le bassin, le corps en pronation, de manière que le sternum touche la table. Il ne doit y avoir sur cette dernière ni oreillers ni coussins, mais seulement une simple couverture et des draps pour diminuer la fatigue de la position.

» La tête de la malade ne doit pas être fléchie, mais étendue, et ce point a son importance s'il faut administrer le chloroforme, parler à la malade, surveiller l'expression de sa physionomie.

» Mais ce que cette position a surtout d'avantageux, c'est qu'en empêchant la flexion du tronc, elle n'amène ni compression des organes, ni gêne de la respiration; les viscères abdominaux ne sont pas refoulés du côté du bassin, et ne viennent déplacer ni la vessie ni le vagin.

» L'aide devra observer rigoureusement que la position soit toujours la même, le moindre changement pouvant amener des modifications dans la situation des parties sur lesquelles on opère.

» Enfin l'administration du chloroforme sera facile, mais je ne l'emploie presque jamais, et il faut une disposition tout à fait spéciale, un grave désir manifesté par la malade, l'impossibilité d'agir autrement, pour que je m'y résigne.

» Une fois la position décidée, j'applique le spéculum, que je confie pendant l'opération aux mains d'un aide.

» J'emploie trois espèces de spéculum, de grosseurs variables suivant l'âge, le degré de distension du vagin, et suivant aussi que j'examine pour la première fois une femme qui se dit atteinte de fistule.

» Le spéculum dont je me sers a une forme spéciale. Un chirurgien américain, qui a été mon élève et auquel j'avais montré mes instruments, vint à Paris il y a deux ans (M. Bozeman), et fit fabriquer un spéculum qu'il crut semblable au mien et dont il s'attribua l'invention. Malheureusement, il avait oublié que mon spéculum est courbé dans son milieu, de sorte que ses valves, au lieu d'être presqu'à angle droit avec le manche, tendent à se rapprocher l'une vers l'autre du côté de leur extrémité libre.

» Il en résulte que, dans l'application, ce n'est plus le dos de la valve qui porte dans tout son plein, mais seulement le bec, de sorte que cette extrémité peut venir appuyer seule sur la paroi du vagin, qu'elle peut même perforer, comme cela est arrivé à un chirurgien anglais.

» Je proscris ce spéculum ainsi modifié par erreur, et n'emploie que celui dont je viens de vous montrer la disposition.

» Lorsque la malade est placée dans la position exigée, lorsque le spéculum est confié à un aide qui doit le soutenir sans effort, je divise les instruments en trois classes, correspondant aux trois temps de l'opération.

» *Premier temps : Avivement.* — Quatre instruments sont nécessaires : des ciseaux droits ou courbes, un bistouri, un ténaculum, des pinces.

» Comme vous voyez, le ténaculum a la forme d'un petit crochet; je saisis avec cet instrument la muqueuse vaginale, *près* d'un des angles de la fistule, et je fais à ce niveau avec le bistouri une petite incision portant sur la paroi vaginale seulement. Je soulève la muqueuse avec le crochet, et, avec *des ciseaux droits*, je coupe toute l'épaisseur de la lèvre de la plaie jusqu'à la muqueuse vésicale, qu'*il faut toujours respecter*. C'est là un point important, et je regarde comme une faute grave que de couper profondément, au point d'intéresser la vessie.

» Soulevant ainsi de proche en proche avec le crochet toutes les parties de la fistule, je complète l'avivement, toujours avec les ciseaux, droits ou courbes.

» *Deuxième temps : Passage des fils.* — Ce temps exige comme instruments : ténaculum, pinces, aiguilles enfilées d'un fil de soie double, de manière à avoir une anse du côté opposé à l'aiguille.

» Le ténaculum soulève une partie de la plaie; l'aiguille (courte, comme vous voyez, presque droite et tenue par une pince à coulant) est enfoncée vers un des angles de la fistule, à 1 centimètre environ de distance des bords libres de la plaie. Elle reparaît sur

---

précieuses richesses, à laisser l'esprit scientifique s'énerver dans l'insuffisance ou la mollesse. On compte recruter Paris avec la province, sans doute. Eh bien, nous dirons, à cet égard, toute notre pensée. Nous voudrions que le concours s'étendît même aux asiles de province. Remarquons que, sous ce rapport, les asiles ne peuvent être comparés aux hôpitaux. Une place vacante dans un hôpital de province ne peut être ambitionnée que par les médecins de la localité; le concours se trouverait donc réduit, le plus souvent, à des proportions insignifiantes. Mais on sait que les médecins des asiles d'aliénés, enchaînés à cette seule fonction, constituent, pour ainsi dire, un corps nomade, à l'exemple des magistrats ou des ingénieurs civils. Dès lors, rien ne serait plus simple que d'instituer à Paris un concours central, renouvelé au fur et à mesure des vacances, de manière à laisser le moins d'intervalle possible entre l'élection et l'entrée en fonction. L'administration aurait ainsi dans les mains un corps choisi de médecins compétents, qui, en la servant bien, ne la gêneraient en aucune façon. En effet, elle resterait toujours maîtresse quant à la *distribution* des places vacantes, quant aux *mutations* à opérer. Le concours lui aurait tracé un cercle pour le choix des médecins; mais, dans ce cercle, elle pourrait se mouvoir à son gré. On sait d'ailleurs que, même dans les hôpitaux de Paris, les médecins ne montent, par rang d'ancienneté, d'un petit hôpital à un hôpital plus important, qu'en vertu d'un droit, pour ainsi dire, *conventionnel*, et qui n'est nulle part écrit dans les règlements. Bien plus, ces médecins, quoique issus du concours, n'en sont pas moins *institués* par le ministre de l'intérieur, n'en sont pas moins passibles de révocation par le même ministre, sur l'avis du Conseil de surveillance. Dans de telles conditions, nous ne voyons pas que le concours puisse être bien incommode à l'administration. Mais l'ordonnance de 1839! Nous entendons bien; « l'article 3 est formel; vous en prêchez la violation ». Non, nous en prêchons seulement la modification. Un décret est-il plus difficile qu'une ordonnance? L'institution du concours pour les hôpitaux de Paris eût été aussi une violation de la loi, si elle n'eût été prescrite par une disposition spéciale. Qu'on en fasse autant en ce qui concerne les asiles, et tout sera dit. Il

la tranche de la paroi vésico-vaginale que forme la fistule; *mais elle ne doit pas aller jusqu'à traverser la muqueuse vésicale*. Je soulève alors sa pointe, en la prenant dans la concavité du ténaculum; je retire la pince, puis reprends avec elle la pointe de l'aiguille, que j'achève de passer. J'ai fait ainsi un demi-point de suture de dehors en dedans; je reprends alors l'aiguille près du chas avec ma pince, je l'introduis (de dedans en dehors) dans la lèvre fistuleuse même pour la faire sortir de la même façon que précédemment, à 1 centimètre en dehors. J'ai ainsi passé une suture complète, que je serrerai postérieurement; je me borne maintenant à prendre les deux extrémités du fil et à les engager dans une petite encoche faite à un morceau de bois, ce qui me permet de retrouver tous mes fils sans crainte de les mélanger.

» Ces sutures doivent être mises à 1 centimètre à peu près en dehors de la plaie; plus rapprochées, elles pourraient déchirer; plus éloignées, elles pourraient permettre le renversement de la muqueuse refoulée, de telle sorte que les portions avivées ne se correspondraient plus.

» Les aiguilles ne doivent pas être enfoncées perpendiculairement, mais obliquement, afin d'être plus sûr de ne pas intéresser la vessie.

» Je pose ainsi cinq, six ou un plus grand nombre de points de suture; il vaudrait mieux encore en mettre trop que pas assez.

» Tous mes fils de soie placés, je reprends celui qui avoisine l'un des angles de la plaie; je passe au milieu de son anse le bout d'un fil d'argent que je tords, et il me suffit alors de tirer sur l'extrémité qui porte l'aiguille pour remplacer dans la plaie le fil de soie par le fil d'argent entraîné à la suite du premier.

» *Troisième temps : Torsion des fils métalliques.* — A mesure qu'un des fils d'argent a remplacé un fil de soie, je porte un petit conducteur carré analogue à la plaque d'une sonde cannelée, et, dans sa rainure, j'engage les deux bouts du fil. Je tords alors un peu, je saisis le fil avec une pince, et je le coupe de manière à lui laisser une longueur de 2 centimètres. Je le courbe à angle droit sur lui-même et y achève la torsion; de cette manière, celle-ci ne porte que sur le fil et non sur les lèvres de la plaie.

» Tous les fils sont posés de la même manière; la torsion du dernier est surtout délicate. Tous les fils étant tordus, la suture est faite, et la partie est essuyée avec de petites éponges pour qu'on puisse se rendre un compte parfait de l'opération.

» Avant de reporter la malade à son lit, il faut appliquer une sonde à demeure. Cette sonde, d'une forme spéciale, est courbée en S; son extrémité vésicale est percée de petits trous. Les trous doivent être très nombreux et assez petits pour laisser seulement pénétrer une épingle ordinaire. Ceux employés par M. Bozeman avaient les trous trop grands, de telle sorte que la muqueuse vésicale ou uréthrale pouvait y engager de petits bourgeons charnus qui obstruent la sonde et la rendent quelquefois difficile à retirer.

» Le cathéter sert de suite à pousser une injection d'eau dans la vessie; on laisse sortir immédiatement le liquide injecté; mais la sonde doit rester à demeure et être changée au moins deux fois dans les vingt-quatre heures.

» Un bon régime doit être donné à la malade : elle prendra dans la journée deux potions calmantes contenant un quart de grain de morphine, l'une après l'opération, l'autre le soir, afin d'amener la constipation.

» L'opérée pourra, après quelques jours, se coucher à volonté sur le côté ou sur le dos; mais elle doit avec soin éviter les mouvements brusques.

» Le huitième ou le neuvième jour, les fils seront retirés; le cathéter sera maintenu quelques jours de plus.

» L'enlèvement des fils est une opération délicate. A ce moment, la suture semble s'être enfoncée dans le vagin. Une pince saisit le bout tordu, soulève le point suturé, et, quand on voit la boucle, mais *seulement alors*, on coupe un des bouts simples du fil. La boucle doit être retirée entière; si l'on coupait à la fois les deux extrémités tordues, on aurait la plus grande peine à retirer les fils.

» Ces détails peuvent paraître minutieux, mais je les crois très importants, plus même que l'habileté de l'opérateur, que la façon brillante avec laquelle la suture peut être faite. »

LÉON LE FORT.

---

**II**

## HISTOIRE ET CRITIQUE.

### Pathologie interne.

DE L'AMBLYOPIE DIABÉTIQUE, par le docteur ERN. LECORCHÉ, ancien interne des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir le numéro 45.)

NATURE DE L'AMBLYOPIE.

*Amblyopie légère.* — On ne pouvait raisonnablement pas réunir dans un même groupe étiologique ces troubles visuels permanents de l'amblyopie grave, et les troubles de l'amblyopie légère dont l'apparition est si brusque, la marche si rapide et la guérison ordinairement complète; mais l'absence de lésions matérielles, appréciables à l'ophthalmoscope, laissant une grande latitude aux esprits, on vit surgir les opinions les plus diverses sur la cause probable de cette amblyopie (voy. plus haut). Une de ces théories, la plus séduisante assurément, est celle de M. de Graef (*loc. cit.*) qui croit pouvoir attribuer l'amblyopie légère à l'atonie du muscle de Bruecke, dont l'intégrité est indispensable à l'accommodation. On ne peut s'empêcher, en effet, de remarquer que cet affaiblissement de la vue coïncide toujours avec une sensation de courbature qui indique un état d'épuisement général; or, il n'y a rien d'éton-

---

n'y a rien de plus aisé que de rendre une chose légale; c'est de la mettre dans la loi (1).

Sur la seconde question que nous nous sommes posée, celle de savoir si le médecin d'un asile sera en même temps *directeur*, nous avons hésité quelque temps. Pour l'apprécier en connaissance de cause, il faut être renseigné sur le genre et l'étendue de la tâche inhérente à la direction. D'un côté, nous avions craint que cette tâche fût, par sa nature, non pas au-dessus, mais en dehors des capacités de beaucoup d'aliénistes, même très distingués, et que les exigences des soins administratifs ne pussent être pleinement satisfaits qu'au détriment des études scientifiques. D'autre part, nous sommes tellement pénétré de la nécessité qu'il y a de laisser un vaste champ au médecin dans le maniement de toutes les choses du domaine de l'hygiène, physique ou morale, disposition des salles, des cours, des préaux, moyens de traitement, genre d'alimentation, occupations, etc., que nous serions tout prêt à acheter ce grand avantage au prix d'assez sérieux inconvénients.

Tout pesé, il nous a paru que la direction d'un asile de quatre ou cinq cents personnes ne saurait être ni assez difficile, ni assez lourde, pour absorber les jours et l'activité d'un médecin en chef. Il ne faut pas beaucoup de temps à ceux de nos confrères qui se mettent à la tête d'établissements privés, pour arriver à les diriger très habilement jusque dans leurs moindres rouages. On ne doit pas oublier d'ailleurs que, dans les asiles publics, le receveur et l'économe sont des agents jusqu'à un certain point indépendants du directeur, ajoutant à la garantie d'une bonne gestion; et, de plus, que, à côté du directeur, est placée une commission de surveillance se réunissant tous les mois, et pouvant lui servir à la fois de conseil et de frein.

Soyons juste envers l'ordonnance de 1839; elle a fait beaucoup pour l'autorité du médecin d'asile; elle a mis dans ses attributions « tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la

(1) M. Girard avait déjà réclamé en 1848 (*Annales d'hygiène*, t. XL) l'institution d'une sorte d'*École polytechnique* pour l'admission des internes, lesquels seraient dirigés à la suite d'un concours, par ordre de mérite, dans les asiles de province, après avoir fait un stage dans un asile clinique de la capitale.

nant que le diabète étende son action débilitante sur les muscles de la vie végétative, aussi bien que sur ceux de la vie de relation; et, quoique cette opinion ne s'appuie pas sur une démonstration directe, je ne vois point quelle raison pourrait la faire rejeter. Mais, tout en considérant l'atonie du muscle de Bruecke comme la cause la plus commune de la myopie diabétique passagère, je ne l'accepte pas exclusivement, et je pense que l'amblyopie légère glycosurique, parfois due à un trouble purement dynamique de la rétine, est alors l'analogue des amblyopies qui se montrent brusquement à la suite de flux séreux abondants ou d'hémorrhagies considérables, et qui ne s'accompagnent d'aucune espèce d'altération locale. La sécrétion glycosurique, qui atteint quelquefois, en très peu de temps, des proportions considérables, serait ici l'analogue de ces pertes qui épuisent l'organisme. L'appauvrissement consécutif, inévitable, des matériaux solides qui entrent dans la composition normale des milieux transparents de l'œil (*urée*, *chlorure*, *sodium*, Millon), ajouterait encore aux troubles de la vision en changeant la direction normale des rayons visuels qui les traversent. Telles sont, à mon avis, les causes de l'amblyopie légère, que l'on peut ainsi résumer : *atonie musculaire*, *appauvrissement des liquides*, *épuisement de l'économie en général et de la rétine en particulier*. Tous les auteurs n'ont pas accueilli favorablement cette interprétation ; quelques-uns ont cru que c'était au sucre accumulé dans l'humeur aqueuse, ou à l'acidité morbide de ce liquide (Mialhe, *loc. cit.*) qu'on devait attribuer le rôle principal dans la production de cette amblyopie ; mais, pour répondre à ces assertions, il suffit de faire remarquer que les auteurs qui les émettent n'ont jamais produit d'analyses à l'appui de ces vues de l'esprit, et, de plus, que les rares analyses qui ont été faites récemment sur ce sujet, semblent devoir prouver que l'humeur aqueuse conserve dans le diabète son alcalinité normale, et ne contient pas de sucre (Hepp, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1855-1856).

*Amblyopie grave*. — Conduit à rechercher la nature de l'amblyopie diabétique grave, je ne me dissimule pas les difficultés que présente actuellement la solution d'une semblable question. Les examens ophthalmoscopiques n'ont pas toujours fourni le même résultat, et signalent, comme cause de l'amblyopie grave, tantôt l'hémorrhagie rétinienne, ne différant en rien de celle qui survient dans l'amblyopie albuminurique, tantôt l'atrophie rétinienne qui serait, pour la plupart des auteurs, la cause la plus fréquente, sinon l'unique, de cette amblyopie. En présence d'opinions aussi dissemblables, il est nécessaire, pour se prononcer avec quelques chances de raison, d'examiner avec soin l'importance et la valeur des faits à l'occasion desquels elles ont été émises; mais, auparavant, je dirai qu'on courrait risque de se tromper si l'on croyait que toutes les amblyopies diabétiques graves trouvent leur explication dans une altération matérielle de la rétine ou des centres nerveux; il est, ainsi que je l'ai déjà dit, des cas d'amblyopie dont la cause échappe encore à tous nos moyens d'investigation ; ces amblyopies, qui doivent encore être attribuées à un trouble d'innervation et rangées dans les affections essentielles ou dynamiques, paraissent même plus nombreuses dans le diabète que dans l'albuminurie. Elles ne diffèrent des amblyopies passagères qu'en ce qu'elles sont dues à une perturbation sensorielle plus profonde, à une paralysie complète et durable de la rétine.

C'est à Jaeger et à M. Desmarres (*loc. cit.*) que sont dues les observations qui parlent d'hémorrhagies rétiniennes. Les faits peu nombreux qu'ils rapportent ne sont point nettement tranchés ; ils présentent certaines lacunes, et n'ont pas, je crois, toute la valeur qu'ont voulu leur attribuer ces auteurs. Dans celui de Jaeger, en effet, il s'agit d'un malade jeune encore qui, sur la fin du diabète dont il était atteint, présenta, en même temps que des troubles visuels, de l'œdème des jambes et de l'albumine dans l'urine, preuves évidentes que le diabète ici n'était plus simple, mais qu'il s'était compliqué de néphrite albumineuse (Dupuytren, Magendie, Rayer, Cl. Bernard). Or, rien ne démontre que, dans ce cas, les altérations oculaires, constatées à l'ophthalmoscope, aient appartenu au diabète plutôt qu'à la néphrite ; je serais même porté à croire qu'elles étaient plutôt le fait de cette dernière maladie, dont elles sont pour ainsi dire devenues pathognomoniques (Desmarres). Ce qui me confirmerait encore dans cette idée, c'est que, lorsque la néphrite albumineuse apparaît dans le cours d'un diabète, il est prouvé, contrairement à l'opinion de Magendie et Dupuytren, que les symptômes de cette affection se développent librement, priment ceux du diabète, et en précipitent la marche (Rayer).

Au fait de Jaeger j'en ajouterai un qui s'est présenté à mon observation, et qui vient, il me semble, à l'appui de ma manière de voir. Chez un malade diabétique, que je soignais avec mon illustre maître M. Rayer, j'avais constaté, à plusieurs reprises, des troubles visuels passagers qui, s'aggravant sensiblement, *étaient devenus* permanents, et offraient tous les signes rationnels *et physiques* de l'atrophie rétinienne commençante. Peu de *temps avant la mort*, les jambes du malade s'œdématièrent, et à partir de ce moment l'urine devint albumineuse. Les troubles visuels changèrent alors de nature ; le malade accusa des points fixes, des visions lumineuses; les objets lui parurent comme brisés. Dans la rétine, s'étaient manifestées de nombreuses suffusions sanguines, dont l'apparition coïncida avec un léger pissement de sang qui persista plusieurs jours.

Les observations de M. Desmarres offrent, il est vrai, moins de prise à la critique que celle de Jaeger ; on n'y trouve pas mentionnés les signes rationnels de la néphrite albumineuse ; néanmoins, comme ces observations sont fort concises, on ne peut s'empêcher de regretter que l'examen de l'urine n'y soit signalé qu'une seule fois, et l'on doit s'avouer que, pour cela seul, elles n'ont peut-être pas toute la signification qu'on serait, au premier abord, tenté de leur attribuer. Il ne faut point oublier, en effet, avec quel soin on doit, dans certains cas, surtout lorsque préexiste le diabète, rechercher dans l'urine la présence de l'albumine. Ne sait-on pas

---

police médicale et personnelle des aliénés », et a exigé son *agrément* pour l'admission des surveillants, infirmiers et gardiens nommés par le directeur. Mais, de son côté, celui-ci « est exclusivement chargé de pourvoir à tout ce qui concerne le bon ordre et la police de l'établissement » ; c'est lui aussi *qui correspond avec l'administration*. De là des occasions de conflit, plus nombreux qu'on ne le supposerait peut-être, entre les deux *pouvoirs* de l'établissement. L'ordonnance, qui avait senti, comme en témoigne son article 13, les avantages de la réunion des fonctions de directeur et de médecin, et qui laissait au ministre de l'intérieur la faculté d'opérer cette réunion et même de « l'ordonner d'office », avait, non sans raison, regardé comme périlleux de l'établir d'un seul coup dans la totalité des asiles de France. Mais, pour les asiles du département de la Seine, qu'il sera aisé de faire desservir sans exception par des aliénistes expérimentés, la faculté réservée par l'article 13 devrait devenir la règle, et le médecin en chef être toujours chargé de la direction.

A. DECHAMBRE.

PRIX DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — 1° Grand prix (médaille d'or), M. Raynaud ; 2° premier prix (médaille d'argent), M. Mousteu. 3° mention honorable, MM. Dujardin-Beaumetz, Dodeuil.

*Prix Corvisart*. — La question proposée pour l'année 1862 est la suivante : « *De l'influence des diurétiques dans les maladies du cœur*. »

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, MM. Moitessier, Guinier et Pécholier, agrégés en exercice à la Faculté de médecine de Montpellier, ont été autorisés à ouvrir : le premier, un cours de toxicologie ; le deuxième, un cours sur les maladies des enfants, et le troisième un cours de thérapeutique et de matière médicale, dans l'amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de cette ville. (*Montpellier médical*.)

que, parfois elle ne s'y trouve qu'à certaines heures de la journée (Lutton, Gübler)?

Ce qui me rend si difficile à l'égard de ces observations, ce qui me porte à ne point voir dans l'hémorrhagie rétinienne une des altérations du diabète, c'est qu'en parcourant les relations de cas de glycosurie, avec diminution de la vue, on ne rencontre pas les signes rationnels des hémorrhagies de la rétine qui, s'ils avaient existé, n'auraient certainement pas échappé aux médecins, et moins encore aux malades. Dans les observations qui parlent de l'amblyopie albuminurique, et qui ont précédé la découverte de l'ophthalmoscope, il est souvent question de sensations variées, telles que lignes brillantes, éclairs, points fixes, etc...; en lisant ces observations, on reste convaincu qu'il devait exister une hémorrhagie rétinienne. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les observations diabétiques, si l'amaurose était due à cette lésion? Une dernière raison, qui me fait rejeter l'hémorrhagie rétinienne, comme cause de l'amblyopie diabétique, c'est qu'une telle lésion me paraît incompatible avec la nature du diabète. Dans une maladie de longue durée qui, comme la glycosurie, affecte peu à peu l'économie tout entière, on voit apparaître et se succéder des phénomènes nombreux qui modifient diversement les organes, qui en sont le siége, mais qui cependant revêtent tous un cachet qui permet de les rattacher à la maladie dont ils ne sont que les éléments. L'apparition de ces différents troubles, leur cause prochaine trouve une explication rationnelle dans la connaissance de la nature intime de la maladie. Que, lors de néphrite albumineuse avec troubles amblyopiques, on constate que la rétine est le siége de foyers hémorrhagiques plus ou moins nombreux, il n'y a pas lieu d'en être surpris, puisque cette lésion n'est que l'analogue de celles qu'on rencontre concurremment dans d'autres organes. N'est-il point habituel, en effet, d'avoir à combattre, dans le cours d'une néphrite albumineuse aiguë ou chronique, des épistaxis abondantes qui, parfois, entraînent la mort des malades, des métrorrhagies, des hématuries qui, sans être aussi graves, ne sont pas moins inquiétantes. Ces manifestations ont la même raison d'être, et se relient toutes à une seule et même cause, à l'altération profonde que subit le sang, et qui consiste probablement dans une fluidité trop grande, consécutive à la perte de la fibrine; mais, dans le cours du diabète, on n'a point à redouter de semblables hémorrhagies, et l'on ne comprend pas que la rétine soit le seul organe qui puisse devenir le siége d'une telle lésion.

Sans vouloir arguer de faits déjà nombreux cependant, en faveur d'une opinion qui me paraît la plus probable, sans accepter exclusivement, comme cause unique d'amblyopie diabétique, une lésion qui me semble très fréquente, je dirai que, cherchant à se rendre compte des phénomènes morbides qui, chez un diabétique, se passent dans les différents organes; que, constatant partout des signes manifestes d'épuisement, d'absence de vitalité, il est bien naturel de préjuger une solution qu'il appartient à l'avenir de confirmer, et de penser que l'amblyopie glycosurique grave reconnaît le plus ordinairement pour cause matérielle une atrophie générale ou partielle de la rétine et du nerf optique. Cette amblyopie ne serait ainsi qu'une des nombreuses manifestations dont l'ensemble constitue la cachexie diabétique. Que, dans certains cas, cette atrophie rétinienne soit liée à une lésion profonde (de Graef), et qu'elle dépende d'altérations observées dans la paroi du quatrième ventricule (Luys, *Gazette médicale*, 1860), je ne serais pas éloigné de le croire; mais je ne pense pas qu'on soit en droit de généraliser, avec quelques observations, ce mode de production de l'amblyopie. Car, en admettant que l'atrophie rétinienne est toujours due à la dégénérescence des fibres nerveuses, qui, partant du quatrième ventricule cérébral, traversent les tubercules quadrijumeaux et vont ensuite constituer les nerfs optiques, on ne saurait expliquer celle qui existe sans altération du quatrième ventricule, ni comprendre la conservation de la vision et l'intégrité de l'œil avec une altération des plus marquées du quatrième ventricule (Hérard). Aussi me semble-t-il prudent de regarder, jusqu'à nouvel ordre, cette atrophie rétinienne glycosurique comme le plus souvent indépendante des altérations cérébrales.

### DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Bien qu'il ne me vienne point à l'esprit de donner à l'amblyopie diabétique légère une valeur diagnostique trop grande, je ne puis cependant passer sous silence l'importance qu'elle est parfois susceptible d'acquérir, elle peut, dans certains cas de diabète, à marche lente et insidieuse, faire reconnaître cette maladie. Il peut arriver qu'en présence d'un épuisement profond, dont il ne saisit pas la cause, chez un malade qui n'accuse qu'un appétit médiocre et une soif peu intense, le médecin, qui n'a point eu l'idée d'examiner les urines, soit frappé par l'affaiblissement visuel dont se plaint le malade, et que, guidé par cet indice, il reconnaisse le diabète (Bouchardat, *loc. cit.*). Plus tard, la persistance des troubles amblyopiques légers, leur intensité plus grande, donnent la certitude d'une aggravation due, soit au progrès naturel de la maladie, soit à un écart de régime, et coïncidant habituellement avec une sécrétion plus abondante du sucre. Le médecin devra donc redoubler de sévérité, surveiller plus attentivement le régime du malade qu'il soumettra de nouveau à un traitement approprié, si déjà il l'avait abandonné.

Due probablement à des troubles de l'innervation, l'amblyopie légère est toute passagère, et ne doit point par elle-même faire craindre la cécité. Lorsqu'elle existe depuis longtemps, ou s'est montrée à plusieurs reprises, elle doit faire redouter l'apparition de l'amblyopie grave ou de la cataracte.

Lorsque les troubles visuels sont très prononcés ou déjà anciens, on est en droit de diagnostiquer une amblyopie grave et de supposer dans le cerveau (de Graef) ou dans les parties profondes de l'œil la présence des lésions matérielles dont la nature et le siége ne sont point encore parfaitement définis, mais qui, pour moi, résident le plus souvent dans la rétine, et consistent dans l'atrophie de cette membrane.

L'amblyopie légère apparaît au début du diabète; elle n'est d'aucune gravité pour le pronostic de cette maladie. Elle se rencontre même dans ces diabètes passagers et intermittents de cause légère. Elle disparaît pour reparaître de nouveau; elle peut récidiver plusieurs fois et se guérir complétement.

L'amblyopie grave ne se déclare qu'à une période avancée du diabète, dix-huit mois, deux ans après l'apparition de cette maladie. Elle ne se montre que dans les diabètes graves ou confirmés; elle constitue un des signes précurseurs d'une terminaison funeste. Une fois déclarée, elle suit une marche progressive, et, quelle qu'en soit la cause (fonctionnelle ou matérielle), avec le temps elle détermine fatalement la cécité.

Les écarts de régime n'ont point sur l'amblyopie grave une influence aussi rapide et aussi fâcheuse que sur l'amblyopie légère, bien qu'il soit évident qu'ils en précipitent le développement.

### TRAITEMENT.

Les troubles amblyopiques qui surviennent au début du diabète sont parfois si légers qu'ils nécessitent à peine l'intervention du médecin. Il suffit alors d'un régime approprié à la maladie générale pour les faire cesser complétement. On pourrait, toutefois, s'ils étaient trop intenses, conseiller au malade l'usage de verres grossissants.

Lorsque ces troubles se reproduisent pour la troisième ou la quatrième fois; lorsqu'ils sont plus prononcés et qu'ils persistent, malgré le traitement de la maladie, on doit s'attacher à rechercher quelle en peut être la cause et modifier le traitement, suivant la nature des troubles qu'on aura constatés à l'ophthalmoscope (hémorrhagie, atrophie, etc... Mais on ne doit pas oublier, en prescrivant le traitement qu'on dirige habituellement contre ces diverses altérations, qu'il faut tenir grand compte de la maladie constitutionnelle, dont elles ne sont en réalité que des manifestations. On usera de prudence dans l'emploi des moyens mis en usage contre ces affections, lorsqu'elles se montrent en dehors de toute influence générale, et, tout en remplissant les indications qu'elles fournissent, on sera sobre d'émissions sanguines, de révulsifs cutanés ou intestinaux.

Si le diabète s'améliorait ou même se guérissait, on devrait s'efforcer de faire disparaître les traces de ces altérations maintenant stationnaires : on conseillerait des vésicatoires volants aux tempes, à la nuque, derrière les oreilles ; on essayerait enfin de réveiller, au moyen de l'électricité, la sensibilité des parties de la rétine qui n'ont pas matériellement souffert.

CONCLUSIONS.

1° L'amblyopie doit être, à juste titre, regardée comme une des manifestations du diabète.

2° Elle n'affecte pas toujours la même forme : elle est tantôt légère et tantôt grave. Chacune de ces formes est nettement caractérisée par son étiologie, sa symptomatologie et sa terminaison.

3° L'amblyopie légère se rencontre à toutes les périodes du diabète, mais surtout au début. Elle paraît tenir à plusieurs causes réunies (appauvrissement des liquides de l'œil, atonie du muscle de Bruecke, anesthésie incomplète de la rétine). Elle guérit facilement, peut récidiver plusieurs fois, et précède assez souvent l'amblyopie grave.

4° L'amblyopie grave ne se montre qu'à la période ultime du diabète. Due parfois à des troubles dynamiques, elle s'accompagne assez fréquemment de lésions rétiniennes ou cérébrales (de Graef) qui la rendent inguérissable, et se complique quelquefois d'opacité du cristallin.

---

III

## REVUE CLINIQUE.

Application de l'ostéoplastie à la restauration du nez; transplantation du périoste frontal, par le docteur Ollier, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon (note communiquée à l'Académie des sciences, séance du 11 novembre).

En 1858, nous invoquions nos expériences sur la transplantation du périoste pour établir les bases rationnelles de l'ostéoplastie. Nous disions que dorénavant, en taillant des lambeaux doublés de périoste, on ferait développer des os nouveaux, et qu'on réparerait le squelette lui-même. Peu de temps après, nos expériences sur les greffes osseuses nous faisaient proposer, pour arriver au même but final, la dissection et la mobilisation de diverses portions osseuses, afin de soutenir les lambeaux cutanés et de rétablir d'une manière permanente la forme des parties altérées.

La rhinoplastie surtout nous paraissait avoir de précieux auxiliaires dans ces deux modes de la restauration des os : l'*ostéoplastie périostique* (ostéoplastie indirecte), qui doit fournir du tissu osseux par la transplantation du périoste, et l'*ostéoplastie proprement dite ou osseuse* (ostéoplastie directe), par laquelle on refait une charpente osseuse en transplantant du tissu osseux déjà formé.

La restauration de la totalité du nez, condamnée aujourd'hui par un grand nombre de chirurgiens, à cause de la déformation consécutive des nez refaits avec les parties molles seulement, nous paraissait redevenir une opération incontestablement utile et propre à fournir des résultats durables. Les nez refaits avec la peau du front ou des joues, quand ils ne sont pas soutenus par des restes suffisants de l'ancien squelette sont, en effet, condamnés à se rétracter, à diminuer de plus en plus, et à devenir presque aussi repoussants à l'œil que la difformité qu'on voulait réparer. Il leur manque une charpente solide, et cette charpente ne peut leur être fournie par les procédés de l'autoplastie cutanée.

Ayant eu récemment à refaire un nez, nous avons combiné l'ostéoplastie périostique avec l'ostéoplastie osseuse.

Obs. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, scrofuleux, ayant perdu, par suite de syphilis congénitale, la presque totalité de la charpente du nez : le vomer, le cartilage de la cloison, les cornets, une partie des os propres, le gauche surtout. Les parties molles, labourées en tous sens par des cicatrices suite d'ulcérations anciennes, étaient affaissées et disparaissaient en grande partie dans une excavation qui remplaçait la saillie normale du nez. La sous-cloison et les narines étaient heureusement conservées ; mais ces dernières étaient rétrécies, et, au lieu d'être horizontales, elles regardaient en haut.

Pour réparer cette difformité, nous avons d'abord songé à relever ce qui était enfoncé; mais comme la peau était rétractée sur elle-même, sillonnée par des cicatrices dures et inextensibles, et par conséquent insuffisante pour reformer la saillie du nez, nous avons emprunté ce qui nous était nécessaire au front et aux joues. Quant à la charpente qui devait le soutenir, elle nous a été fournie par un lambeau osseux comprenant ce qui restait de l'os propre du nez à droite et une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur du même côté. Nous avons d'autre part disséqué la portion frontale du lambeau cutané jusqu'au périoste inclusivement, c'est-à-dire en comprenant cette membrane dans le lambeau, afin que du tissu osseux se développât plus tard en ce point, et renforçât la charpente du nouvel organe.

La peau qui nous a servi à le modeler formait un lambeau triangulaire unique ayant son sommet au milieu du front et sa base au niveau de l'attache des narines. Ce lambeau a été abaissé sans renversement ni torsion ; sa portion médiane a été repliée sur elle-même dans le sens vertical pour former le dos du nez. Sa base adhérente était nourrie par trois points : au milieu par la sous-cloison qui avait été conservée, et de chaque côté par un large pédicule formé en partie par les ailes de l'ancien nez. Le lambeau osseux dont nous avons parlé a été détaché, mais son extrémité inférieure ou sa base est restée adhérente au reste du squelette par le périoste en dehors, et par le périoste doublé de la muqueuse nasale en dedans. Nous l'avons infléchi en bas et en avant, de manière qu'il formât la pointe du nez. Il a été fixé dans le sillon vertical formé par l'adossement des parties latérales du lambeau cutané. Ces connexions ont parfaitement suffi à sa nutrition ; il a contracté des adhérences et s'est greffé dans sa nouvelle situation. Nous aurions voulu en faire autant de l'autre côté, de manière à avoir deux arcs-boutants se fournissant un mutuel appui, mais la destruction plus avancée de l'os propre du nez à gauche ne nous l'a pas permis. Quant au périoste qui doublait la peau du lambeau emprunté au front, il ne s'est pas ossifié immédiatement ; mais, deux mois et demi après l'opération, au moment où le malade a voulu sortir de l'hôpital, il se durcissait de jour en jour, et offrait déjà une résistance qui ne pouvait être produite que par un plan osseux ou ostéo-fibreux. A cette époque, le lambeau osseux constituait une charpente solide ; il ne cédait pas à la pression ; il avait subi un très léger affaissement vers la quatrième semaine, mais il s'était depuis lors intimement soudé sur la partie correspondante du maxillaire, et par cela même opposé à toute nouvelle déformation. Le nez dépasse de 14 millimètres son point d'attache à la lèvre supérieure ; les narines sont devenues horizontales ; elles sont largement ouvertes, et, au lieu d'une excavation de la région nasale, on a une saillie dont les photographies et les moules que nous avons l'honneur de présenter permettront d'apprécier exactement les proportions.

Les suites de l'opération avaient été très simples ; un moment nous eûmes crainte de l'érysipèle, mais heureusement la réunion des lambeaux cutanés et osseux n'eut pas à souffrir de cette complication. La plaie du front fut réunie par première intention.

Cette observation nous paraît avoir un triple intérêt, en ce qu'elle prouve qu'on peut tailler et faire adhérer des lambeaux osseux comme des lambeaux cutanés, et dénuder les os du crâne de leur périoste sans amener la nécrose. Quant à la production de l'os au niveau du lambeau frontal, on ne peut en préciser le degré ; mais elle paraît en bonne voie, à en juger par la résistance du nez à ce niveau. La réalité de cette production osseuse a, du reste, été démontrée par l'examen microscopique dans le cas où M. Langenbeck (de Berlin) réalisa pour la première fois l'idée que nos expériences nous avaient conduit à proposer. (*Gazette hebdomadaire*, 5 octobre 1860 (1).)

Au procédé que nous avons employé ici par suite de la déviation en bas et en arrière des os propres du nez, nous préférerions pour tous les cas où il serait applicable celui que nous avons proposé ailleurs (27 janvier 1860, *Gazette hebdomadaire*), et qui consiste à se servir de l'orifice accidentel des fosses nasales pour en former l'ouverture du nouveau nez. On abaisse alors la totalité du rebord ostéo-cutané, quelque élevé qu'il soit, après avoir sépar-

(1) Dans cette remarquable observation, on peut suivre la reproduction de l'os grâce à la facilité de soumettre à l'examen microscopique de petits morceaux du lambeau que fournirent les diverses opérations correctrices par lesquelles M. Langenbeck perfectionna son premier résultat. L'examen fait par M. le docteur Dor (de Vevey) trois mois après l'opération, démontra des corpuscules osseux parfaitement caractérisés.

la partie osseuse par un trait de scie parallèle à l'ouverture; ce pont formé par trois couches, la peau en dehors, l'os au centre, la muqueuse en dedans, sera nourri par ses parties latérales; l'arc osseux qu'il renferme fournira un soutien solide aux lambeaux cutanés empruntés au front ou aux joues.

---

# IV

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1861.—PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce la perte que vient de faire l'Académie dans la personne d'un de ses membres, M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*, et donne lecture de la lettre par laquelle le fils du savant naturaliste, M. Albert Geoffroy Saint-Hilaire, fait part de ce douloureux événement.

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui appartenait à l'Académie (section d'anatomie et de physiologie) depuis plus de vingt-huit ans, est décédé le 10 novembre.

CHIRURGIE. — *Application de l'ostéoplastie à la restauration du nez; transplantation du périoste frontal*, par M. *Ollier* (voy. p. 752). (*Comm.:* MM. Flourens, Milne Edwards, Velpeau, Cloquet, Jobert, Bernard, Longet.)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Le tableau des maladies traitées aux eaux de Sermaize (Marne) de 1855 à 1859, par M. le docteur *Ernest Damourette*, inspecteur adjoint. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. La recette d'une poudre désinfectante au coaltar, par M. *Corne* (de Paris). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une observation d'abcès du périnée provenant de cause traumatique, et ayant occasionné un trouble notable des fonctions génitales, par M. le docteur *Demeaux* (de Puy-Lévêque). (*Comm.*: MM. Robin et Gosselin.) — *b*. Une note sur la valériane, par M. *Pierlot*, pharmacien. (*Comm.:* MM. Moquin-Tandon et Chatin.) — *c*. Une note sur le *Diplotaxis muralis*, par M. *Levanu*, pharmacien. (*Comm.:* M. Chatin) — *d*. Un rapport de M. le docteur *Cabrol* sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne pour l'année 1860. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Une note sur l'emploi topique du collodion dans les éruptions de la peau, et en particulier l'érysipèle et la variole, par M. le docteur *Rémy* (de Châtillon-sur-Marne). — *f*. Un rapport de M. le docteur *Kosciakiewicz* sur une épidémie de variole qui a régné en 1860 et 1861 à Rive-de-Gier. (*Commission de vaccine.*) — *g*. Un mémoire de M. le docteur *Lamare-Piquot* (de Honfleur) sur la curabilité de certaines tumeurs cancéreuses du sein. (*Renvoyé à la future commission.*) — *h*. Une note intitulée : *Nouvelle méthode de distillation*, par M. le docteur *Delagrée* (de Fougeray). (*Comm.:* M. Regnault.)

M. *le Président* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*, au nom de l'Académie.

A quatre heures moins un quart, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de la *section d'hygiène et de médecine légale* sur les candidats à la place vacante dans cette section. Sont présentés :

| | | |
|---|---|---|
| En première ligne. . . . . . | MM. | *Vernois* |
| En deuxième ligne . . . . . | | *Boudin;* |
| En troisième ligne . . . . . | | *Bouchut;* |
| En quatrième ligne . . . . . | | *Duchesne;* |
| En cinquième ligne . . . . . | | *Delpech;* |
| En sixième ligne . . . . . . | | *Ménière;* |
| Candidat de l'Académie . . . | | *Réveil.* |

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 15 NOV. 1861. — PRÉSIDENCE DE M. NATALIS GUILLOT.

ANÉVRYSME DE L'AORTE. — EMPOISONNEMENT PAR L'AMMONIAQUE. — MORT SUBITE DANS LA PLEURÉSIE.

M. *Guérard* présente une pièce anatomique. C'est le cœur et l'aorte d'un homme de quarante-sept ans, chez lequel, à la suite d'un effort violent dans l'exercice de sa profession de couvreur, survinrent brusquement une vive douleur sous-sternale, une grande dyspnée, et une impossibilité de travailler qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. On constata tous les signes physiques d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Un traitement approprié, consistant surtout dans l'application permanente de glace sur la région sternale, amena un tel soulagement que le malade demanda sa sortie. Mais bientôt il rentrait à l'hôpital avec les mêmes accidents et les mêmes signes physiques (battements entre le deuxième et le troisième espace intercostal, souffle intense, etc.). Ces signes disparurent momentanément pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, qui vint compliquer l'état du malade, mais ils reparurent à la fin de cette affection intercurrente. Le sujet ne présentait pas d'ailleurs d'autres antécédents rhumatismaux qu'un lumbago. Son état s'aggrava progressivement et il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva sur l'aorte une tumeur considérable ayant déjà contracté des adhérences, d'une part, avec les côtes, de l'autre, avec les poumons. Elle était formée d'une poche anévrysmale principale, avec plusieurs diverticulums assez profonds. Les parois de l'aorte étaient épaissies, présentant par places des plaques cartilagineuses, indices d'une altération des tissus déjà ancienne. Il semble qu'au moment de l'effort qui avait déterminé la formation de l'anévrysme, les tuniques internes se soient éraillées en même temps en plusieurs points. L'endocarde présentait aussi quelques altérations, notamment aux valvules où l'on observait quelques points cartilagineux. Il est remarquable que les signes d'une lésion aussi étendue aient pu disparaître pendant le cours du rhumatisme aigu qui s'était montré dans les derniers temps.

—M. *Potain* lit une note sur un cas d'empoisonnement par l'ammoniaque liquide. Cette espèce d'empoisonnement est assez rare, l'odeur de l'ammoniaque rendrait son emploi impossible aux criminels. C'est ordinairement dans des cas accidentels qu'on l'observe, et alors le liquide caustique, arrêté par les contractions du pharynx, dépasse rarement l'œsophage. Dans le cas récemment observé par M. Potain, il s'agissait d'une tentative de suicide; 100 grammes d'ammoniaque liquide avaient été avalés, et avaient pénétré dans l'estomac. Immédiatement le sujet, pris d'une angoisse atroce, de vomissements violents, et comme fou de douleur, avait été transporté à l'hôpital Necker où on lui avait administré immédiatement une grande quantité de limonade acétique. Le lendemain, M. Potain ne trouva pas, en l'examinant, de grands ravages sur la langue, mais la gorge était brûlée, l'épigastre était le siége d'une vive douleur, qui s'accompagnait de vomissements mêlés de sang, bientôt suivis de selles liquides mêlées aussi de sang diffluent. Le traitement consista en boissons gommeuses, bains, applications de glace, puis de sangsues à l'épigastre, etc. Le malade s'affaiblissait progressivement; le huitième jour, les selles sanguinolentes cessèrent. Au neuvième jour, une éruption érysipélateuse apparut sur les membres, puis sur la face où elle s'accompagna de boursouflement considérable des paupières et de chémosis. La mort survint le onzième jour.

A la nécropsie, on trouva la langue dans un état presque normal, sauf trois petites taches, mais l'œsophage était presque entièrement dépouillé de son épithélium, la muqueuse stomacale présentait une large eschare, enfin une vive injection se montrait dans tout l'intestin. Le foie n'avait rien d'anormal qu'un peu de flaccidité; les poumons étaient congestionnés, gorgés d'un sang diffluent qu'on retrouvait dans les cavités du cœur; les reins, et surtout le rein droit, présentaient une altération remarquable; un ramollissement considérable, avec une coloration blanche de la sub-

stance corticale, pendant que les tubuli étaient vivement injectés. Les bassinets étaient pleins de mucus trouble, dans lequel le microscope faisait reconnaître des détritus de l'épithélium des conduits urinifères. — M. Potain n'a trouvé dans la science que 7 observations d'empoisonnement par l'ammoniaque, dues à MM. Nysten, Paterson, Pellerin, Fonssagrives, Chapelain, Rullier. Dans les trois premières, les accidents se sont bornés aux voies respiratoires; dans les quatre dernières il y a eu pénétration dans les voies digestives, mais dans trois cas, il ne s'agissait que de l'ingestion d'eau sédative; dans le cas de M. Chapelain seulement, comme dans celui de M. Potain, c'était de l'ammoniaque pure, aussi les vomissements et les selles ont-ils été sanguinolents dans ces deux cas. M. Potain attribue ce symptôme à l'action fluidifiante de l'ammoniaque, et rappelle que parmi les divers poisons minéraux, ce ne sont pas les plus caustiques qui déterminent des hémorrhagies, mais ceux qui exercent sur le sang une action dissolvante. L'état diffluent du sang dans le parenchyme pulmonaire et dans les cavités du cœur le prouve dans le cas présent. Orfila, par des expériences sur les animaux a montré que l'ammoniaque s'absorbait, passait dans le sang et dans les urines. L'altération remarquable, que les reins ont offerte ici, semble à M. Potain le résultat d'une néphrite, analogue à celle que déterminent d'autres irritants. M. Reullier avait noté déjà une vive injection de la substance rénale. Si dans d'autres cas, on n'a pas noté de lésions des reins, c'est que ce n'était pas de l'ammoniaque caustique qui avait été ingérée, ou c'est que la mort était survenue trop promptement pour qu'il y eût déjà absorption. L'érysipèle survenu à la fin chez ce malade, tenait sans doute à la constitution médicale régnante, mais l'état général produit par l'empoisonnement en avait aggravé les caractères. En résumé, M. Potain conclut : 1° que l'ammoniaque agit à la fois comme caustique et comme dissolvant du sang : les hémorrhagies sont la conséquence de cette dissolution; 2° l'élimination de l'ammoniaque par la sécrétion urinaire détermine des lésions spéciales des reins.

M. *Simonnet* ne trouve pas le fait assez probant. Dans deux cas d'empoisonnement, légers il est vrai, il n'a vu que des désordres locaux, et l'ammoniaque est promptement éliminée de l'économie. La prolongation des accidents, dans le cas de M. Potain, ne pourrait-elle être attribuée à l'érysipèle?

M. *Potain* répond que cet érysipèle ne s'est montré que le neuvième jour, et que les grands accidents lui paraissent évidemment dus à l'action toxique de l'ammoniaque.

— M. *Blachez* lit à la Société une *Note sur un cas de mort subite dans le cours d'une pleurésie chronique*. L'auteur rappelle que cette terminaison brusque, bien que signalée déjà par MM. Chomel, Grisolle, Oulmont, Tibierge, Aran, constitue cependant un accident assez rare, et qui survient toujours d'une manière inattendue, ordinairement à une période avancée de la maladie.

Dans le cas qu'il a eu l'occasion d'observer, le malade était atteint d'une pleurésie remontant à un mois, mais dont les symptômes n'avaient pas indiqué un état grave. La mort survint brusquement sans cause connue, et dans l'espace de quelques minutes. L'autopsie montra, dans la plèvre droite, quelques vestiges d'une ancienne pleurésie, dans la plèvre gauche, un épanchement assez considérable de sérosité louche, avec des adhérences pseudo-membraneuses. Le poumon était réduit à la moitié de son volume normal. Le péricarde était à l'état normal, ainsi que le tissu du cœur, mais on trouva dans la cavité du ventricule droit un caillot enroulé, sans adhérence avec la peau du cœur, et évidemment exprimé de l'artère pulmonaire, où l'on put suivre son prolongement jusqu'aux troisièmes ramifications de cette artère dans les deux poumons. Aucun caillot ne fut trouvé dans les grosses veines du thorax ou de l'abdomen. On a malheureusement négligé d'examiner celles des membres supérieurs et inférieurs, mais le malade n'avait présenté antérieurement aucun signe d'oblitération vasculaire. La mort paraît due ici évidemment à l'oblitération de l'artère pulmonaire. Analysant les observations de ses devanciers, l'auteur trouve que cet accident fatal a toujours été inattendu. M. Chomel et M. Grisolle ont admis que l'épanchement pleural, en déplaçant le cœur, prédisposait le malade à une syncope mortelle, et la plupart des observateurs ont admis cette explication. M. Blachez demande si cette cause est bien réelle? Si le refoulement a lieu, il devrait y avoir une aggravation progressive des symptômes, tandis que la mort est survenue le plus souvent inopinément. D'ailleurs le déplacement du cœur, phénomène facile à constater, n'a pas été noté dans la plupart des cas. La mort subite ne doit-elle pas être plutôt attribuée à une embolie? L'examen des veines dans le cas présent n'a pas permis de trouver le point de départ du caillot, mais Virchow admet qu'il peut se former uniquement dans l'appareil pulmonaire. M. Pagett a proposé une autre explication : les artères pulmonaires ne présentant presque pas d'anastomoses, si ce n'est à leurs extrémités périphériques, le moindre obstacle à la circulation périphérique du poumon peut occasionner l'arrêt du sang dans les gros troncs.

Dans le cas actuel, les fausses membranes qui enveloppaient le poumon, et le caillot qui avait reculé du tronc de l'artère pulmonaire dans le ventricule droit, viendraient à l'appui de cette manière de voir.

Dr E. ISAMBERT.

---

### Société de chirurgie.

SÉANCES DES 13 ET 20 NOVEMBRE 1861.

PALATOPLASTIE. — KÉLOTOMIE DANS LES HERNIES OMBILICALES. — DÉFORMATIONS DES PIEDS DES CHINOISES.

Une communication de M. Sédillot, relative à un procédé particulier de palatoplastie, avait été omise dans le *dernier compte* rendu. Nous tenons à réparer cette omission. Ce *procédé*, que le professeur de Strasbourg appelle *par dédoublement et migration du lambeau*, n'est applicable qu'aux petites perforations. Il consiste à inciser obliquement le pourtour de la perforation et à attendre. Il se fait alors, par la cicatrisation, une *sorte de* mouvement d'appel vers le centre de l'ouverture, et l'on peut favoriser ce retrait à l'aide des cautérisations que M. J. Cloquet a préconisées. Si cette simple incision oblique du centre vers la circonférence ne suffit pas, M. Sédillot fait de chaque côté une incision allant jusqu'à l'os, et, avec un stylet ou une spatule, décolle les lambeaux, les repousse vers le centre et les abandonne. Pendant quelques jours, il s'oppose à la cicatrisation des plaies latérales. En même temps la cicatrice du centre se resserre, et la perforation se bouche complétement.

M. Sédillot, comme on voit, ne fait pas de suture. Ce traitement, qu'il a employé deux fois avec succès, est d'une grande simplicité. Il n'a qu'un inconvénient, celui de durer parfois assez longtemps. La durée la plus longue a été de trois mois.

M. *Velpeau* a opéré plusieurs malades, et le premier, il y a plus de vingt ans, par un procédé anaplastique à peu près semblable à celui de M. Sédillot. Dans deux cas, il fit deux incisions circonscrivant la perforation; dans une autre circonstance, il se borna à aviver le pourtour de l'ouverture; la guérison fut toujours obtenue sans qu'aucune suture ait été nécessaire. M. Velpeau cautérisait souvent pour faciliter le travail de retrait et d'appel de la cicatrice.

— M. *Huguier* rappelle d'abord en quelques mots le fait à l'occasion duquel il avait provoqué une discussion sur la kélotomie dans les hernies ombilicales.

Une femme âgée de soixante-neuf ans avait une tumeur ovarique gauche, très probablement cancéreuse, et en même temps une hernie ombilicale. Une ascite étant survenue, le liquide, en refoulant l'intestin, réduisit la hernie et pénétra à sa place dans le sac, qui devint dès lors transparent comme une hydrocèle. M. Huguier fit la paracentèse, et, trois jours après l'opération, la hernie se reproduisit tout à coup et s'étrangla. La tumeur était énormément distendue, la peau d'un rouge violacé, la gangrène enfin tout à fait imminente, lorsque M. Huguier revit la malade. Il recula devant une opération, et son abstention fut appuyée par M. Gosselin, à qui

les kélotomies, dans des cas analogues, n'avaient jamais réussi. On laissa donc aller les choses; l'intestin se gangrena, et il en résulta un anus contre nature; mais la malade se rétablit des accidents de sa hernie.

Ce fait, joint à ceux qu'il avait déjà observés, et rapproché de la terminaison presque constamment mortelle des kélotomies dirigées contre l'étranglement dans ces hernies, avait fait penser à M. Huguier qu'il fallait proscrire cette opération dans l'immense majorité des cas. M. Goyrand (d'Aix) a émis une opinion beaucoup plus favorable à la kélotomie, et, à l'appui de cette opinion, il a communiqué à la Société trois observations relatives à trois kélotomies faites avec succès. Ces faits heureux n'ont pas modifié les convictions de M. Huguier, car il les considère comme aussi extraordinaires qu'ils sont heureux. Du reste, il leur oppose sept insuccès de sa pratique personnelle, et ces sept insuccès ont été observés à des intervalles trop éloignés les uns des autres pour qu'on puisse les attribuer à ce qu'on appelle une *série malheureuse*. Le précepte invoqué par M. Goyrand : *Melius anceps*, etc , n'est acceptable qu'à la condition que le remède soit seulement *douteux*, et qu'il ne soit pas pire que le mal. Or, dans ce cas, M. Huguier est d'avis qu'il vaut mieux laisser se former un anus contre nature que de pratiquer une opération qui se termine presque inévitablement par la mort. Toutes les malades que M. Huguier a vu opérer par Dupuytren, Richerand et Gerdy, sont mortes. M. Gosselin a opéré quatre malades et les a perdues toutes. M. Demarquay n'a pas été plus heureux dans un nombre égal de cas. MM. Guersant, Giraldès et Deguise, ont fait chacun deux opérations, et ont eu chacun deux morts. MM. Bauchet et Morel-Lavallée ont vu faire chacun une opération, et ni l'une ni l'autre n'ont été plus heureuses que les précédentes. Le principe de l'abstention se trouve, au contraire, justifié par deux observations, l'une de M. Boinet et l'autre de M. Broca, qui ont vu tous deux la guérison obtenue sans opération.

Il n'est donc pas douteux, ainsi que l'a dit M. Huguier, que la kélotomie offre dans ces circonstances une gravité toute particulière. A quoi tient cette gravité? Boyer l'attribue à l'intensité plus grande des symptômes de l'étranglement, à la gangrène plus rapide de l'intestin dans les hernies ombilicales, à l'époque souvent trop tardive à laquelle on se décide à opérer. M. Velpeau signale comme constituant des conditions défavorables les rapports que les hernies ombilicales affectent avec l'estomac et le diaphragme; la difficulté pour le pus de couler librement au dehors, et la facilité avec laquelle il tombe dans le péritoine.

M. Huguier a analysé d'une façon plus précise et plus complète les causes de la gravité de l'étranglement et de l'opération dans les hernies ombilicales. Ces causes se trouvent dans quelques conditions anatomiques spéciales ; telles sont :

1° L'étroitesse de l'ouverture abdominale et son peu de dilatabilité, qui facilitent la gangrène.

2° La disposition de la hernie en forme de champignon, qui la rend difficilement réductible.

3° Le peu d'épaisseur des enveloppes. Il résulte de cette condition que les efforts de réduction parfois très violents auxquels on se livre agissent presque immédiatement sur l'épiploon ou sur l'intestin, et que dans la kélotomie on est exposé à blesser l'intestin en incisant l'enveloppe cutanée souvent amincie.

4° L'absence presque constante de sérosité dans le sac, qui s'ajoute au peu d'épaisseur des enveloppes pour rendre plus dangereuses les pressions nécessitées par le taxis, et plus facile la lésion de l'intestin.

5° Le volume considérable de la tumeur, d'où une tension telle des enveloppes qu'il est arrivé que l'intestin a fait hernie à travers l'incision cutanée. Cet accident est arrivé deux fois à M. Huguier. Une première fois il a éprouvé les plus grandes difficultés pour faire rentrer l'intestin dans le sac, et ensuite dans l'abdomen. Une seconde fois il était sorti à travers la peau une si grande portion d'intestin que la hernie une fois réintroduite avec la plus grande peine dans le sac ne put être ensuite repoussée dans l'abdomen. En un mot, l'opération resta inachevée. Le même malheur était arrivé à Boyer.

6° Le voisinage de la cavité péritonéale. Les hernies ombilicales ne sont pas, en effet, comme les hernies inguinales et même comme les hernies crurales, munies d'une sorte de goulot qui les éloigne de la cavité abdominale. Pour débrider l'ouverture des hernies ombilicales, il faut inciser le péritoine abdominal.

7° La présence constante de l'épiploon au-devant de l'intestin, d'où la nécessité, après l'opération, de faire rentrer dans l'abdomen un épiploon blessé et saignant.

8° La situation défavorable de la plaie extérieure, qui expose le sang, le pus et les détritus épiploïques à tomber dans le ventre.

M. Huguier fait observer que le sang introduit dans la cavité du péritoine n'y est pas aussi inoffensif qu'on le croit, même quand il y est en très petite quantité. Sans être aussi irritant que la bile ou l'urine, le sang peut très bien déterminer une péritonite, et pour cela quelques gouttes suffisent, ainsi qu'on le voit dans certains cas où des déchirures presque imperceptibles du foie ou de la rate amènent une péritonite mortelle. Or, si ce n'est pendant c'est après l'opération qu'il s'écoule nécessairement un peu de sang dans l'abdomen. Même dans les opérations où l'on est le plus à son aise pour arrêter les hémorrhagies et ne refermer la plaie qu'après la disparition de tout écoulement sanguin, dans les amputations du sein par exemple, que de fois un suintement sanguin postérieur à la réunion n'empêche-t-il pas celle-ci de se maintenir? Un suintement semblable s'ajoute certainement à tous les dangers de la kélotomie.

De toutes ces considérations, il résulte pour M. Huguier que la kélotomie ne doit être pratiquée que dans les hernies ombilicales petites, récentes, et antérieurement réductibles. Dans tous les autres cas, il faut s'abstenir.

— Dans la séance suivante, M. *Legendre* a adressé à la Société une note contenant le résumé de trois opérations de kélotomie ombilicale pratiquées par Ph. Boyer.

La première a été faite sur un homme de soixante et dix ans dont la tumeur avait été ponctionnée en ville. Après quatre jours d'accidents, le débridement fut fait à l'hôpital, et le malade mourut.

La seconde opération a été subie par une femme de cinquante-neuf ans atteinte depuis l'âge de trente-neuf ans d'une hernie ombilicale qui n'avait jamais été maintenue par un bandage. L'étranglement datait de quatre jours. La hernie comprenait en même temps que de l'épiploon 15 centimètres d'intestin. 40 grammes d'épiploon furent enlevés, neuf ligatures appliquées, et la malade guérit.

La troisième opération fut faite après deux jours d'étranglement sur une femme de cinquante-cinq ans qui avait sa hernie depuis l'âge de trente-cinq ans, et avait toujours porté un bandage. La tumeur renfermait l'arc transverse du côlon et de l'épiploon, dont 46 grammes furent retranchés. On fit six ligatures. La malade guérit.

— M. *Fuzier*, médecin-major de l'un des régiments envoyés en Chine, a rapporté de son expédition le squelette de deux pieds qui présentent dans toute leur perfection les déformations et l'exiguïté que les Chinoises s'efforcent d'obtenir. Dès qu'une petite fille a trois ou quatre ans, on lui comprime les pieds avec des bandes disposées de façon à fléchir les orteils et les métatarsiens, et à abaisser l'extrémité postérieure du calcanéum. C'est par le rapprochement du talon et des orteils, et par l'exagération extrême de la concavité plantaire, que s'obtient la diminution de longueur des pieds. Ceux qui ont été présentés par M. Fuzier, et qui avaient appartenu à une femme adulte, ne paraissaient pas avoir plus de 12 à 15 centimètres de longueur. Le calcanéum devient vertical, et c'est par son extrémité postérieure qu'il repose sur le sol. Les os de la seconde rangée du tarse sont, par rapport à ceux de la première, dans un état de subluxation. Parfois même on les a énucléés, pour arriver à une beauté plus parfaite.

Les femmes d'origine tartare et celles qui se livrent aux travaux des champs sont les seules qui ne soumettent pas leurs pieds à la compression.

Les inconvénients d'un pareil usage sont nombreux. La carie et

la nécrose des os du pied sont des accidents communs chez les Chinoises. Ce n'est pas seulement le pied et la jambe qui s'atrophient (les tibias que nous avons vus étaient remarquables par leur gracilité); mais le développement du corps tout entier souffre du repos auquel les filles sont condamnées dans leur jeune âge. La marche reste toujours pénible; les femmes ont l'air de marcher sur des échasses, et elles sont fréquemment exposées aux entorses. Ce n'est pas la nécessité pour les femmes d'une vie sédentaire qui sert beaucoup la moralité, et cette vie est une cause puissante de chlorose et de lymphatisme.

Dr P. CHATILLON.

---

V

## REVUE DES JOURNAUX.

**Sur un nouveau remède contre les vomissements de la grossesse**, par le docteur CANADAY.

D'après les résultats de son expérience personnelle, d'après les succès qu'il a obtenus chez des malades dont les vomissements avaient résisté à tous les moyens usités en pareil cas, l'auteur regarde la préparation suivante comme le remède le plus efficace contre les nausées et les vomissements des premiers mois de la grossesse : on fait une décoction aqueuse concentrée avec parties égales d'écorces de cornouiller de marais (*cornus sericia*) et de racine d'igname sauvage (*dioscorea villosa*). Cette décoction est administrée froide à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche toutes les trois ou quatre heures.

Le rédacteur du journal rappelle à ce propos qu'il a obtenu luimême des succès très marqués avec l'infusion de fleurs de la dauphinelle commune des jardins. (*The Medical and Surgical Reporter*, octobre 1861.)

**Du rôle de l'angine dans certaines épidémies de scarlatine**, par M. le docteur R. FALOT.

M. Falot a observé, pendant l'automne et l'hiver 1858-1859, une épidémie de scarlatine très intéressante au point de vue de l'angine scarlatineuse. Les faits qu'il a constatés donnent une fois de plus raison à Stoll et à P. Frank en prouvant que l'angine peut être la seule manifestation tégumentaire de la scarlatine, dans des cas où les malades ont été soumis à une observation attentive et suivie, où il n'y a pas eu de desquamation, et où par conséquent on n'est pas en droit de supposer que l'éruption a seulement passé inaperçue. L'épidémie observée par M. Falot est d'ailleurs remarquable par l'intensité que l'angine a revêtue dans la plupart des cas. Les traits principaux de l'épidémie étaient à peu près les suivants :

L'invasion a été marquée par de la lassitude, des douleurs dans le dos et dans les membres, des frissons, de la céphalalgie, de la sécheresse, de la chaleur et du prurit à la peau. Le pouls a été vif et fréquent, et s'est toujours assez bien soutenu, même dans les cas graves. Il y a eu de la toux gutturale et quinteuse, sans que l'état de la poitrine ait rien offert de particulier; souvent augmentation du volume des ganglions sous-maxillaires, douloureux au point d'empêcher tout examen local. Quand celui-ci a été possible, on a constaté plus ou moins d'hypertrophie tonsillaire; quelquefois une seule amygdale était engorgée, et la luette, allongée et œdémateuse, se trouvait déviée du côté opposé.

Le fond de la gorge, d'un rouge cramoisi, était tapissé par plus d'une matière jaunâtre; plus tard c'étaient des ulcérations disséminées sur la partie postérieure des lèvres, interne des joues, le voile du palais et ses piliers, les amygdales. La langue, très rouge à la pointe et sur les bords, a été ordinairement recouverte d'un enduit jaunâtre; quelquefois, dépouillée çà et là de son épithélium, elle était d'un rouge de feu. Ses bords ont été aussi le siége de petits aphthes lenticulaires.

L'angine, qui s'accompagna plusieurs fois de la production et de l'expulsion d'exsudations diphthériques, s'accompagnait d'a... de troubles fonctionnels proportionnés à sa violence (déglut... pénible, contraction spasmodique du pharynx, anxiété, gêne : respiration).

En somme, l'angine a été le symptôme le plus constant. El... jamais fait défaut, tandis que l'éruption a souvent manqué. L... que celle-ci s'est montrée, elle a été peu considérable et a dis... du jour au lendemain, toujours avant le troisième jour de existence. La desquamation s'est ressentie de l'irrégularité l'exanthème. Elle n'a pas eu de période fixe, rarement elle s... faite par larges plaques.

Ce qui démontre en somme de la manière la plus évidente... les angines dont il s'agit étaient des scarlatines, c'est que l'ana... que consécutive s'est montrée indifféremment chez les malades ... teints d'exanthème et chez ceux qui n'en ont pas eu (*Montp. médical*, juillet 1861).

**Des accidents produits par le kirsch pris à hautes doses**, par M. le docteur GAUDON.

Le kirsch ou eau de cerise était, il y a quelques années, ... produit qui nous venait presque uniquemennt des pays qui avoisinent la forêt Noire; mais sa fabrication, comme le démontre ... mémoire présenté par M. Gaudon au conseil d'hygiène du Blanc, département de l'Indre, s'est aussi étendue dans le Berri. Le kirsch, comme on le sait, doit en grande partie le goût particulier qui le distingue à des quantités variables d'acide cyanhydrique qu'il renferme. La science possède un certain nombre d'exemples d'empoisonnements produits par son ingestion à hautes doses. Cet accident s'est montré plusieurs fois dans quelques cantons du département de l'Indre, et c'est sur ces faits que M. Gaudon appelle l'attention du conseil d'hygiène.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de trente ans qui, pour combattre un refroidissement, prit à une demi-heure d'intervalle plusieurs verres de kirsch, et fut pris tout à coup de paraplégie avec incontinence d'urine et des matières fécales, fièvre intense; puis survinrent des mouvements ataxiques, des vomissements verdâtres, une teinte ardoisée de tout le corps, et le malade succomba le huitième jour après l'apparition des accidents.

Le deuxième malade mourut également le huitième jour, après avoir présenté des symptômes analogues à la suite de l'ingestion d'une forte dose de kirsch.

Le troisième fait manque de détails; il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui mourut cinq heures après l'apparition des accidents. (*Gazette médicale*, 1861, p. 603.)

**Sur une hallucination du toucher particulière aux amputés.**

La persistance de diverses sensations dans les parties d'un membre retranchées par une amputation est un fait fréquent et bien connu de tous les chirurgiens. Dans une note lue à la Société de biologie, M. Guéniot signale une nouvelle espèce d'hallucination consistant en une sensation de retrait progressif éprouvée par le malade, sensation qui produit en lui l'illusion d'un rapprochement graduel de la main ou du pied près de la plaie d'amputation.

OBS. I. — Femme de vingt-sept ans, ayant subi la désarticulation de l'épaule. Quelques jours après, tandis que le bras et l'avant-bras n'étaient que très vaguement perçus par la malade, la main tout entière continua à être nettement sentie et se rapprochant de l'épaule, jusqu'à ce qu'enfin elle parût soudée par son extrémité anti-brachiale au moignon lui-même. La sensation cessa après la cicatrisation de la plaie.

OBS. II. — Jeune homme de seize ans, amputé du bras pour une tumeur blanche du coude. Le malade continuait à sentir la main du côté amputé, et quand il voulait la saisir, il portait l'autre main à une faible distance du moignon. Plus tard, elle lui parut soudée à la plaie.

OBS. III. — Homme de trente-cinq ans; les mêmes illusions se produisirent pour le pied qui, de plus, paraissait rapetissé dans toutes ses parties et avoir le volume de celui d'un enfant. (*Gazette médicale*, 1861. p. 636.)

**Coxalgie. — Traitement par l'immobilité unie à l'extension**, par M. Post.

L'Académie de médecine du Pacifique s'est occupée, il y a quelques mois, de la question de la coxalgie, et le n° 7 du San-Francisco Medical Press nous donne le résumé des idées professées sur ce sujet par le docteur Post. Nous y trouvons mentionné l'usage d'un appareil qui nous paraît susceptible de pouvoir rendre quelques services.

Une difficulté se présente toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une coxalgie présentant des tendances à la luxation spontanée. D'une part, l'immobilité est indispensable, car c'est encore le meilleur moyen à opposer à la marche envahissante de l'affection. Mais la coxalgie se rencontre presque toujours chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux, dont il serait important avant tout de modifier la constitution, modification qu'on ne peut obtenir que par l'exercice en plein air, au soleil, tandis que le repos du lit aggrave la débilité d'une constitution déjà détériorée. On se trouve donc enfermé dans un cercle vicieux; car d'une part, pour traiter l'affection locale, il faut le repos du lit; de l'autre, pour combattre l'état général, il faudrait de l'exercice.

M. Post a cru pouvoir concilier ces deux indications si différentes en appliquant aux coxalgiques un appareil à extension qui, ne dépassant guère le niveau du genou, assure l'immobilité de l'articulation et permet la marche avec des béquilles.

Cependant nous ne comprenons pas très bien comment, avec un appareil qui maintient *fixement* le membre dans l'extension, le malade peut parvenir, si besoin est, à s'asseoir. Quoi qu'il en soit, voilà la description du bandage telle que le donne M. Post.

On prend en plâtre une empreinte circulaire de la hanche, à partir de 2 à 3 centimètres au-dessus du grand trochanter jusqu'à 6 centimètres au-dessus de la crête iliaque. Sur le moule, on modèle une plaque de fer-blanc qui, après avoir été garnie de peau, doit se modeler exactement sur toutes les saillies et les dépressions de la hanche. On soude à cette plaque une lame solide de fer-blanc de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur, dont le grand diamètre doit être parallèle à la cuisse, à la face externe de laquelle elle répond. Une tige de même métal, de 2 centimètres et demi de diamètre, vient de s'attacher sur cette lame verticale, et cette espèce d'attelle métallique vient se terminer à 10 centimètres au-dessous du genou.

Voici comment s'applique l'appareil : La ceinture, garnie de peau et de courroies de cuir, est serrée autour du bassin. Une courroie faisant la contre-extension à la manière ordinaire vient s'attacher sur elle. L'extrémité inférieure de l'attelle est percée au-dessous du genou d'une ouverture à travers laquelle viennent passer et s'attacher les liens extenseurs fixés au-dessus du genou.

Le malade peut se lever avec cet appareil, qui doit demeurer des mois et même quelquefois une année en place; il reste appliqué jour et nuit. M. Post l'a vu presque toujours supporter facilement; les malades, aussitôt après son application, se trouvaient soulagés, et la guérison par ce moyen a été la règle. « Cependant, dit M. Post, nous avons dû quelquefois avoir recours à la résection des os malades, avec un résultat toujours favorable, et plus nous avons recours à la résection, moins nous la redoutons et plus nous comptons avec confiance sur le succès de cette opération. » (*The San-Francisco Medical Press*, 1861, p. 145.)

**Amputation tibio-tarsienne d'après le procédé de Pirogoff**; par M. le docteur Cornaz, de Neuchâtel (Suisse).

Lorsqu'une lésion traumatique ou une affection grave des os compromet la presque totalité des os du pied et engage le chirurgien à recourir à une amputation, une grave question se présente aussitôt : à quelle opération faut-il donner la préférence? L'amputation de Chopart, à cause de ses fâcheux résultats sous le rapport de la déambulation, est presque universellement rejetée aujourd'hui; la sus-malléolaire, qui nécessite des appareils prothétiques bien faits, dispendieux, souvent incommodes, est peu applicable aux malades de la classe ouvrière. L'amputation au lieu d'élection a contre elle une mortalité plus grande que celle qui suit les précédentes. Syme a cherché à permettre l'amputation dans l'extrémité malléolaire, et son procédé est le plus généralement suivi en Angleterre, mais il laisse après lui un certain degré de raccourcissement et une base de sustentation qui laisse à désirer, puisque le lambeau est en partie formé par la peau de la partie postérieure du talon. M. Malgaigne, en inventant l'amputation sous-astragalienne, a rendu un grand service à la chirurgie et aux malades; car avec son procédé, modifié par M. Verneuil, la déambulation est facile, comme nous avons pu le constater plusieurs fois. Mais que faut-il faire quand l'astragale est malade, et que, seul des os du pied, le calcanéum est sain? Un chirurgien russe, M. Pirogoff, pratiqua, en 1852, une nouvelle et remarquable opération, répétée plusieurs fois depuis par l'auteur et un assez grand nombre de chirurgiens anglais, allemands et américains. M. Sédillot la fit connaître en France en 1855. Cette opération ostéoplastique consiste à enlever tous les os du pied, sauf la partie du calcanéum à laquelle s'insère le tendon d'Achille, à scier cet os verticalement, puis à reséquer l'extrémité malléolaire et articulaire du tibia et du péroné, et, par un mouvement de bascule, à amener au contact les surfaces osseuses avivées du tibia et du calcanéum qu'un cal vient entièrement souder l'un à l'autre. Nous n'avons pas une expérience personnelle des résultats de cette opération ; la base de sustentation du côté de la peau, est formée par la partie postérieure du calcanéum, ce qui peut faire craindre des douleurs et des ulcérations. L'opération sous-astragalienne nous paraît préférable ; mais dans les cas où le calcanéum seul peut être conservé, le procédé de Pirogoff pourrait sans doute être préféré à l'amputation de Syme, J. Roux, et à la sus-malléolaire. M. Cornaz, chirurgien en chef de l'hôpital de Neuchâtel, a présenté à la Société médicale de Lausanne, un malade auquel il a pratiqué l'opération de Pirogoff. Son observation nous paraît digne d'être rapportée.

Un homme de vingt-neuf ans reçut, le 26 novembre 1859, un coup de feu qui lui fracassa tous les os du pied gauche, à l'exception du calcanéum et de l'astragale. Le soir même, M. Cornaz lui pratiqua l'opération suivante : « une première incision partit du bord antérieur de la malléole externe, se dirigea sous la plante du pied; en bas et un peu en avant, et vint s'arrêter au point similaire de la malléole externe, incisant sur cette ligne toutes les parties molles jusqu'au calcanéum. Une seconde incision à convexité antérieure réunit les deux extrémités de la première. Je pénétrai alors dans l'articulation, et, après avoir coupé les ligaments latéraux, je désarticulai la tête de l'astragale. Une scie à amputation fut appliquée en arrière de la tête de cet os, et le calcanéum scié obliquement de haut en bas, et un peu d'arrière en avant.

Les autres os du pied ayant été ainsi enlevés, les deux condyles et les surfaces articulaires du tibia et du péroné furent enlevés par un second trait de scie.

Le lambeau formé par le talon fut ensuite relevé de manière que la partie conservée du calcanéum vint appliquer son point de section immédiatement contre les surfaces sciées du tibia et du péroné, et les bords de la plaie furent réunis par quelques points de suture.....

La suppuration dura assez longtemps. Le 2 février, le malade put se lever..... Après avoir marché pour la première fois sans bâton, et cela d'une manière satisfaisante, le 30 mars (quatre mois après l'opération), le moignon chaussé d'un soulier circulaire, et après avoir été présenté à la Société de Neuchâtel, le malade nous quitta le 5 avril, marchant sans canne, et présentant un raccourcissement de 2 centimètres 1/2 tout au plus.

Je le rencontrai en décembre 1860, il aidait sa sœur à effectuer un déménagement sans se servir de canne pour porter les paquets en montant les escaliers. (*Écho médical suisse*, 10 septembre 1861.)

---

# VI

# BIBLIOGRAPHIE.

**Éléments de botanique médicale** par M. Moquin-Tandon, 1 vol. in-18. — Chez J.-B. Baillière et fils. 1861.

Le nombre des ouvrages qui s'occupent des végétaux usités en médecine est tel, qu'il serait difficile de les énumérer tous, même en faisant abstraction de ceux qui, comme les traités des anciens,

ne sont que d'immenses et indigestes compilations. Dans ces dernières années, les auteurs, comprenant ce qu'il y avait de fâcheux pour l'étude des plantes médicales elles-mêmes, dans cette accumulation irraisonnée de plantes et de vertus spéciales à chacune d'elles, ont cherché à nettoyer ces écuries d'Augias, et, laissant de côté la multitude des végétaux aux vertus douteuses et nulles, se sont astreints à ne traiter uniquement que de ceux véritablement utiles, véritablement médicaux. Parmi ces auteurs, nous pouvons nous féliciter de voir figurer au premier rang, un de nos professeurs, un véritable descendant des bénédictins, qui a plus que tout autre contribué à élucider l'histoire, encore si obscure dans beaucoup de cas, de la matière médicale, nous avons nommé M. Guibourt. Mais, si cet ouvrage doit figurer avec honneur dans la bibliothèque, non-seulement de tout pharmacien, mais même du médecin désireux d'être au courant de tout ce qui a rapport à la matière médicale, l'étendue même des descriptions dans lesquelles ce savant auteur a dû entrer, le rend moins commode pour l'usage des étudiants en médecine, qui, d'ailleurs, peuvent trouver dans les traités spéciaux de botanique, les caractères phytographiques de toutes les familles, ainsi que des genres et des espèces. D'autre part, le pharmacien, auquel cet ouvrage est spécialement destiné, étant obligé de connaître un certain nombre de plantes, peu usitées, mais cependant employées encore quelquefois, l'auteur de l'*Histoire naturelle des drogues simples*, a dû faire figurer ces végétaux dans son savant ouvrage. Se plaçant à un autre point de vue, désireux de mettre entre les mains des élèves un manuel qui pût les guider dans la préparation des examens, et entre celles des médecins, un résumé qui leur donnât cependant les indications principales qu'ils auraient besoin de rappeler à leur mémoire, M. Moquin-Tandon dans les *Éléments de botanique médicale*, dont nous sommes chargé de rendre compte ici, a dû laisser de côté tous ces végétaux peu usités et dont la connaissance est moins utile que celle des végétaux essentiels à la médecine. Disons cependant tout de suite que nous eussions voulu voir le savant professeur écarter un plus grand nombre encore de ces substances et entrer dans quelques détails plus circonstanciés pour certains produits de la matière médicale, dont l'importance nous semble mériter une place plus large que celle qui leur a été accordée dans l'ouvrage.

Le plan suivi par M. Moquin-Tandon diffère notablement de celui auquel s'étaient arrêtés ses prédécesseurs. En effet, dans la plupart des traités de matière médicale, les végétaux sont classés d'après l'ordre des familles, ou d'après celui des propriétés qu'ils présentent. Le savant professeur a préféré se baser sur la considération des origines, et traiter ensemble toutes les racines, les tiges, les feuilles, les sucs, etc. Sans contredit, l'ordre des *Éléments de botanique médicale* donne une grande facilité pour l'étude et pour les recherches, mais il nous semble moins rationnel que celui qui se base sur les analogies de propriétés thérapeutiques, et il nous paraît que, dans un ouvrage destiné à des médecins, c'est-à-dire à des personnes qui doivent ordonner des médicaments, on n'a jamais à craindre de faire un peu de thérapeutique, et que tous les élèves tireront toujours plus d'avantage d'un traité fait dans un esprit médical que d'un livre dont les divisions seront basées sur les différences botaniques des diverses substances. Nous savons bien que le savant auteur des *Éléments de botanique médicale* a voulu faire un traité exclusivement de botanique appliquée à la médecine, et n'empiéter aucunement sur la spécialité du professeur de thérapeutique; mais nous n'en persistons cependant pas moins dans la préférence que nous donnons à un ordre basé d'après les propriétés thérapeutiques.

Après avoir exposé, sur l'organisation des végétaux, quelques détails qui donnent brièvement aux élèves toutes les connaissances qui leur sont nécessaires pour faire fructueusement l'étude des diverses substances employées dans la matière médicale, M. Moquin-Tandon entre dans l'étude spéciale de la botanique médicale. Dans un premier livre, il s'occupe des végétaux, de leurs organes ou de leurs produits employés en médecine : il y expose successivement, en termes précis les caractères, d'abord des végétaux employés en entier, tels que le lichen d'Islande, la pariétaire, la fumeterre, puis des racines, telles que celles de l'ipécacuanha, de la salsepareille ; puis vient successivement l'histoire des tubercules, des bulbes, des tiges, sommités, des feuilles, des fleurs, des fruits, etc. Après avoir donné la description de la plante et indiqué sommairement ses usages et propriétés, M. Moquin-Tandon fait connaître les succédanés que l'on peut leur substituer, et insiste tout particulièrement sur les végétaux indigènes qui pourraient être employés avec avantage pour remplacer les espèces exotiques.

Nous ne saurions trop louer le soin tout particulier que prend M. Moquin-Tandon à insister sur les bons emplois que l'on pourrait tirer des végétaux indigènes, trop délaissés pour un certain nombre de plantes exotiques qui ont surtout de la valeur parce qu'elles viennent de loin. Après s'être occupé spécialement des végétaux utiles, et dont l'importance n'est contestée par personne, le savant professeur prend soin d'énumérer les espèces peu usitées et celles qui sont d'un emploi très incertain.

Dans un second livre, l'auteur des *Éléments de botanique médicale* s'occupe des parties végétales qui sont employées en thérapeutique, et suit, dans leur histoire, un ordre analogue à celui du livre précédent. Nous apprécions ici surtout le plan qui rentre dans le cadre, que nous eussions désiré voir suivre dans tout l'ouvrage, car la majeure partie des produits sont rangés de telle sorte que ceux de vertus analogues sont étudiés successivement.

Dans le troisième livre, M. Moquin-Tandon s'occupe de l'*histoire* des végétaux vénéneux ou *toxicophytes*, dont l'étude offre un grand intérêt pour le médecin et le physiologiste. Dans cette partie de son ouvrage, laissant de côté les plantes dont les principes, toxiques à certaines doses, sont employés comme médicaments à d'autres doses, il donne un résumé très intéressant de l'*état actuel* de la science sur les poisons proprement dits, c'est-à-dire sur les végétaux dont l'action est toujours grave ou funeste, *les Champignons* par exemple. A cette occasion nous ferons remarquer que l'auteur insiste tout particulièrement sur le peu de certitude des signes qui distinguent les champignons comestibles des champignons vénéneux, et cite l'exemple de personnes qui, malgré une habitude de vingt-cinq ans, n'en ont pas moins été empoisonnées pour avoir fait erreur dans le choix des champignons dont elles se nourrissaient. Un chapitre particulier donne des renseignements curieux et très utiles sur certains poisons dont l'action a été l'objet des études des physiologistes, et dont l'un, le *curare*, a été proposé dans ces derniers temps comme devant entrer dans l'arsenal thérapeutique.

Dans le quatrième livre, le savant professeur traite des végétaux parasites extérieurs ou *épiphytes*. Les élèves trouveront dans ce chapitre un excellent résumé des belles recherches de MM. Gruby, Malmstem, Lebert et Charles Robin. De même, dans le cinquième livre, se trouve une histoire abrégée, bien que complète, des végétaux parasites intérieurs, ou *entophytes*. Cette dernière partie des *Éléments de botanique médicale* nous semble être venue combler une véritable lacune, car elle permet au médecin comme à l'élève de trouver réunies une foule de connaissances très utiles, mais disséminées jusqu'à ce jour dans une série de mémoires publiés dans divers recueils, ou dans des ouvrages extrêmement difficiles à se procurer en raison de leur prix élevé.

Les gravures nombreuses qui accompagnent l'ouvrage de M. Moquin-Tandon, dues au concours de MM. Riocreux et Lackerbauer, sont véritablement dignes du crayon de ces deux habiles artistes, et donnent au lecteur une idée fort nette de chacun des objets qu'elles représentent.

En résumé, le nouvel ouvrage de M. Moquin-Tandon nous paraît appelé à avoir un grand succès, non-seulement parce qu'il sera un précieux secours pour les élèves au moment de leurs examens, mais encore parce qu'il permettra à quiconque le voudra d'acquérir des notions certaines et suffisantes sur chacun des nombreux objets qui constituent la matière médicale. Si quelques erreurs, légères pour la plupart, ont échappé à la plume de notre savant maître, nous ne doutons pas qu'elles ne soient corrigées dans une prochaine édition, et si nous n'avons pas signalé en passant ces petites imperfections, c'est qu'elles disparaissaient presque à nos yeux devant l'utilité incontestable des *Éléments de botanique médicale*. Ajoutons

en terminant, que, si nous nous sommes permis de critiquer le plan adopté par l'auteur, nous l'avons fait surtout pour témoigner du désir que nous eussions eu de tout louer, et en agissant ainsi, nous n'avons pas cru nous départir de la conduite qu'un élève doit à un professeur qui l'a guidé dans les sentiers de la science.

LÉON SOUBEIRAN.

## VII

## VARIÉTÉS.

ERRATA. — Dans le dernier numéro, au *Premier-Paris*, p. 730, colonne 2, ligne 20, au lieu de : « à la mi-octobre... » lisez : « à la date *du* 17 *septembre*. » — Au *Feuilleton*, p. 737, colonne 2, ligne 1, deux mots qu'on a oublié d'imprimer en italique ont transformé en nom propre une qualification honorifique. Au lieu de : « le docteur Geheime Rath, » lisez : « le docteur *Geheime Rath*, » qui veut dire le *docteur conseiller intime*.

FIÈVRE JAUNE. — On lit dans l'OPINION NATIONALE du 20 novembre :

Le *Journal du Havre* appelle l'attention des hommes spéciaux sur le fait suivant :

« Le capitaine Corre, commandant le navire *Aréquipa*, arrivé le 8 octobre à Cayenne, venant de Saint-Nazaire, était parti le 1er août, avec une patente nette.

» Rien ne pouvait faire supposer qu'il y eût à bord aucun germe de maladie, et cependant, peu de jours après le départ du navire, le second s'est trouvé atteint d'un malaise ayant tous les caractères de la fièvre jaune ; le 12 août il expirait, malgré tous les soins possibles. Le 22 du même mois, des symptômes identiques furent observés sur le mousse, qui succomba bientôt après. Le fléau s'appesantit aussi, le 26, sur un matelot, le 28 sur un autre matelot, et, le 9 septembre, sur le capitaine lui-même, qui dut recourir à un traitement énergique pour se sauver.

» Enfin le maître d'équipage, un troisième matelot et le novice furent aussi frappés du fléau. En somme, il y eut trois morts : le novice Pinchon, le second et le mousse, sur sept cas bien caractérisés de fièvre jaune.

» A son arrivée à Cayenne, l'*Aréquipa* a subi six jours de quarantaine.

» On se rappelle que, peu de temps avant le départ de l'*Aréquipa* de Saint-Nazaire, un navire venant de la Havane, l'*Anne-Marie*, avait apporté la fièvre jaune à son bord, et que, quelques cas s'étant déclarés parmi les ouvriers occupés au déchargement, on avait cru devoir saborder et couler le navire. »

— M. le docteur West, médecin de l'hospice de Soultz (Haut-Rhin), membre du conseil d'arrondissement de Colmar, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un jeune chirurgien de 3e classe, M. Bellangé, embarqué sur l'aviso à vapeur l'*Archimède*, parti de Lorient pour le Sénégal, a péri, dans cette traversée, d'une déplorable façon : par un gros temps, une lame l'a enlevé du pont du navire et englouti dans les flots.

— M. le docteur Decool vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Auxerre ; M. le docteur Guérineau, médecin adjoint de celui de Blois.

— Un concours sera ouvert le 16 décembre prochain, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, pour un emploi de répétiteur vacant à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, et pour deux emplois de même nature, nouvellement créés à ladite École. Sur ces trois emplois, deux se rattachent à l'enseignement de la médecine et un à l'enseignement de la chirurgie.

— Par arrêté du 15 novembre, M. Tardieu, chargé, à titre de suppléant, de la chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de ladite chaire, en remplacement de M. Adelon, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un arrêt important, et qui donne une nouvelle autorité à la jurisprudence qui applique une pénalité distincte à chaque fait d'exercice illégal de la médecine, vient d'être rendu par la Cour impériale de Paris, dans les circonstances suivantes :

Le sieur Goupil, rebouteur à Pontgouin (Eure-et-Loir), a été cité devant le tribunal correctionnel de Chartres, par M. le docteur Curé, médecin dans cette commune, en son nom personnel, mais sur l'invitation et avec l'assistance de la Société locale d'Eure-et-Loir. Cinq cas d'exercice illégal ont été constatés à sa charge. Par jugement en date du 26 septembre 1861, Goupil a été condamné à cinq amendes de 10 francs chacune, et, en outre, à 310 francs de dommages-intérêts envers le docteur Curé. Il a interjeté appel. La Cour a confirmé le jugement, et condamné Goupil en tous les dépens de première instance et d'appel. En élevant au-dessus de 300 francs les dommages-intérêts, cet arrêt rend Goupil contraignable par corps, et assure ainsi l'exécution de la condamnation. (*Gazette des hôpitaux*.)

— M. le docteur Hiffelsheim commencera un cours public d'Électricité médicale, mardi 26 novembre, à sept heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Il traitera de l'Électricité appliquée à la Physiologie, à la Pathologie et à la Thérapeutique.

— ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour l'emploi vacant de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le 11 novembre 1861.

Sont admis à concourir : MM. les étudians en médecine régulièrement inscrits près des Facultés ou des Écoles préparatoires.

Les épreuves, au nombre de deux, consistent en : deux préparations d'anatomie descriptive, faites de manière à pouvoir être conservées.

D'après une délibération du conseil de l'École, MM. les chirurgiens internes de l'hôpital civil pourront prendre part au concours, mais sous la condition préalablement souscrite par eux de se faire remplacer dans les fonctions de l'internat, du 1er décembre au 1er avril de chaque année scolaire, pendant toute la durée du prosectorat (trois ans).

Les émoluments annuels attachés à l'emploi de prosecteur sont de 600 francs. Ceux de l'internat à l'hôpital civil d'Alger sont de 900 francs.

## VIII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — 1861. — Janvier. De quelques phénomènes de physiologie pathologique observés dans certaines ophthalmies, par *Deccndé*. — Note sur le sel marin, par *Eymaël*. — Des ambulances, par *Riemslagh*. — Février. Nouveau procédé de désarticulation du cuboïde, par *Janssens*. — Préparations de jalap, par *Maillet*. — Mars. Nature des affections syphilitiques constitutionnelles, par *Virchow*. — Sur la nature de la tuberculose pulmonaire et sur un mode de révulsion naturelle de cette affection, par *Haelewyck*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 9. Hémiplégie syphilitique, par *Burdel*. — Contre-poisons, par *Fasoli*. — Fièvre typhoïde, par *Guinart*. — Discussion sur l'opération césarienne et sur les obstructions intestinales. — 10 et 11. Sur l'ongle incarné, par *Seutin*. — 1861. — N° 1. Cas de cyanose avec vice congénital du cœur, par *Henrieth*. — Conversion du sucre en substance albuminoïde, par *Schoonbroodt*. — Sur la myopie, par *Van Roosbroeck*. — Des dangers que présentent la fabrication, le travail et l'usage des fleurs arsenicales, ainsi que des tissus colorés au moyen des substances arsenicales et cuivreuses, par *Van den Broeck*. — 2. Sur un monstre monomphalien xipho-ischio-page, par *Hubert*. — Sur la désarticulation métacarpo-phalangienne, par *Van Bierollet*. — Nouvelles recherches sur le miasme paludéen, par *Burdel*. — Communication sur la myopie, par *Van Roosbroeck*. — Discussion sur les affections diphthéritiques.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 52. Électrothérapie (suite). — Sels de zinc (suite). — Sur l'iridectomie, par *Schweigger*. — 1861. — N° 1. Sur la syphilis, par *Virchow*. — Influence du climat de Madère sur les maladies de poitrine, par *Bahr* et *Mittermaier*. — Sur l'attitude à donner à la femme pendant le travail, par *Hohl*. — Moyens à employer contre le *trichina spinalis*, par *Küchenmeister*. — 2. Quelques cas de rétrécissement du pylore suivi de dilatation de l'estomac, par *Neumann*. — Climat de Madère (suite). — Sels de zinc (suite). — 3. Rétrécissements du pylore (fin). — Climat de Madère (suite). — 4. Climat de Madère (suite). — 5. Climat de Madère (suite). — Quassia (suite). — 6. Mariages consanguins comme cause de rétinite pigmenteuse, par *Liebreich*. — Climat de Madère (suite). — Sels de zinc (suite). — 7. Sur les plaies abdominales et leur traitement, par *Zipff*. — 8 et 9. Les eaux d'Ober-Salzbrunn, par *Valentiner*. — Climat de Madère (suite). — Plaies abdominales (suite). — 10. Eaux d'Ober-Salzbrunn (suite). — Remarques sur l'ulcère simple de l'estomac, par *Traube*. — Empoisonnement multiple, par *Tschapke*. — 11. Eaux d'Ober-Salzbrunn (fin). — Glaucome chronique, par *Schiess*. — 12. (Manque.) — 13. Climat de Madère (suite). — Sels de zinc (suite). — Plaies abdominales (suite). — 14. Traitement des fractures à consolidation vicieuse, par *Bruns*. — Cas de trachéotomie, par *Fock*. — Climat de Madère (suite). — 15. Fractures (suite). — Cas de leucémie, par *Deiters*. — Plaies abdominales (suite). — Quassia (suite). — 16. Sur l'eczéma, par *Niemeyer*. — 17. Fractures (suite). — Climat de Madère (suite). — 18. Fractures (suite). — Climat de Madère (suite). — Eczéma (fin). — Leucémie (fin). — Plaies abdominales (fin).

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — 6e livraison. Opération césarienne, par *Winckel* et *Birnbaum*. — Sur l'éclampsie puerpérale, par *Breslau*. — Sur une épidémie de fièvre puerpérale observée à Prague, par *Weber*. — Tumeur cancéreuse kystique du col de l'utérus, par *Martin* et *Strassmann*. — Traitement de la galactorrhée par les douches utérines, par *Abegg*. — 1861, — 1re livraison. Rôle mécanique de la paroi antérieure du bassin dans l'accouchement, par *Credger*. — Observations d'opération césarienne, par *Winckel*. — Sur la pétrification du fœtus, par *Albers*. — 2e livraison. Opération césarienne, par *Glisczynski*. — Sur un monstre double, par *Virchow*. — Inversion de l'utérus causée par un polype, par *Abarbanell*. — Sur les moyens de diminuer le volume

de la tête du fœtus, par *Martin*. — Tumeur congénitale du sacrum, par *Bartscher*. — Emploi prophylactique des fomentations froides après les accouchements difficiles, par *Lenz*.

Œsterreichische Zeitschrift fuer practische Heilkunde. — N° 51. Nouveau tourniquet pour la compression digitale, par *Neudörfer*. — Sur l'emploi des médicaments dans les maladies, par *Huber*. — 52. Maladies simulées, par *Scholz*. — Emploi des médicaments, etc. (fin). — 1861. — N° 1. Clinique ophthalmologique, par *Businelli*. — 2. Sur le drainage, par *Patruban*. — Clinique ophthalmologique (suite). — 3. Sur l'anesthésimètre de Delabarre, par *Patruban*. — Clinique ophthalmologique (suite). — 4. Ossification partielle des muscles du cœur, par *Heschl*. — Clinique ophthalmologique (suite) — 6. Clinique ophthalmologique (suite). — 7. Nouvelle série d'opérations de galvano-caustique, par *Zsigmondy*. — 8 et 9. Cas d'*echinococcus scoliciparicus* dans le foie et le péritoine, par *Heschl*. — Clinique ophthalmologique (suite). — Sur la rupture du sac herniaire, par *Bryk*. — 10. Sur la structure du foie, par *Heschl*. — Nouveau tourniquet pour la compression des artères, par *Melicher*. — 11. Deux cas de foie granuleux, par *Scholz*. — Macroglossie; amputation, par *Just*. — 12. Absence des nerfs olfactifs, par *Heschl*. — 13. Sur la structure du foie, par *Wagner*. — Cas de syphilis, par *Hermann*. — 14. Proctoplastie pour remédier à l'ouverture du rectum dans le vagin, par *Bryk*. — Syphilis (fin). — 15. Sur l'innervation du cœur, par *Dasslinger*. — 16. Sur la thermolyse et la thermométrie, par *Mastalier*. — Innervation du cœur (suite). — 17. Cas de rétrécissement de l'urèthre, par *Heschl*. — Innervation du cœur (suite). — 18 et 19. Sur la non-existence de l'iodisme constitutionnel, par *Hermann*.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 52. Nouveau traitement de la gale, par *Metzl*. — Maladies des nerfs périphériques, par *Oppolzer*. — 1861. — N° 1. Sur les tumeurs de l'orbite, par *Schuh*. — Influence du traitement mercuriel des parents sur la santé des enfants, par *Müller*. — 2. Tumeurs de l'orbite (suite). — Injections hypodermiques, par *Scholz*. — 3. Sur le ramollissement rouge du cerveau, par *Virchow*. — Traitement de l'impuissance par l'électricité, par *Schulz*. — Sur la maladie occasionnée par le *trichina spinalis*, par *Engelsberg*. — 4 et 5. Tumeurs de l'orbite (suite). — Impuissance (suite). — 6. Sur la laryngoscopie, par *Czermak*. — Impuissance (suite). — 7. La syphilisation appliquée à la pratique, par *Sigmund*. — 8. Syphilisation (fin). — Nouveau procédé opératoire pour la fistule vésico-vaginale, par *Polak*. — 9 et 10. Sur les maladies de la membrane du tympan, par *Troeltsch*. — Impuissance (suite). — 11. (Manque). — 12. Sur l'ammoniémie, par *Rigler*. — Nouveau brancard, par *Russheim*. — 13. Ammoniémie (fin). — Traitement de la syphilis par les eaux de Karlsbad, par *Fleckles*. — 14. Deux cas de rétention du placenta, par *Habit*. — Sur le traitement de la syphilis, par *Finkenstein*. — 15. Rétention du placenta (fin). — Syphilis (suite). — 16. Diverses formes du cancer du rectum, et leur traitement chirurgical, par *Schuh*. — 17. Cancer du rectum (suite). — 18. Cancer du rectum (suite). — Végétations syphilitiques du larynx, par *Gilewski*. — 19. Cancer du rectum (fin). — Résultats de l'ovariotomie en Angleterre, par *Althaus*.

Wurzburger Medicinische Zeitschrift. — 5e livraison. Sur la méningite tuberculeuse, par *Hessert*. — Sur les convulsions hystériques, par *Franque*. — Clinique obstétricale, par *le même*. — 6e livraison. Note sur une extrémité inférieure surnuméraire, par *Schmerbach*. — Notices de chimie animale, par *Schwarzenbach*. — Cas de fistule utéro-vésico-vaginale, par *Scanzoni*. — Sur le diagnostic et la guérison spontanée du pneumothorax, par *Biemer*. — Sur la syphilisation curative, par *Fronmüller*. — Sur la situation du cœur dans l'emphysème pulmonaire, par *Bamberger*. — Sur le développement des organes de l'olfaction, par *Kolliker*. — Tome II. — 1re livraison. Sur l'ostéomalaxie des cancéreux, par *Færster*. — Influence thérapeutique des climats méridionaux, par *Rullmann*. — Sur les anomalies de la délivrance, par *Spiegelberg*. — Sur les maladies du conduit auditif externe, par *Troeltsch*.

British Medical Journal. — N° 3. Maladies des ganglions lymphatiques (suite). — Chirurgie opératoire, par *Richard*. — 4. Ophthalmie purulente chez un enfant, par *Solomon*. — Sur les angines, par *Inman*. — 5. Structure et développement des tissus, par *Beale*. — Obstructions intestinales (suite). — Sur le bain d'air chaud, par *Richardson*. — 6. Structure des tissus (suite). — Obstructions intestinales (suite). — Maladies des ganglions lymphatiques (suite). — 7. Chirurgie opératoire (suite). — Obstructions intestinales (suite). — 8. Structure des tissus (suite). — Maladies des ganglions lymphatiques (suite). — 9. Emploi des stimulants dans la pneumonie, par *Russell*. — Action physiologique de l'aconitine, par *Duckworth*. — 10. Vers intestinaux dans la cavité péritonéale, par *Sandwith*. — Maladies des ganglions lymphatiques (suite). — Extravasation de l'urine, par *Legge*. — Structure des tissus (suite). — 11. Psychologie médicale, par *Dunn*. — Sur les adhérences du péricarde, par *Hinds*. — 12. Maladies des ganglions lymphatiques (suite). — Psychologie médicale (fin). — Bons effets de la belladone dans l'épilepsie, par *Sankey*. — Cas d'apoplexie, par *Mac-Nab*. — 13. Pathologie de la sciatique, par *Inman*. — Sur les affections charbonneuses, par *Nelson*. — Sur les dépôts phosphatiques de l'urine chez l'homme, par *Roberts*. — 14. Affections charbonneuses (fin). — Maladies des ganglions lymphatiques (fin). — Empoisonnement par l'aconit, par *Skinner*. — 15. Chirurgie opératoire (suite). — Convulsions puerpérales traitées avec succès par le chloroforme, par *Page*. — 16. Sur la méthode galvano-caustique, par *Walker*. — Chirurgie opératoire (suite). — 17. Méthode galvano-caustique (fin). — Décollement prématuré du placenta, par *Stanger*.

Medical Times and Gazette. — N° 550. Médecine en Chine, par *Hobson*. — Modification de l'opération de Wood pour la cure radicale des hernies, par *Field*. — 551. Valeur de la section du muscle ciliaire dans diverses affections des yeux, par *Solomon*. — Affections parasitaires de la peau, par *Anderson*. — Cure radicale des hernies, par *Spencer Wells*. — 552. Anévrysme guéri par la compression et la flexion, par *Adams*. — Cécité causée par la neige, par *Hildige*. — Section du muscle ciliaire, etc. (suite). — 553. Sur les bains turcs et les bains romains, par *Adams*. — Affections parasitaires de la peau (suite). — 554. Plaie par arme à feu du poumon, par *Sim*. — Section du muscle ciliaire, etc. (suite). — 555. Statistique de fractures comminutives, par *Cooper*. — Sur quelques maladies de l'œil, par *Wilde*. — Affections parasitaires (suite). — 556. Sur la trachéotomie et la laryngotomie dans la diphthérie, par *Hillier*. — 557. Traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic, par *Chapple*. — Affections parasitaires (suite). — Section du muscle ciliaire, etc. (suite). — 558. Cas de tétanos idiopathique, par *Gr*... — Cas d'abcès du cerveau, par *Skoife*. — Affections parasitaires (su... — 559. Moyens de prévenir la formation d'abcès dans le cerveau à la suite de... dies de l'oreille, par *Toynbee*. — Kyste de l'orbite communiquant avec ... frontal, par *Wyatt*. — 560. Affections parasitaires (suite). — Maladie... (suite). — 561. Section du muscle ciliaire (suite). — Diabète traité par... mort, par *Amyot*. — Plaie par baïonnette traversant tout le ventre; guér... *Cooper Todd*. — 562. Influence de l'ozone sur les substances organiques, ... *nidge*. — Statistique d'amputations, par *Cooper* et *Holmes*.

The Lancet. — 1861. — N° 1. Influence de l'abus des alcooliques sur le ... *Basham*. — Opération césarienne dans un cas de cancer de l'utérus, par *E*... — Déplacement du foie par l'abus du corset, par *Mac-Whinnie*. — Cas d... par *Richards*. — 2. Influence des alcooliques, etc. (fin). — Empoisonnement ... chlorure de zinc, par *Wright*. — Remarques cliniques sur les névralgies, p... *veking*. — Traitement antiphlogistique des inflammations utérines, par *Til*... — l'aliénation des enfants, par *Baines*. — 3. Remarques sur les névralgies, par ... *king*. — Sur l'incontinence d'urine, par *Smith*. — Remarques sur l'iris... a par *Nunneley*. — Traitement du tétanos par la lessive de potasse, par *Reid*. — ... de *sarcina ventriculi* avec vomissement des calculs biliaires, par *Miles*. — ... tion thérapeutique de l'alcool, par *Smith*. — Névralgies (suite). — Iri... (fin). — Grossesse compliquée d'une tumeur de l'ovaire, par *Hunter*. — 5. Né... vralgies (suite). — Traitement des inflammations utérines, par *Tilt*. — 6. Névral... gies (suite). — Action de l'alcool (suite). — 7. Cas d'anévrysme thoraciq... *Eade*. — Sur une cause fréquente d'aliénation mentale chez les jeunes ... *Ritchie*. — 8. Inflammations utérines (suite). — Aliénation mentale (sui... — 9. Sur l'accouchement prématuré, par *James*. — Action de l'alcool (suite). — 10. Aliénation mentale (suite). — Traitement chirurgical des fistules, par *Ja*... — 11. Destruction traumatique de l'urèthre, par *Pemberton*. — Dégénéres... crétacée du cristallin, par *Garden*. — Un mot sur la trachéotomie, par *M*... — 12. (Manque.) — 13. Empoisonnement par la strychnine, par *Parr*. — B... roptose et diplopie à la suite d'une chute, par *Curran*. — Fracture comm... du crâne, par *Harbison*.

American Medical Monthly. — 1860. — Juillet. Physiologie de la circulation, par *Dalton*. — Déplacements de l'utérus, par *Peaslee*. — Deux cas de cystotomie, par *Bronson*. — Août. Sur les abcès du sein, par *Gaillard*. — Circulation (suite). — Sur les attaques de rhumatisme, par *Wheeleck*. — Sur quatre cas de fistules vésico-vaginales, par *Bronson*. — Déplacements de l'utérus (suite). — Septembre. Traitement de la phthisie par le chlorate de potasse, par *Fountain*. — Circulation (suite). — Plaie par arme à feu du cœur, par *Balch*. — Octobre. Recherches ... niques sur l'action des remèdes diurétiques, par *Flint*. — Déplacements de l'utérus (suite). — Circulation (suite). — Nouvel instrument pour fumigations, par *Dewees* — Novembre. Déplacements de l'utérus (suite). — Circulation (suite). — Sur les ligatures et les sutures, par *Nelson*. — Décembre. Circulation (suite). — Sept cas de déplacements utérins traités avec succès par un nouveau redresseur, par *Conant*. — Ossification des humeurs de l'œil, par *Ceccarini*. — Nouveau perforateur du crâne, par *Thomas*. — Emploi du chlorate ... dans la phthisie, par *Gay*. — 1861. — Janvier. Moyens de diminuer la douleur dans la première période du travail, par *Barker*. — Sur la congélation, par *Nelson*. — Traitement préventif de la chute des dents, par *Robentson*. — Traitement des hernies par les bandages, par *Riggs*. — Février. Expériences sur l'action diurétique des colchiques, par *Hammond*. — Cas de phthisie, scrofule et autres maladies traitées par le chlorate de potasse, par *Fountain*. — Sur la diphthérie, par *Wynne*.

The Cincinnati Lancet and Observer. — 1861. — N° 1. Ovariotomie suivie de succès, par *Cooper*. — La pneumonie et ses complications, par *Dutcher*. — Diphthérie, par *Smith*. — Fracture de l'os des iles, par *Mussey*. — 2. Inflammations puerpérales de l'utérus et de ses annexes, par *Thompson*. — Perte de substance du cerveau, par *Matchett*. — Adhérences des parois vaginales, par *Newcomer*. — 3. Nouvelle loi du pouls, par *Mac-Bride*. — Vomissements des nourrices, par *Mendenhall*. — Évidement du tibia; succès, par *Cooper*. — Anévrysme poplité guéri par la compression digitale, par *Blackman*. — 4. Sur la diphthérie, par *Lewis* et *Canaday*. — Pneumonie double traitée par la quinine, par *Gibbs*. — Cas d'ostéomalacie, par *Lamme*. — Clinique ophthalmologique, par *Williams*.

The Indian Annals of Medical Science. — Novembre. Effets du climat des collines de Darjeeling, par *Collins*. — Sur la diphthérie, par *Francis*. — L'étiologie du choléra, par *Bidie*. — Traitement de la filaire, par *Greenhow*. — Fièvres tropicales non palustres, par *Day*. — Fièvres intermittentes de Chittagong, par *Beatson*. — Résultats de l'opération pour la cure radicale des hernies, par *Fayrer*. — Calculs urinaires, par *Durant*. — Enseignement médical au Bengale, par *Eatwell*. — La médecine arabe dans l'Inde, par *Mirza*. — Paralysie causée par le *lathyrus sativus*, par *Irving*. — Effets fâcheux des légumineuses employées comme aliment exclusive, par *Kirk*. — Moyens de conserver la santé des troupes dans l'Inde, par *Chevers*.

The San-Francisco Medical Press. — 1861. — Janvier. Sur le chloroforme, par *Rowell*. — Plaie du genou, par *R. Canfield*. — Plaie du cou, par *Pitt*. — Ovariotomie; mort, par *Cooper*. — Traitement de la fracture de la rotule, par *R... chell*. — Sur l'ongle incarné, par *Weber*. — Traitement de la blennorrhée par la compression, par *Hachenberg*. — Causes et traitement de la stérilité, par *B. ...* — Avril. Hémorrhagie par l'urèthre, par *Hayne*. — Luxation du fémur, par *Lorgea*. — Plaie grave du genou, par *Truesdale*. — Autoplastie par transplantation hétérogène, par *Bowie*. — L'asthme, par *Rowell*. — Résection du péroné, par *Cooper*. — Cas de dysménorrhée et de stérilité traités par l'éponge préparée, par *Cole*.

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. — PARIS, 29 NOVEMBRE 1861. — N° 48.


### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.


I. **Paris.** La morve ébauchée et caractérisée : Lettre de M. J. Guérin à M. Dechambre. Réponse. Nouveaux documents. — Clinique de M. Nélaton : L'ovariotomie. — II. **Revue clinique.** De la paralysie agitante, à propos d'un cas tiré de la clinique du professeur Oppolzer. — III. **Travaux originaux.** Folie héréditaire : Condamnation, pour outrage public aux mœurs, d'un individu qui comptait des aliénés dans son ascendance paternelle et maternelle; considérations préliminaires sur les actes immoraux et pervers commis par des individus non aliénés. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Bibliographie.** Études médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure. — VI. **Variétés.** Mort de Fr.-Aug. de Ammon. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres.


## I

Paris, le 28 novembre 1861.

LA MORVE ÉBAUCHÉE ET CARACTÉRISÉE : LETTRE DE M. J. GUÉRIN A M. DECHAMBRE. RÉPONSE. NOUVEAUX DOCUMENTS. — CLINIQUE DE M. NÉLATON : L'OVARIOTOMIE.

M. J. Guérin, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, nous adresse la lettre suivante :

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Les explications que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie concernant les cas de morve auxquels vous avez fait allusion dans le n° 45 de votre journal, me paraissaient répondre d'une manière péremptoire, quoique très modérée, aux insinuations que vous vous êtes permises à l'endroit de l'exactitude et de la sincérité de ces observations. Vous êtes revenu à la charge dans votre dernier numéro, cherchant, par toutes sortes de faux-fuyants et de prétextes, à détourner l'attention de vos lecteurs des allégations contenues dans votre précédent article, et feignant de croire que les reproches d'altérations et de travestissements des faits, que j'avais articulés dans ma note à l'Académie, s'adressaient à d'autres qu'à vous.

Une semblable insistance et de pareils procédés m'obligent à vous adresser directement ma réponse, et à la rendre cette fois tellement explicite qu'elle ne puisse plus prêter matière à méprise ni équivoque.

Je commence par vous déclarer que c'est bien à vous et à vous seul que j'ai fait allusion lorsque j'ai dit, dans ma note à l'Académie : « Qu'une publicité officielle de ces faits leur enlèverait le » caractère de *révélation* et de *divulgation* que quelques personnes » ont essayé de leur donner en les *dénaturant* et en les *travestissant*. »

Et, en effet, votre article du 8 de ce mois (page 713) ne se présente pas avec un autre caractère. Voici vos paroles :

« Il n'est bruit dans le monde médical que d'un événement assez vulgaire en lui-même, mais auquel les circonstances donnent un intérêt tout » particulier. Seulement le bruit circule *sourdement, d'oreille à oreille*, » sans que personne ait jugé à propos de le livrer aux quatre vents de la » publicité. Nous ne comprenons pas ce scrupule, et nous ne pouvons nous » y *associer*. Servir la science est le premier devoir d'un journal, et dans » l'*espèce* le souci du devoir ne se heurte à aucune *considération* susceptible d'en rendre l'accomplissement *pénible* ou *délicat*. »

Voilà votre début. Ne dirait-on pas que vous allez faire une révélation bien extraordinaire; que pour vous y décider vous avez dû faire violence à tous les sentiments qu'il serait permis de vous supposer à mon endroit? Or voici cette révélation, cette divulgation : . . . . . . .

« Ce n'est plus un secret aujourd'hui que M. Guérin employait à une » exploitation agricole des chevaux prêtés par l'État. Ces chevaux étaient » au nombre de 15; avec les 25 appartenant à M. Guérin, ils formaient » ce chiffre de 40, *dont il a été souvent question* dans le débat. 6 des chevaux de l'État sont devenus morveux au plus haut degré, déclarés tels » par M. Guérin lui-même et abattus. Les choses en étaient là quand le » bruit qui s'est fait à l'Académie a éveillé l'attention de l'autorité militaire.

» Le général commandant du département d'Eure-et-Loir, dans lequel » est située la terre exploitée, a envoyé sur les lieux un honorable médecin-vétérinaire du régiment de chasseurs en garnison à Chartres. Il fut » décidé que 5 des 9 chevaux restants, 5 que M. Guérin avait *crus guéris* » de la morve ébauchée, seraient abattus. L'opération eut lieu en présence du médecin-vétérinaire et d'un officier désigné par le commandant. Or, ces chevaux portaient dans les poumons *les lésions les plus* » *caractéristiques de la morve.* »

Vous ajoutez :

« Nous allons jusqu'à être surpris qu'un complément aussi *important*, » aussi *décisif* d'un débat qui a tenu et qui tient encore l'opinion en suspens n'ait pas été porté à la tribune de l'Académie. »

Enfin, dans votre dernier article vous dites :

« Comment M. Guérin a-t-il si peu parlé de cette seconde épizootie? » Quoi! un débat sur la morve est engagé par lui-même et au sujet de » ses propres observations, et il n'*exhibe qu'une partie* de ses animaux » morveux, sous *prétexte* que les autres sont séparés des premiers. »

Voilà votre *révélation*, votre *divulgation*, voici ma réponse :

Et d'abord les 40 chevaux dont j'ai entretenu l'Académie n'avaient, comme je l'ai déjà dit, rien de commun avec ceux de

l'État ; à l'époque de la première explosion de morve, je n'avais encore à ma disposition aucun de ces chevaux ; ils ne m'ont été confiés qu'environ une année après. Cette circonstance est importante : elle relève d'abord une première erreur et une première méprise ; elle prouve, en outre, que les 5 chevaux autopsiés par le vétérinaire de l'État ne faisaient aucunement partie des 40 *dont il a été souvent question ;* ces autopsies n'ont donc pu appartenir aux cas de *morve ébauchée* observés dans la première épizootie. Jusque-là votre révélation et votre divulgation ne révèlent et ne divulguent qu'une incroyable facilité à accueillir des bruits « qui circulent d'oreille à oreille », et que vous considérez comme le devoir d'un journal « de livrer aux quatre vents de la publicité. »

Mais qu'importe, direz-vous, que ces cas de guérison de morve ébauchée démentis par l'autopsie, aient eu lieu sur les chevaux de l'État ou sur les vôtres, dans la seconde ou dans la première épizootie, si vous connaissiez ces faits lors de la discussion et si vous les avez passés sous silence, « sous *prétexte* que les seconds » étaient séparés des premiers » ? Et en effet, vous auriez bien fait de vous dévouer à révéler, à divulguer un tel procédé, si j'avais eu la faiblesse de m'en rendre coupable ; mais voici les faits :

Il n'est pas vrai qu'à l'époque où la discussion s'est engagée j'eusse observé et vu succomber, comme vous le dites, 6 chevaux de l'État.

Il n'est pas vrai que les cinq autopsies révélées par vous aient été faites dans le cours de la discussion.

Enfin, il n'est pas vrai que ces cinq autopsies aient porté sur 5 chevaux que j'avais *crus guéris* de la *morve ébauchée*.

Il n'y a là, comme vous le voyez, ni périphrase, ni suppositions, ni faux-fuyants. Or voici la preuve de ces trois assertions.

1° Au début de la seconde épizootie, au printemps dernier, *deux cas* de morve se sont déclarés sur les chevaux de l'État. C'est moi, et *moi seul* qui en ai donné avis à M. le ministre de la guerre. Le vétérinaire envoyé à cette époque a reconnu l'existence des deux cas de morve. A la seconde visite, trois autres chevaux ont été considérés comme suspects. De ces 5 chevaux 2 ont été abattus, l'un immédiatement, l'autre plus tard ; leur état n'a fait question pour personne.

Les 3 autres, mis en observation et visités régulièrement par un vétérinaire commis à cet effet, ont été reconnus et déclarés guéris, dans un rapport officiel quelques semaines plus tard.

Voilà où j'en étais de mes secondes observations lorsque la discussion a commencé. Ne pouvais-je pas dire, à cette époque, que j'avais observé sur une bien moins grande échelle des cas de morve ébauchée à côté de la morve caractérisée ? Je n'avais donc rien à dissimuler, rien à laisser en dehors de la discussion, et je pouvais croire, sur la fois d'un homme spécial, ne pas m'être trompé.

2° Le vétérinaire chargé de la visite et de la surveillance régulière des chevaux a constaté, le 15 septembre dernier, un nouveau cas de morve sur une jument qui n'avait jamais offert le moindre symptôme de la maladie. Ce n'est qu'à partir de cette époque que le vétérinaire des chasseurs est intervenu, et ce n'est que le 2 *octobre* que les cinq autopsies auxquelles vous faites allusion ont eu lieu.

On remarquera d'abord qu'à la date de ces cinq autopsies la discussion de l'Académie était close depuis près d'un mois. J'ai prononcé mon dernier discours le 27 août, et M. Bouley résumait et clôturait le débat le 17 septembre. Je n'avais donc pu y faire intervenir des autopsies pratiquées le 2 octobre.

Comment l'aurais-je fait si je n'étais pas né ?

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

— Si ce n'est toi, c'est donc ton frère ?

Vous faites un autre raisonnement et vous dites : Mais les autopsies n'ont pas eu lieu pour des chevaux malades de la veille. — Sans doute, elles ont été faites :

1° Sur deux juments reconnues comme atteintes de *morve caractérisée* au plus haut degré, et non pas de *morve ébauchée ;* l'une, celle du 15 septembre, et l'autre réservée et séquestrée à ma demande depuis quatre mois pour l'étude de l'évolution complète de la morve ;

2° Sur trois juments qui avaient offert des symptômes plus ou moins caractérisés de morve ; l'une avait présenté, quelques *jours auparavant* seulement, une altération de la muqueuse nasale dont elle était guérie ; les deux autres offraient les cicatrices d'ulcérations morveuses anciennes et les apparences de la guérison.

Voilà donc l'histoire de ces cinq autopsies,

Que vous avez dit avoir été fournies par les cas de morve ébauchée, observés sur les 40 chevaux dont j'ai entretenu l'Académie ;

Que vous avez dit avoir été passées sous silence pendant la discussion ;

Que vous avez dit avoir offert des altérations pulmonaires les plus caractéristiques de la morve, bien que je les eusse considérées comme guéries de la morve ébauchée.

J'ai donc surabondamment prouvé que sur tous ces points comme sur chacun d'eux en particulier, vous avez induit vos lecteurs en erreur, et vous avez, avec une légèreté excessive, fait planer des soupçons sur la sincérité, et j'ose dire, la véracité de mes observations.

Il resterait un dernier point à éclaircir, à savoir : si les trois juments autopsiées avec les apparences extérieures de la guérison ont en effet présenté les symptômes de la morve ébauchée, et à l'autopsie les *altérations les plus caractéristiques de la morve*. J'ai bien le droit de réserver la discussion de ce point de science pour l'Académie, et je le réserve en effet ; mais je puis vous dire par anticipation, — et il m'est peut-être permis d'espérer qu'on me croira aussi aisément sur parole que les personnes *bien informées* que vous ne nommez pas et qui vous ont si *bien renseigné*, — qu'il en sera de ces *altérations caractéristiques de la morve* comme de vos autres renseignements, et de ceux dont parle l'Écriture :

*Aures habent et non audient, oculos habent et non videbunt.*

Et c'est ainsi qu'on entend et qu'on voit quand on écoute aux portes, et quand on voit avec les yeux de la passion.

Ai-je besoin maintenant de répondre à toutes les allégations accessoires, à toutes les insinuations perfides que vous avez ajoutées comme commentaires aux assertions principales que je viens de relever ? Je ne le pense pas : vos lecteurs jugeront des unes par les autres, et je ne me crois pas si fort atteint que je doive recourir à des explications et à des justifications indignes de mon caractère. Je me permettrai une simple remarque : c'est qu'il est étonnant, il est incroyable qu'un homme qui se pique de sévérité dans ses jugements scientifiques, qui prétend les enseigner aux autres, accepte aussi facilement, aussi légèrement — et se fasse un devoir de jeter aux quatre vents de la publicité et en pâture à la calomnie — des bruits qui courent d'oreille à oreille, quand il s'agit de mettre en suspicion toute une doctrine scientifique et la considération de l'homme qui l'a produite.

Agréez, etc. JULES GUÉRIN.

---

RÉPONSE.

Monsieur le Rédacteur,

Je croyais que les mots « quelques personnes » ne pouvaient s'entendre d'*une seule*. C'était, vous l'avouerez, une erreur pardonnable ; mais vous m'avez mis fort à l'aise en déclarant que vos accusations de *travestissement* s'adressaient à moi *seul*, parce que vous m'avez créé ainsi une obligation personnelle à côté des obligations communes de la presse, et forcé à recueillir et à livrer à la publicité, immédiatement et sans attendre votre loisir, tous les éléments du débat élevé entre nous.

Cette répugnance que vous manifestez ici pour le travestis-

sement des faits et des pensées vous honore plus peut-être que vous ne pouvez croire. Il est seulement fâcheux que vous trébuchiez si fort dès votre première application de principes aussi honnêtes. J'avais dit dans ma note du 8 novembre, ainsi que vous le rappelez : « Servir la science est le premier devoir d'un journal, et, dans l'espèce, le souci du devoir ne se heurte à aucune considération susceptible d'en rendre l'accomplissement pénible ou délicat. » Ce dernier membre de phrase, que signifie-t-il? Ce que je prends la peine d'exprimer un peu plus loin en termes explicites : « M. Guérin, *dont la bonne foi n'est pas en cause*, ne saurait en éprouver (de la divulgation des faits) qu'*un genre* de surprise auquel nous sommes tous exposés et qu'il connaît déjà, *celui d'avoir tort sur une question de science.* » (*Gaz. hebd.*, n° 45, p. 714.) Que faites-vous cependant? Vous reproduisez le premier passage, dont vous soulignez quelques mots — on ne sait pourquoi —, et vous supprimez le second. Est-ce pour être plus sûr de ne pas le « dénaturer » ?

Vous vous indignez contre mes *divulgations*, mes *révélations*. Divulgations, oui ; tout ce qui intéresse la science est bon à divulguer. Révélations, vous n'y pensez pas. On ne révèle que ce qui est caché, que ce dont on fait un secret. C'est vous qui transformez la divulgation en révélation ; c'est vous qui nous avez forcés à chercher des renseignements, en jetant, dès le début et pendant le cours de la discussion académique, un voile impénétrable sur le sujet même de la controverse ; en n'alléguant que des faits généraux ; en parlant de grandes et de petites *échelles* au lieu de livrer des chiffres précis ; en refusant d'introduire vos collègues de la section de médecine vétérinaire sur le lieu de vos observations, où ils auraient constaté les ravages déjà opérés, et pu suivre les ravages ultérieurs, dans l'écurie des chevaux de l'État. Aujourd'hui même pourquoi ne dites-vous pas tout, et pourquoi vais-je être tout à l'heure dans la nécessité de compléter l'histoire de votre épizootie? Vos reproches n'ont donc rien qui puisse me toucher ni m'arrêter. Je continuerai à dire les faits sans me préoccuper du sentiment qu'ils feront naître dans le public ou chez vous-même.

Mais auparavant, j'ai le regret de faire remarquer à un ami si chaud de la « sincérité », et de la « véracité », que, des trois dénégations qu'il m'oppose, il en est une qui répond à une assertion *rigoureusement inverse* de celle que j'ai émise dans mes articles. « *Il n'est pas vrai* (deuxième dénégation) que les *cinq autopsies* révélées par vous aient été faites *dans le cours* de la discussion ; » voilà ce que vous avez la bonté de démontrer. Or, j'ai dit, au contraire, que les autopsies étaient *postérieures* à la discussion. Je l'ai dit une première fois implicitement : « Le bruit qui *s'est fait* (nous étions au 8 novembre) à l'Académie a éveillé l'attention de l'autorité militaire ; le général a envoyé sur les lieux un nouveau médecin vétérinaire... Il fut décidé que cinq des neuf chevaux restants seraient abattus. L'opération eut lieu, etc. » (*Gaz. hebd.*, n° 45, p. 714.) Je l'ai dit deux fois en termes exprès : « *A cette époque* (de la *mi-octobre*) six chevaux de l'État avaient succombé et *cinq étaient devenus assez malades* pour qu'on ait cru devoir les abattre » (*Gaz. hebd.*, n° 46, p. 730) ; et plus loin : « Sur quinze chevaux de l'État, six étaient déjà morts à la date de l'inspection (toujours à la *mi-octobre*), et cinq ont été *ensuite* abattus. » Il me semble que cette « légèreté » est plus « incroyable » encore que celle dont vous me gratifiez. J'étais réduit *par votre silence* aux informations, et vous aviez des textes imprimés.

Restent vos première et troisième dénégations. Très décidé à m'y rendre sur les points où la justice le commandera, je vais les mettre en présence des faits ; et comme vous êtes trop disposé, suivant moi, à vous contenter de ces indications vagues qu'on exprime par les formules : *plusieurs*, *le plus grand nombre*, *plus tard*, *à différentes époques*, etc., vous me permettrez de vous informer catégoriquement de ce qui s'est passé chez vous. Vous êtes prévenu cette fois, que mon récit est calqué sur des documents tels qu'ils n'admettent guère de récusation, ainsi que vous ne tarderez pas d'ailleurs à vous en apercevoir.

Le 18 septembre (j'avais dit à la mi-octobre au *plus tard*), le 18 septembre, *lendemain* du jour où se terminait la discussion académique, M. Guy, vétérinaire du régiment de chasseurs en garnison à Chartres, était envoyé à la Ferté-Vidame par le commandant de la subdivision d'Eure-et-Loir pour visiter les chevaux du 2e régiment d'artillerie à vous confiés par l'État, et pour vérifier en même temps si vos propres chevaux étaient atteints de maladies contagieuses. La visite a eu lieu en présence de M. Fouchet, vétérinaire à Brezolles, envoyé par M. le préfet pour visiter les animaux contradictoirement avec M. Guy. Ce dernier constate (*Rapport* n° 1) :

1° Que vos propres chevaux, au nombre de 14, ne sont ni atteints, ni suspects d'aucune maladie contagieuse ;

2° Que sur douze chevaux de l'État restants à cette époque et séparés des vôtres, deux, portant les nos 2793 et 4155, présentent les signes objectifs de la morve et doivent être abattus ; un (n° 4796) doit être isolé immédiatement, quoique ne présentant qu'*un* des symptômes pathognomoniques de la morve, savoir : une ulcération sur le repli de l'aile interne de la narine gauche ; deux autres (nos 3920 et 2973) n'offrent pas de signes objectifs de la morve, mais portent sur la cloison nasale des cicatrices révélant qu'ils ont été sous le coup de cette affection, et sont vraisemblablement en proie à la morve viscérale. L'expert propose de sacrifier ces cinq chevaux.

Le 2 octobre, M. Guy, accompagné cette fois de M. Henry, capitaine au 1er chasseurs, et en présence de M. Fouchet, de M. le docteur Filleul, adjoint au maire, d'un gendarme et de plusieurs employés de la ferme, constate (*Rapport* n° 2) :

1° Que quatre chevaux (nos 3924, 3124, 4793 et 4794) sont bien portants et peuvent être repris par l'État, à la condition toutefois de les mettre en quarantaine à leur arrivée au corps ;

2° Que sur trois chevaux proposés pour la réforme, deux (nos 4093 et 2037) ne peuvent être vendus actuellement, parce qu'ils sont probablement sous le coup de la morve, dont les signes objectifs ne sont pas encore bien déclarés ; que le troisième (n° 3290) doit seulement subir la quarantaine avant d'être mis en vente.

Les cinq chevaux désignés dans le premier rapport (nos 2793, 4155, 4796, 3920 et 2973) sont abattus, et présentent les lésions caractéristiques de la morve. Chez deux, on trouve des ulcérations de la partie supérieure de la cloison nasale ; chez tous, des tubercules, des pneumonies lobulaires et des abcès dans les poumons.

Le 13 octobre, nouvelle visite des sept chevaux restants en présence des mêmes personnes. Il est constaté (*Rapport* n° 3) :

1° Que deux chevaux (nos 3924 et 3290 sont en apparence bien portants ;

2° Que chez trois autres (nos 4793, 3124 et 4794),

exempts des signes objectifs de la morve, l'état général donne lieu de présumer l'existence latente de la maladie.

Les deux chevaux n$^{os}$ 4093 et 2037, signalés dans le deuxième rapport comme suspects, sont abattus. Les cavités nasales sont le siége d'ulcérations à la partie supérieure; on trouve des tubercules, des inflammations lobulaires et des abcès caractéristiques dans les poumons.

Il ne restait plus alors que cinq chevaux vivants. L'État vous les a retirés; mais je puis vous en donner des nouvelles ***absolument certaines***. Le 18 octobre, les deux chevaux n$^{os}$ 3124 et 4794, signalés dans le troisième rapport, ont été abattus à Chartres, au quartier de cavalerie, en présence du général, de M. Damoiseau, vétérinaire civil, et de M. Quin, aide-vétérinaire du régiment. Ces deux derniers ont, avec M. Guy, reconnu l'existence des lésions caractéristiques de la morve sur ces deux animaux. Deux autres ont été abattus il y a quelques jours, et n'ont pas laissé plus de doute sur l'existence de la maladie. *Un seul cheval a échappé* jusqu'ici au désastre, et c'est celui qui n'était pas livré aux travaux agricoles, mais que vous atteliez à votre voiture.

Tels sont les seuls documents en présence desquels je puisse consentir à me placer. Je n'interviens pas dans les constatations du vétérinaire innommé, qui, ayant fait sa seconde visite à une époque indéterminée, a prescrit d'abattre deux chevaux, l'un immédiatement, et l'autre « plus tard ». Je confronte vos dénégations avec des documents authentiques.

J'ai déjà dit qu'une de ces dénégations, la seconde, tombait de soi, puisqu'elle supposait le contraire de ce que j'avais écrit. Je pourrais en dire autant de la seconde, si je me préoccupais autant de mes avantages que de la vérité; car cette dénégation n'est motivée qu'en un sens qui n'est pas le vôtre, et que je ne fais aucune difficulté de vous signaler. « Il n'est pas vrai, écrivez-vous, que, *à l'époque où la discussion s'est engagée*, j'eusse observé et vu succomber, *comme vous le dites*, six chevaux (morveux) de l'État. » Autre « légèreté » de votre part. Je n'ai pas placé la mort de ces chevaux « à l'époque où la discussion s'est engagée », mais bien à celle *où elle a fini*, et même à une époque plus éloignée, c'est-à-dire à la date de l'inspection de M. Guy. Il faut citer. « M. Guérin déclare avoir perdu *six* chevaux, et c'est le *même nombre* qui avait été enlevé par la morve, parmi les chevaux de l'État, *avant la visite du vétérinaire* », le seul expert dont il fût question alors, le vétérinaire de Chartres (*Gaz. hebd.*, n° 46, p. 730). Et j'ai déjà rappelé plus haut cette phrase : « Sur 15 chevaux de l'Etat, 6 étaient déjà morts *à la date de l'inspection.* »

Eh bien! dans ces termes, j'étais dans l'erreur, et vous avez raison. Sur 15 chevaux de l'État, vous en aviez encore 12 lors de la visite de M. Guy, et non pas 9, comme je l'avais cru. Trois chevaux étaient donc morts : vous n'en comptez que deux dans la lettre ci-dessus; mais vraisemblablement (car si cette lettre ne contient, à votre sens, « ni périphrase, ni suppositions, ni faux-fuyants », elle ne manque pas, comme vous pouvez voir, de lacunes et d'inexactitudes) il y a là quelque oubli peu important en soi. Je n'ai pas d'ailleurs à m'occuper de cette bête égarée, voulant m'en tenir aux données des rapports officiels. Il reste seulement que le jour où M. Guy vous a été envoyé, non à la mi-octobre, comme je l'avais dit approximativement, mais le 18 septembre, c'est-à-dire le lendemain de la clôture de la discussion, les chevaux de l'État avaient déjà fourni, à votre connaissance, *huit* animaux morveux (8 sur 15!), savoir : les trois morts et les n$^{os}$ 2793, 4155, 4796, 3920 et 2973. Les hommes compétents diront, en présence des lésions anatomiques constatées, à quelle date pouvait remonter la maladie chez ces huit animaux, et jusqu'à quel point les faits auraient pu ou dû figurer dans la discussion. Je me borne à rappeler que, le 24 septembre, la discussion étant close depuis huit jours, la visite de M. Guy faite depuis six jours, vous êtes revenu encore sur la question de la morve à l'occasion du procès-verbal, sans vous croire obligé de tenir compte de ce nouveau contingent d'observations, sans ajouter un seul cheval malade aux deux dont vous aviez dit un mot, un mot seulement, le 27 août (*Gaz. méd.*, n° 35, p. 550).

« Il n'est pas vrai, dites-vous enfin, que les cinq autopsies (faites le 2 octobre) aient porté sur cinq chevaux que j'avais crus guéris de la morve ébauchée. » Voyons. Vous venez de dire vous-même que, sur ces cinq animaux, un avait présenté une ulcération de la muqueuse nasale « *dont il était guéri* », et deux autres offraient « des cicatrices d'ulcérations morveuses anciennes et les apparences de la guérison. » Voilà donc trois chevaux que vous aviez crus guéris, et qui ne l'étaient pas. De quelle importance scientifique est-il que vous ayez commis cette erreur trois fois ou cinq fois? Le rapport n° 2 renferme à ce sujet le passage suivant : « Les chevaux n$^{os}$ 3920 et 2973 avaient une apparence de santé telle que les assistants les considéraient comme exempts de toute influence morbide. M. le capitaine Henry s'est exprimé ainsi : « C'est un meurtre et c'est causer *une perte* réelle à l'État que de faire abattre ces chevaux. » *Et pourtant* les nombreuses lésions rencontrées dans *les poumons ont* confirmé ***sans aucun doute pour tous, excepté peut-être pour M. Guérin***, que ces deux chevaux étaient bien réellement atteints de morve. » Quant aux chevaux *sacrifiés plus tard*, lorsqu'on voit les désordres les plus caractéristiques ravager leurs poumons sans que la maladie se soit révélée au dehors par aucun signe objectif, ou alors que les ulcérations de la pituitaire étaient cicatrisées, comment croire que vous, le partisan, le créateur de la morve ébauchée et curable, vous ayez tourné tout à coup au pessimisme et déclaré ***cardinale*** une morve à peine visible aux yeux les plus expérimentés?

Le ton avec lequel vous avez relevé mes assertions m'imposait de les maintenir en ce qu'elles avaient de fondé. Mais, en réalité, je ne m'attache sérieusement qu'aux faits dont vous m'avez amené à compléter la « divulgation ». Que vous eussiez dû ou non avertir l'Académie, soit pendant, soit après la discussion, des ravages dont vous étiez témoin; que vous ayez cru ou non, vous personnellement, à la guérison de tel ou tel cheval morveux, il n'importe nullement. Ce qui est essentiel, c'est de savoir si la morve ébauchée est ou une illusion ou une vérité; ce qui me touche, c'est que le fond des choses soit absolument tel, quant à la signification scientifique, que je l'avais dit dès le premier jour. Or :

Il était vrai au 8 novembre (date de ma première note) que 12 chevaux de l'État avaient été abattus (1) et avaient offert la morve viscérale (3 avant l'inspection, 5 le 2 octobre, 2 le 13 octobre, et 2 le 18);

Il était vrai au 15 novembre (date de mon second article), que vous n'aviez pu observer la morve ébauchée et curable sur les chevaux de l'Etat, puisque, chez tous les chevaux morveux, les poumons avaient présenté les lésions ordinaires de la morve caractérisée et incurable;

Enfin, cela est plus avéré encore aujourd'hui, puisque

(1) J'en avais compté 11, parce que vous n'accusiez que 2 chevaux abattus.

l'expérience porte sur la totalité des chevaux (moins un, qui n'a eu la morve à aucun degré), puisque tubercules, pneumonies lobulaires, abcès des poumons, existaient chez des chevaux en apparence bien portants, ou même chez des chevaux qu'un vétérinaire avait déclarés guéris « dans un rapport officiel », avant l'arrivée de M. Guy. Quant à moi, je ne puis pas ne pas voir dans cet ensemble de faits, jusqu'à preuve du contraire, la confirmation pleine et entière des assertions de MM. Bouley, Renault et Raynal ; et, s'il en est ainsi, ou vous n'avez pas reconnu la morve grave sous sa bénignité extérieure, et j'ai le droit de me défier des observations faites sur vos propres chevaux ; ou vous l'aviez reconnu, et votre doctrine en reçoit un démenti formel. Vous vous proposez, dites-vous, de montrer l'inanité de ces *lésions caractéristiques* que j'ai dit avoir été constatées à l'autopsie ; vous arguerez sans doute aussi de ces cicatrices d'ulcérations nasales. Soit. C'est affaire entre vous et les vétérinaires, notamment celui qui s'est exprimé comme vous avez vu. On examinera de près les lésions ; on verra ce que signifient les cicatrices. Jusque-là, vous avez perdu la partie.

Un dernier mot. Vos collègues de la section de médecine vétérinaire avaient soutenu la discussion avec esprit et dignité ; vous les avez couverts d'injures, tantôt de votre banc, tantôt dans votre journal. J'ai apporté dans le premier appel que je vous ai indirectement adressé une modération extrême, et telle qu'un de mes collègues de la presse m'a traité avec une certaine malice de *circonspect ;* vous avez accusé, pour une confusion d'écuries dont vous étiez seul cause, ma probité scientifique, et vous parlez maintenant de mes perfidies. Ni vos collègues ni moi ne sommes chagrinés. Mais habitué comme vous êtes à l'illusion en tout genre, il ne sera peut-être pas inutile de vous avertir que de tels procédés, employés dans chaque controverse, en particulier comme en public, et servis par une série invariable d'expressions : la *méprise*, l'*équivoque*, le *prétexte*, le *travestissement*, le *faux-fuyant*, etc., finissent par devenir fastidieux sans rapporter aucun profit ; que rien n'inspire la méfiance comme la subtilité dans la recherche des mauvais sentiments ; que c'est enfin de cette manière que *quelques personnes* arrivent à devenir une occasion incessante de trouble pour les corps savants, et, pour leurs intimes, une incommodité.

Agréez, etc.

A. Dechambre.

---

Une leçon de M. Nélaton attirait ces jours derniers un auditoire plus pressé encore que de coutume à l'*hôpital des Cliniques*. Le professeur arrivait de Londres, où il avait voulu examiner de près la pratique de l'ovariotomie, et il devait rendre un compte motivé de ses impressions. Nous sommes heureux de dire qu'il a été rendu, dans cette leçon, un juste hommage aux efforts tentés dans ce journal même — et pour la première fois en France —, par M. le docteur Jules Worms, pour substituer, sur la question de l'ovariotomie, une étude sérieuse à d'anciennes préventions.

Le professeur de l'hôpital des Cliniques avait vu à Londres cinq femmes opérées par M. Backer-Brown.

1er cas. — Femme de vingt-trois ans. Grand kyste multiloculaire, datant de deux ans, et jamais ponctionné. Opération le 31 octobre. Le kyste contenait vingt-trois pintes de liquide filant (la pinte vaut 0lit.,56793). Vue par M. Nélaton vingt et un jours après ; plaie parfaitement cicatrisée ; ventre plat et souple ; ni empâtement, ni douleur à la pression.

2e cas. — Dix-huit ans. Kyste multiloculaire, datant aussi de deux années. Opération le 24 octobre. Vingt-cinq pintes de liquide albumineux ; pédicule long de 6 centimètres. Vue vingt-huit jours après l'opération ; cicatrisation parfaite ; ventre souple. La malade se livre à la marche.

3e cas. – Quarante-huit ans. Kyste datant de six ans, ponctionné deux fois. Le 24 octobre, incision de 12 centimètres ; adhérences nombreuses du kyste, qui sont liées et coupées. Après l'opération, douleurs, fièvre. On diagnostic une péritonite partielle. Au bout de vingt-huit jours, M. Nélaton trouve la malade en bon état. Les suites de l'opération marchent bien ; il ne reste que peu de chaleur à la peau et de fréquence dans le pouls.

4e cas. — Vingt-sept ans. La malade n'est opérée que depuis sept jours. Le kyste, multiloculaire, reconnu il y a quatorze mois, contenait trente et une pintes de liquide. De nombreuses adhérences ont été détruites. Peu de douleurs consécutives ; pouls à 96 ; état général excellent ; la malade mange avec appétit et en assez grande quantité. On applique cinq points de suture métallique.

5e cas. — Dix-huit ans. Règles disparues depuis huit mois. Kyste reconnu il y a quatre mois. La malade a été préparée à l'ovariotomie par les amers et les ferrugineux. On opère en présence de M. Nélaton. Une anse intestinale se présente entre les lèvres de l'incision, et la vessie à la partie inférieure de la plaie. Des adhérences très solides et très étendues sont détruites par traction. Cette manœuvre a été longue et pénible. Une artère donna un assez fort jet de sang. On reconnut alors que l'utérus, remontant très haut, avait été saisi et intéressé avec le péritoine par l'instrument tranchant ; du sang sortait en nappe de la surface de cette section. Application de cinq points de suture métallique. Au bout de quelques heures, calme, absence de douleurs abdominales. Le soir, 120 pulsations ; aucun accident. La nuit est bonne.

Ainsi, sur cinq opérés, trois guérisons achevées, une guérison très probable, un pronostic douteux, mais peu favorable.

En somme, M. Nélaton, sans vouloir s'arrêter à un parti définitif, et tout en laissant, avec sa réserve ordinaire, ses auditeurs apprécier la signification des faits, a posé les deux principes suivants :

1° Il y a lieu d'encourager, au lieu de blâmer, les chirurgiens disposés à pratiquer l'ovariotomie quand ils la jugeront indiquée.

2° L'indication existe quand un kyste multiloculaire commence à amener le dépérissement ou une série d'accidents sérieux.

A. D.

---

L'élection d'un membre de la section d'hygiène et de médecine légale a eu lieu mardi, avec un seul tour de scrutin. C'est M. Vernois qui a été élu. Après lui, c'est M. Ménière qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages. A. D.

---

## II

## REVUE CLINIQUE.

### De la Paralysie agitante,

A PROPOS D'UN CAS TIRÉ DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR OPPOLZER.

Sous le nom de Shaking palsy, Paralysis agitans (1), le docteur Parkinson (*Essay on the Shaking Palsy*, London, 1817) a décrit une affection singulière, d'un pronostic habituellement fort grave, et où il convient surtout de noter, entre autres caractères importants, un mouvement continuel de tremblement ou d'agitation des diverses parties du corps, mouvement dont l'intensité tend à s'accroître d'une manière progressive. Comme le tableau sympto-

(1) Synonymie : *Schüttellæhmung*, Auct. Germ. — *Paralysie tremblante*. — Littré et Robin, *Dictionnaire de médecine*, 1858, p. 1033. — *Synclonus ballismus*, *Mason Good. Studium der Medizin*, Bd. III, s. 382 ; et *Hooper's Diction.*, 8e édit., London, 1848.

matologique présenté par ce médecin, bien que très succinct, indique cependant avec précision les principaux traits de la maladie, nous croyons devoir, à l'exemple du docteur Todd (1), le reproduire intégralement en manière d'introduction :

« Le début de l'affection, dit Parkinson, s'opère d'une manière » insidieuse ; rarement le malade peut en indiquer l'époque pré- » cise ; les premiers symptômes observés sont un léger sentiment » de faiblesse et une tendance à trembler qui ont lieu tantôt dans » la tête, tantôt, et plus communément, dans les mains et les » bras. Ces symptômes s'accroissent progressivement, et un an » environ à partir de l'époque où ils ont été pour la première fois » remarqués, le malade, surtout pendant la marche, tient son corps » plus ou moins fortement incliné en avant. Peu à peu les mem- » bres inférieurs deviennent à leur tour le siége de tremblements ; » et, à mesure que la maladie progresse, on les trouve de moins » en moins capables d'exécuter les ordres de la volonté : alors » l'agitation des parties affectées est tellement persistante que le » malheureux malade trouve à peine quelques minutes de repos ; » si, par suite d'un brusque changement de position, le tremble- » ment cesse dans un membre, il reparaît bientôt dans un autre » membre ; la marche, qui jusque-là avait procuré au malade un » soulagement temporaire en le soustrayant à ses tristes réflexions, » devient bientôt impraticable. S'il veut avancer, en effet, par » une action indépendante de la volonté, il se porte sur la partie » antérieure des pieds et sur les orteils, et, en danger à chaque » pas de tomber sur la face, il se voit contraint d'adopter le pas de » course. A l'époque la plus avancée de la maladie, le tremble- » ment des membres a lieu même pendant le sommeil, qu'il inter- » rompt fréquemment ; le malade devient incapable de porter ses » aliments à sa bouche, et se voit obligé, pour cet acte même, de » recourir à un secours étranger. Il y a une constipation opiniâtre, » et il faut user fréquemment des purgatifs ; quelquefois même » l'emploi de moyens mécaniques devient nécessaire pour extraire » du rectum les matières fécales. Le tronc est d'une manière per- » manente courbé en avant, et le menton appliqué sur le sternum ; » les forces musculaires ont partout diminué ; la mastication, la » déglutition même sont difficiles ; constamment la salive s'écoule » de la bouche. L'agitation enfin devient plus violente et plus con- » stante encore ; l'articulation des mots est devenue impossible ; » les urines comme les matières fécales sont rendues involontaire- » ment ; le subdelirium et le coma terminent la scène. »

Il n'est guère contestable que le travail de Parkinson soit le premier où la paralysie agitante se trouve nettement dégagée des autres états pathologiques, avec lesquels elle présente une ressemblance plus ou moins frappante, de la chorée, par exemple, et des diverses formes de tremblement par intoxication ; c'est même très vraisemblablement pour n'avoir pas envisagé les caractères pathologiques dans leur ensemble, dans leur mode d'enchaînement, et pour avoir accordé une valeur trop absolue à tel ou tel phénomène pris isolément, qu'on a cru à plusieurs reprises rencontrer dans les auteurs antérieurs à Parkinson une indication plus ou moins précise de l'affection qu'il a le mérite d'avoir distinguée. C'est bien à tort, par exemple, — du moins à ce qu'il nous semble, — qu'on voudrait retrouver dans la brève description que Sauvages et Sagar (2) ont donnée de la *Scelotyrbe festinans* tous les caractères de la *paralysie agitante*. Seule, en effet, la tendance invincible à marcher rapidement, à courir en avant, a été explicitement mentionnée par les deux nosographes ; or, ainsi que nous le verrons, c'est là un symptôme assez habituel sans doute, mais non point pathognomonique de la maladie de Parkinson. Tout en reconnaissant donc que la *Scelotyrbe festinans* et la *paralysie agitante* ont de nombreux points de contact ; qu'elles doivent, quant à présent, figurer côte à côte dans le groupe plus compréhensif des *musculations irrésistibles* (1), nous croyons qu'il convient, sous peine d'entretenir la confusion dans un sujet qui n'y prête déjà que trop, de maintenir, au moins provisoirement, l'indépendance de ces deux états pathologiques, et de les étudier séparément à titre d'espèces morbides distinctes (2).

(1) *Cyclopedia of Practical Medicine*, art. PARALYSIS, t. III, p. 259.

(2) « *Est peculiaris scelotyrbes species in qua ægri solito more dum gradi vo- » lunt currere coguntur... Est affinitas cum scelotyrbe, chorea viti ; deest flexi- » bilitas in fibris musculorum ; unde motus breves edunt, et conatu seu impetu » solito majori ; cum resistentiam illam superare nituntur, velut inviti festinant, » ac præcipiti seu concitato passu gradiuntur. Chorea viti pueros, puellasve im- » puberes aggreditur ; festinia vero senes.* » (Sauvages, *Nosolog. methodica*, class. IV, XXI, 2.) — « *Vidi Vindobonæ virum ultra 50 annos natum qui invitus » cucurrit, nec capax erat directionem mutandi ad devianda obstacula, hic simul » ptyalismo laborabat.* » (J.-B.-M. Sagar, *System. morbor. symtom.*, class. VII, ord. 4, XXII, 3.)

Depuis la publication du docteur Parkinson, plusieurs auteurs se sont occupés de la paralysie agitante ; ils ont en grande partie reproduit la description contenue dans ce travail : les uns en se bornant à la paraphraser, les autres en y introduisant des modifications suggérées par leurs propres observations, ou en cherchent à jeter quelques lumières sur la physiologie pathologique de l'affection. Nous citerons surtout parmi ces divers auteurs, Elliotson (3), Marshall-Hall (4), Stokes (5), Graves (6), Todd (7), Canstatt (8), Blasius (9), Basedow (10), le docteur Romberg dans son ouvrage sur les maladies du système nerveux (11), et le professeur Hasse dans le *Manuel de pathologie*, publié sous la direction de M. Virchow (12), ont aussi traité, avec quelques développements, de la paralysie agitante (13). En France, nous ne voyons guère que M. le docteur Sée et M. le professeur Trousseau qui aient mentionné cette affection d'une façon explicite ; le premier dans son mémoire sur la chorée (14), le second dans une de ses leçons cliniques faites à l'*Hôtel-Dieu* (15).

Quelle que soit l'importance de quelques-uns des documents que nous venons d'indiquer, la paralysie agitante est, incontestablement, une affection généralement fort peu connue. Les observations recueillies avec soin et publiées dans tous leurs *détails* sont très rares ; il existe surtout une grande pénurie de renseignements concernant l'anatomie pathologique de cette *maladie* ; *aussi* espérons-nous qu'on ne lira pas sans intérêt la *relation du fait* suivant sur lequel le professeur Oppolzer appelait *récemment* l'attention de ses auditeurs (16).

OBS. — Un homme de soixante et douze ans, très maigre et très chétif, fut admis à la Clinique le 20 juin pour y être traité d'un tremblement violent qui le mettait hors d'état de se servir de ses mains. Voici ce qu'a raconté cet homme concernant le début de sa maladie. Il n'avait, jusqu'à l'âge de soixante ans, éprouvé aucune maladie sérieuse, lorsque, en 1848, pendant le bombardement de Vienne, il fut conduit par le hasard au milieu du lieu du combat. Là, il fut saisi d'une terreur telle qu'il lui fut impossible de retourner chez lui, et qu'on fut obligé de l'y conduire. A peine s'était-il un peu remis, qu'une bombe vint à éclater près de sa maison, et renouvela son effroi. Quelques heures après ces divers événements, en voulant prendre un peu de nourriture, il s'aperçut qu'il lui était impossible de se servir de ses mains parce qu'elles étaient prises immédiatement d'un tremblement violent, dès qu'il s'agissait d'opérer un mouvement. Il remarqua aussi, peu de temps après, que les

(1) Roth, *Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée anomale*. Paris, 1850.

(2) Copland (*A Dictionary of Practical Medicine*, art. PARALYSIS) cite Harscher, Diemerbroeck, Schelhammer et Hamberger, comme ayant décrit la paralysie agitante antérieurement à Parkinson ; mais il ne donne pas d'indications qui permettent de vérifier son assertion. Nous ne voyons pas non plus que J. Frank, cité encore par Copland, ait indiqué cette maladie, au moins d'une façon suffisante.

(3) Elliotson, *Principles and Practic. of Medicine*, London, 1839.

(4) Marshall-Hall, *On the Diseases and Derang. of the Nervous System*, 1841, p. 320.

(5) Stokes, *Clinical Lectures*.

(6) Graves, *A System of Clinical Medicine*, Dublin, 1843, p. 714.

(7) Todd, *loc. cit.*

(8) Canstatt, *Im. Correspondenz-Blatt Bayer. Aerzte*, 1842, n° 14.

(9) Blasius, *Stabilitæts Neurosen* (*Archiv für Physiologische Heilkunde*, 1851, s. 225).

(10) Basedow, *Casper Wochenschrift*, 1851, n° 33.

(11) Romberg, *Lehrbuch der Nerven-Krankheiten*, p. 371.

(12) Hasse, *Virchow's Handbuch*, Bd. IV, p. 306.

(13) Si nos souvenirs ne nous trompent pas, M. Cohn aurait publié un travail sur *la paralysie agitante* dans un journal allemand, que malheureusement nous n'avons pas pu nous procurer.

(14) G. Sée, *De la chorée et des affections nerveuses en général*, Paris, 1851, p. 110.

(15) Trousseau, *Union médicale*, 8 février 1859.

(16) *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1861, n°s 36 et 38. — *Spitaler Zeitung*.

membres inférieurs étaient également le siége d'un tremblement; mais celui-ci était beaucoup moins violent et n'empêchait pas la marche. La maladie, non-seulement résista à tous les moyens employés, mais encore s'aggrava progressivement. Le tremblement persistait même pendant le repos du malade, et s'étendit à des muscles qui jusque-là n'avaient point été envahis; enfin il s'y joignit de la paralysie. Au bout de quelques années, le malade se vit dans l'impossibilité de demeurer dans la position verticale; dès qu'il cherchait à se tenir debout, il éprouvait une irrésistible propension à tomber en avant; il lui fallait alors, pour éviter la chute, saisir les objets environnants ou marcher à pas précipités. L'acuité de ses sens et des facultés intellectuelles avait diminué lentement, mais d'une manière progressive.

L'usage du thé, du café ou des boissons spiritueuses augmentait toujours le tremblement; l'agitation des membres inférieurs était surtout prononcée le soir, lorsque le malade avait marché pendant la journée.

Il y a environ six mois, les sphincters, celui de la vessie en particulier, furent pris de paralysie; le malade fut admis alors à l'Hôpital général pour y être traité de ces nouvelles affections qui, au bout d'un mois, parurent s'être quelque peu amendées.

Il y a cinq semaines, à la suite d'un violent accès de vertige, le malade s'affaissa tout à coup sur lui-même, et se trouva dans l'impossibilité de se relever; cependant il ne perdit nullement connaissance pendant toute la durée de l'attaque. Depuis cette époque, l'émaciation s'est accrue très rapidement; la station et la marche ne sont plus possibles que pendant un très court espace de temps, et elles exigent de grands efforts; en outre, la parole est embarrassée.

Lors de son admission à la Clinique, le malade est dans l'état suivant: amaigrissement très prononcé; teinte terreuse du tégument externe, dont la surface est recouverte de nombreuses écailles épidermiques; la sécrétion de la sueur, augmentée au visage, paraît diminuée, au contraire, sur les autres parties du corps; la température cutanée paraît inférieure à ce qu'elle est dans l'état normal.

Les muscles de la face, de la langue, du cou, ceux des extrémités supérieures, sont le siége de tremblements violents, incessants pendant la veille, et qui ne cessent complétement que lorsque le sommeil est profond. Les extrémités supérieures ne présentent le tremblement que d'une manière périodique, et dans les moments où il y a exacerbation générale de tous les symptômes. Les muscles atteints de tremblement sont en *même temps le siége de contractures*, principalement les muscles du cou et des épaules.

Les pupilles sont également dilatées, et se rétrécissent également sous l'influence de la lumière.

La bouche ne peut être close qu'incomplétement, et la salive coule des deux côtés sur la peau du menton.

Il ne paraît exister aucune lésion viscérale; seulement il y a un peu de matité en avant et en arrière dans la région correspondant au sommet du poumon droit. En ces points, en outre, l'auscultation fait percevoir une diminution du murmure respiratoire. Les artères temporales et celles des extrémités, l'artère brachiale du côté droit principalement, sont flexueuses et rigides.

Partout la sensibilité est normale. Les muscles réagissent, bien qu'assez faiblement, sous l'influence de l'incitation électrique.

Il y a souvent des vertiges, plus rarement de la céphalalgie. L'évacuation des matières fécales a lieu d'une manière normale; les urines sont alcalines et contiennent une certaine quantité de pus.

Le malade répond très lentement, mais assez nettement, aux questions qu'on lui adresse. La physionomie exprime l'indifférence et l'apathie. On prescrit l'emploi du sous-carbonate de fer (4 grammes en six doses pour trois jours).

Voici maintenant l'indication sommaire des phénomènes observés ultérieurement. Du 22 au 24 juin, il s'établit une diarrhée assez intense, avec selles involontaires, qui cède à l'emploi des lavements laudanisés. On reprend, le 24, l'usage du carbonate de fer, qui avait été supprimé momentanément pendant l'existence de la diarrhée.

*25 juin.* Le malade a peu dormi la nuit, et il a eu du délire; vers dix heures du matin, il se déclare un accès épileptiforme pendant lequel la tête était convulsivement entraînée à droite pendant que l'œil droit était tourné en dehors et en haut, et l'œil gauche en bas et en dedans. En même temps les paupières et la langue étaient le siége de mouvements d'oscillation continuels, tandis que les muscles du visage et du cou étaient roides et durs. Les membres, tant inférieurs que supérieurs, au contraire, restèrent flasques et n'offrirent que peu de résistance aux mouvements qu'on cherchait à leur imprimer. Pendant cet accès, qui dura environ huit minutes, la respiration et le pouls étaient faibles et irréguliers, la perte de connaissance était absolue.

Pour le cas où de pareils accès viendraient à se reproduire, M. Oppolzer prescrit l'emploi des inhalations de chloroforme qui ne devront pas être poussées jusqu'à la production du narcotisme; ces inhalations devront être suspendues si le malade est pris de sommeil comateux.

Le 1er et le 7 juillet, de nouveaux accès éclamptiques se produisirent, à la suite desquels le tremblement cessa chaque fois, pendant une demi-heure environ, pour se montrer ensuite de nouveau avec sa première intensité. D'ailleurs, la susceptibilité générale parut s'émousser et s'amoindrir de jour en jour; le facies présente une expression de stupeur qui rappelle la physionomie des individus atteints de fièvre typhoïde parvenue à la seconde période. Le ventre est ballonné, il y a des selles involontaires; l'urine contient une certaine quantité de carbonate d'ammoniaque, et contient toujours quelques globules de pus. Le malade est plongé dans une sorte de sommeil incomplet, et il est à peu près impossible de fixer son attention. Il ne répond que par des monosyllabes aux questions qui lui sont adressées. Les forces diminuent rapidement, et il survient, dans les derniers temps de sa vie, une pneumonie. Le malade succombe le 10 juillet.

*Autopsie.* — Plusieurs cavernes tuberculeuses au sommet du poumon droit. Hépatisation granuleuse du lobe inférieur du même poumon. Les deux ventricules du cœur sont dilatés, et contiennent du sang coagulé; leurs parois musculaires sont décolorées et friables. Induration de la base des valvules aortiques; dilatation et ossification de la crosse de l'aorte. Rate volumineuse. La membrane muqueuse vésicale est rouge, injectée, et la tunique musculaire de la vessie est injectée; les autres organes abdominaux ne présentaient d'ailleurs aucune altération notable.

Les parois de la voûte crânienne sont très minces, et présentent des rugosités à la surface de la table interne. La dure-mère est épaissie et adhérente, çà et là, à la table interne de la voûte du crâne. La pie-mère est opaque, infiltrée de sérosité; il existe également une assez grande quantité de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les circonvolutions cérébrales sont amincies; les sillons qui les séparent paraissent plus profonds qu'à l'état normal; la substance corticale est d'un brun pâle; la substance médullaire parfaitement blanche et sillonnée de vaisseaux dilatés. La substance cérébrale est consistante, humide. Dans les ventricules, il existe plusieurs drachmes de sérosité transparente. L'épendyme, principalement au niveau de la corne postérieure, est granuleux, Dans l'épaisseur de la couche optique du côté droit on trouve un kyste apoplectique du volume d'un petit haricot, et dont les parois contiennent du pigment. *Le pont de Varole et la moelle allongée sont très manifestement indurés.* La moelle épinière est consistante; dans les cordons latéraux, principalement à la région lombaire, la substance médullaire est parsemée de stries grises opaques. A l'examen microscopique, on trouve *dans l'épaisseur du pont de Varole et de la moelle allongée une production anormale du tissu conjonctif*, ce qui explique l'induration que présentent ces parties. *Quant aux stries opaques observées dans les cordons latéraux de la moelle, elles dépendent de la présence de tissu conjonctif en voie de développement.*

Il s'agit, en résumé, dans cette observation, d'un homme de soixante-douze ans, chez lequel la maladie s'est déclarée vers l'âge de cinquante-neuf ans sous l'influence de violentes émotions de frayeur. *Le tremblement caractéristique* se manifesta d'abord dans les mains, puis gagna les membres inférieurs. Plus tard, les muscles du cou, de la face, de la langue furent pris. Déjà alors cet homme avait *une grande faiblesse des membres et une irrésistible tendance à tomber en avant dès qu'il voulait se tenir debout.* Dans les derniers temps de la maladie, il eut une attaque d'hémorrhagie cérébrale, puis des accès épileptiformes. L'examen nécroscopique fit voir un ancien foyer hémorrhagique dans la couche optique du côté droit, et l'on trouva en outre *une induration du bulbe rachidien et de la protubérance annulaire, ainsi que les cordons latéraux de la moelle épinière, surtout à la région lombaire, induration constituée par un développement anormal du tissu conjonctif de ces organes.*

La lecture de cette intéressante observation nous a suggéré l'idée d'en rapprocher les descriptions et les faits cliniques rapportés par les auteurs que nous avons cités, et d'esquisser, à l'aide de ces matériaux, une courte histoire de la paralysie agitante. Cette histoire, pour laquelle nous mettrons encore à profit plusieurs cas qui ont été, pendant longtemps, soumis à notre observation, sera nécessairement fort incomplète; mais elle aura du moins, nous l'espérons, l'avantage d'indiquer, en même temps que les points définitivement acquis à la science, les nombreuses lacunes qui restent à combler.

J.-M. Charcot et A. Vulpian.

## III

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Folie héréditaire.

CONDAMNATION POUR OUTRAGE PUBLIC AUX MŒURS, D'UN INDIVIDU QUI COMPTAIT DES ALIÉNÉS DANS SON ASCENDANCE PATERNELLE ET MATERNELLE ; CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LES ACTES IMMORAUX ET PERVERS, COMMIS PAR DES INDIVIDUS NON ALIÉNÉS ; par le docteur MOREL (de Saint-Yon).

(Suite et fin. — Voir le numéro 46.)

§ II.

Je vais relater très brièvement les circonstances du délit pour equel le nommé Charles D... a été condamné à un an de prison par le tribunal de police correctionnelle du Havre. Je discuterai ensuite les motifs qui me portent à établir l'aliénation du prévenu et la variété spéciale de folie à laquelle il appartient. Cette étude nous place sur le terrain médico-légal proprement dit, mais elle est en même temps une question de diagnostic.

OBS. I. — Depuis quelque temps les agents de la police du Havre surveillaient les démarches d'un homme accusé par quelques personnes de venir régulièrement dans un lieu qu'il semblait choisir avec prédilection pour s'y livrer à des actes de masturbation. Cet outrage abominable aux mœurs était accompagné, dit-on, de gestes et de paroles qui dénotaient les instincts érotiques de cet homme, et alarmaient justement la pudeur des femmes et des jeunes filles qui passaient. L'auteur de ces actes honteux était signalé ; on savait que c'était un homme marié, âgé de trente et un ans, un père de famille, peintre en bâtiments, et qui, exerçant publiquement cette profession, ne pouvait donner à croire qu'il fût aliéné. Lorsque Charles D... se voyait surveillé, il dépassait l'endroit où il s'arrêtait d'ordinaire, et, après de longs détours, revenait invariablement, *fatalement* (je me sers avec intention de ce terme) se placer dans son endroit de prédilection, où il se livrait à la perpétration des mêmes actes. Le jour où il fut arrêté, *flagrante delicto*, le nommé V..., agent de la force publique, avoua plus tard au commissaire central qu'il avait vu Charles D... mangeant le sperme qu'il avait éjaculé. Ce n'est que sur la prière de l'inculpé que l'agent n'avait pas indiqué cette circonstance dans sa déposition.

Tel est, dans sa triste réalité, le fait sur la nature duquel nous allons émettre notre opinion. Je dois dire préliminairement comment l'acte incriminé fut considéré par le médecin expert, délégué du tribunal.

OBS. II. — L'accusé se présenta au médecin chargé de l'examen dans des circonstances analogues à celles où je l'ai moi-même observé à la prison de Rouen après sa condamnation. Il est très déprimé, tout en paraissant indifférent à son sort ; c'est un individu de taille moyenne, d'un tempérament sanguin. Sa figure est régulière ; ses traits ont une certaine harmonie d'expression, mais ils révèlent un caractère enfantin et indécis, à tel point que, malgré l'état de profonde dépression dans lequel il est plongé, on ne donnerait pas au prévenu l'âge de trente et un ans qu'il a en réalité. Sa démarche est chancelante, et le côté gauche est affecté d'un léger tremblement ; il a aussi un certain embarras de la langue, et l'on croirait, à première vue, avoir affaire à un individu ivre ou atteint d'un commencement de paralysie générale. Il se plaint en outre d'une violente douleur à la partie supérieure de la tête ; l'appétit est ordinaire. Toutefois, l'inculpé n'a pas de fièvre, ni aucun dérangement spécial des fonctions digestives ; cependant les nuits sont inquiètes, agitées. Ch... se relève souvent lorsqu'il est couché, et a de la peine à retrouver son lit. Je n'ai pas, il est vrai, constaté chez lui d'hallucinations spéciales de la vue ou de l'ouïe, mais il a des bruissements dans les oreilles, et souvent la vue se trouble.

A toutes les questions qui lui sont adressées, Ch... répond : « Je ne » sais pas, je ne comprends pas comment j'ai fait de pareilles choses, je » n'y suis plus par moments ; je ne me comprends plus, ma tête se perd. » J'en souffre là, dit-il, en mettant la main sur la partie supérieure du » crâne. Je suis pris par moments de frayeurs, de tremblements ; je ne » sais plus ni ce que je dis, ni ce que je fais. — Mais cependant, lui » objecté-je, vous exercez une fonction, vous êtes peintre en bâtiments. » Tout ce que vous exécutez demande de la raison, de la réflexion, la » conscience des actes. — C'est vrai, dit-il, je vais, je viens chez » les clients ; je prends mes mesures, je toise, je donne des ordres ; mais, » s'il faut établir un compte, faire un calcul, je n'y suis plus, et si » femme ne m'aidait pas dans mes opérations, je ne pourrais me » d'affaire. » Il est impossible d'en savoir davantage sur les mo ont déterminé cet homme. Si les questions qu'on lui adresse sem le réveiller un instant, il retombe bientôt après dans son état de t et d'anéantissement.

Deux faits dominaient la situation mentale du prévenu. père, livré à l'alcoolisme, est mort aliéné, et avait de fréq accès de fureur ; sa tante maternelle, tourmentée, penda longues années, d'un délire des persécutions, est aujourd'hui un état complet d'idiotisme. D'un autre côté, l'individu incri se livrait depuis quelque temps, dit-on, à des excès d'absinth l'on pouvait être conduit à penser que l'hérédité d'une part et coolisme d'une autre, n'étaient pas étrangers à une situation tale qui se révélait à l'observation par une prostration po jusqu'à l'hébétude et par une espèce de tremblement ner propre aux ivrognes. Le médecin expert tint compte de ces d circonstances, mais il en conclut que, si ces causes ont amené état de surexcitation, il existe cependant entre cet état nerveux la folie un pas considérable à franchir. Placé en présence de juges, le prévenu ne dit rien pour sa défense ; il se montre a indifférent à sa situation que s'il s'agissait de la condamnatio d'une autre personne. Bref, son attitude pendant les débats, son hébétement dut être interprété comme une absence de t sentiment, de tout remords, n'était pas de nature à lui attir l'indulgence du tribunal ; aussi a-t-il été condamné.

Dans l'étude médico-légale à laquelle je me livrai pour essay de rapporter les actes du prévenu à leur véritable origine pathologique, je dus examiner si l'alcoolisme était le point de départ des actes immoraux de l'inculpé, ou si cette habitude funeste, ainsi que les tendances érotiques du prévenu, n'étaient pas plutôt consécutives à l'état névropathique général dont il s'agissait de préciser le véritable caractère. J'arrivai, par l'examen rétrospectif des faits, à la conviction que les actes immoraux commis par l'accusé en dernier lieu, et que ses écarts de régime étaient consécutifs à l'état névropathique que j'ai déjà signalé, et qui dans l'intérieur de la famille se révélaient, depuis des années, par des actes si excentriques et si dangereux. Je pus établir en toute conviction que ces actes étaient les résultats d'une folie spéciale que l'on peut appeler à juste titre *folie héréditaire*. On sait que l'hérédité de maladie, chez les descendants, ne se révèle pas seulement par des faits similaires à ceux que l'on a observés chez les ascendants, mais par des faits qui indiquent une progression dans le mal. De là les dénominations d'*hérédité à forme similaire*, *hérédité à forme progressive*.

Pour se faire une idée de cette sorte d'aberration mentale, qui place ceux qui en sont atteints dans une situation pathologique où, selon l'expression de Paul Zacchias, le mal se développe progressivement (*per gradus incidens*), où le retour des phénomènes morbides s'établit périodiquement (*per circuitus, per intervalla rediens*), pour se faire, dis-je, une idée de cette sorte d'aberration, il faut reprendre les choses de plus haut. Il importe que le médecin expert remonte avec patience, et jusqu'à ce qu'il soit arrivé à l'origine du mal, le cours des phénomènes pathologiques qui se succèdent et se commandent réciproquement chez l'aliéné. C'est le seul moyen, d'une part, de se rendre compte de la génération de la folie, et, de l'autre, d'éclairer l'autorité judiciaire pour laquelle les appréciations de la médecine doivent avoir un sens clair, rigoureux et irrécusable. J'épargnerai au lecteur le long travail d'investigation auquel je me suis livré pour rattacher à sa véritable origine maladive l'acte immoral qui amena la condamnation du prévenu.

Je me contenterai de dire que, né avec un caractère faible, indécis et cependant excessivement mobile, avec une tendance à la morosité, avec une disposition innée, *instinctive*, à des actes bizarres, ridicules, excentriques, empreints de ce cachet d'hypochondrie qui porte les individus à s'occuper démesurément de la santé, à se rendre ridicules par leurs habitudes et par leurs ... par leur manière de vivre, Charles D... donnait, depuis quatre ans, les preuves irrécusables de cette espèce de folie qui appa

tient aux transmissions héréditaires de mauvaise nature, et dont les symptômes principaux sont les suivants : *alternances entre des états d'excitation et de dépression; retour périodique de certains phénomènes morbides dans la sphère des fonctions physiologiques, intellectuelles et affectives.* La périodicité maladive se révèle, dans les cas de ce genre, *par les névralgies, par la surexcitation nerveuse poussée jusqu'à l'hyperesthésie, pour faire place ensuite à l'anesthésie; par le manque de sommeil, alternant avec une torpeur extrême, un sommeil immodéré; par des inappétences, des troubles des fonctions digestives, remplacés ultérieurement par des appétits excessifs, bizarres, dépravés,* qui portent les individus à adopter des régimes excentriques, à l'instar de certains hypochondriaques, à faire des excès de boissons pour se *donner du ton, pour relever leurs forces.* Tous ces différents états se développent graduellement (*per gradus incidentes*); ils se succèdent, ils alternent, ils reviennent par de longs circuits (*per circuitus, per intervalla redientes.*)

Dans la sphère des fonctions intellectuelles et affectives, la loi d'alternance se présente avec la même fatalité : *excitation intellectuelle, manifestation d'idées vives, nettes, lucides, alternant avec la torpeur de l'esprit, avec la production d'idées tristes, bizarres, excentriques. Tantôt la sensibilité morale des malades est comme anéantie; ils sont indifférents à tout ce qui les entoure; tantôt ils pleurent facilement et sans motifs; ils passent presque sans transition de l'amour à la haine; ils s'attendrissent d'une façon ridicule.*

On peut objecter que les symptômes en question peuvent appartenir à d'autres variétés de la folie, à la *paralysie générale* par exemple, qui se signale aussi par de grandes alternatives entre la dépression et l'excitation, ainsi que par des rémittences très longues; cela est vrai, mais ce qui forme le caractère pathognomonique par excellence de la folie héréditaire, *c'est la manifestation pour ainsi dire subite, instantanée, fatale, d'actes bizarres, ridicules, excentriques,* dans quelques circonstances; *immoraux, dépravés, au suprême degré,* dans quelques autres.

C'est ainsi que, chez des individus d'ordinaire chastes dans leurs mœurs, sobres dans leurs goûts, on observe une surexcitation de l'instinct génésique et une tendance irrésistible pour les liqueurs alcooliques. Ces actes insolites, qui se révèlent bien plus encore par *la dépravation des instincts que par le trouble et le désordre des idées,* doivent être étudiés avec soin si l'on veut établir leur filiation pathogénique, autrement on risque de les confondre avec les symptômes d'autres affections. En effet, il est des individus, en dehors de l'aliénation proprement dite, qui, sous l'influence de certaines causes, éprouvent une surexcitation maladive des instincts génitaux et une dépravation de telle ou telle fonction.

Tout ce que je tiens encore à constater, c'est que la désignation de *monomanie*, que l'on donne souvent à la prédominance des actes délirants chez les aliénés raisonneurs, est une désignation mauvaise, qui ne fait qu'indiquer l'ignorance où nous sommes de l'origine de la maladie. D'ailleurs, sans compter que ce terme a plus d'une fois compromis devant la justice la position des aliénés, il a encore cet autre inconvénient, de nous faire accepter pour des *entités morbides distinctes*, certains phénomènes extraordinaires, certaines manifestations maladives qui ne sont que les symptômes de l'affection nerveuse dont sont atteints les individus.

Les fous héréditaires commettent les actes les plus désordonnés, les plus insensés, les plus dangereux, sans qu'ils puissent alléguer de motifs, ou bien leurs motifs sont des plus futiles. Ils n'ont généralement rien de commun avec ce que l'on observe chez les *délirants par persécution.* On reste effrayé en présence de leurs tendances au suicide, à l'homicide, et cela parfois dans l'âge le plus tendre. J'ai signalé des instincts inouïs de cruauté chez des enfants nés de parents aliénés, alcoolisés ou affectés de tel ou tel autre état névropathique. Les malades de cette catégorie se font remarquer, non-seulement par de *longs intervalles lucides,* mais par des situations mentales où il est difficile de les prendre en flagrant délit de déraisonnement : *in quibus mente constant et ad omnia ut cæteri sanæ mentis homines sufficiunt.*

Cette appréciation d'un médecin légiste du XVI^e siècle, de P. Zacchias, résume la position des aliénés dont l'état mental a été désigné sous les noms de *monomanie, folie maniaque ou raisonnante, folie morale* (moral insanity), *folie instinctive, folie lucide.* Ces diverses folies, qui se signalent toutes par les dispositions instinctivement mauvaises des individus, ont, dans la presque généralité des cas, le même point de départ pathogénique qui est l'*état névropathique ou aliéné des ascendants*, parfois même *leurs simples habitudes d'intempérance.* Je ne rappellerai pas à ce propos ce que j'ai dit dans mes *dégénérescences* des enfants qui n'ont été conçus, *ni au point de vue du bien physique, ni au point de vue du bien moral dans l'humanité,* et chez lesquels les transmissions héréditaires se révèlent ultérieurement *par la perversité des instincts.*

Ces divers états maladifs qui, ainsi que je le disais plus haut, se signalent bien plus encore par la dépravation des instincts et la lésion des sentiments que par le trouble et le désordre des idées, peuvent être compris sous la désignation générique de *folie héréditaire*, en ce sens que le point de départ du mal dont sont atteints ces aliénés doit être recherché jusque dans les conditions morbides des ascendants, ou tout au moins dans les influences de mauvaise nature qui ont présidé à la naissance des enfants.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait nier, chez un grand nombre d'aliénés, la perpétration d'actes que ceux-ci commettent *instinctivement, fatalement,* sans qu'ils puissent alléguer, ainsi que cela se voit pour d'autres variétés de folie, avoir agi sous l'influence d'une hallucination ou de tout autre mobile de l'ordre physique ou de l'ordre moral. Ce phénomène s'observe aussi chez les épileptiques, comme je l'ai fait observer dans mon mémoire sur l'*Épilepsie larvée*, et comme M. le docteur Jules Falret l'a récemment démontré dans un remarquable travail sur le même sujet. Dans les cas de ce genre, les impulsions sont *instinctives, spontanées, imprévues,* non pas dans l'espèce en général, mais chez l'individu appartenant à telle ou telle variété maladive, et qui, lorsque les juges l'interrogent, répond *qu'il ne sait pas, qu'il ne comprend pas comment il a agi.* Grand serait souvent l'embarras du médecin expert, s'il ne pouvait rapprocher *ces états impulsifs*, de certaines perversions des fonctions organiques, qui se traduisent *par des migraines atroces, intolérables, par des névralgies périodiques, par des troubles caractéristiques des grandes fonctions de l'économie, par des névroses apparentes ou larvées, etc.*

Au reste, la difficulté de faire excuser les actes de ces sortes d'aliénés existait déjà du temps de P. Zacchias. Cet éminent médecin implore en leur faveur la clémence des magistrats. Il est néanmoins à craindre, ajoute-t-il, que si, dans quelques circonstances (*in non ullis*) les juges défèrent à l'opinion des médecins, ils ne soient portés, dans quelques autres, à prononcer des sentences injustes : *male in judicando sententiam ferent* (P. Zacchias, quæstio IV, p. 1.)

Le prévenu Charles D... appartenait évidemment à cette catégorie d'aliénés que Paul Zacchias recommande à la clémence des magistrats; il était né d'un père aux tendances alcooliques, et il comptait une tante maternelle aliénée dans son ascendance. J'ai dit que, depuis plus de quatre ans, il donnait les preuves d'un dérangement de ses facultés intellectuelles, et l'acte immoral pour lequel il a été condamné doit se ranger dans la série des manifestations morbides qui se produisent avec les caractères que j'ai indiqués, c'est-à-dire *instinctivement, fatalement.* Ces manifestations instinctives, fatales, n'excluent pas toujours, il s'en faut, une progression dans le mal (*incidens per gradus*), une période de rémittence qui fait que l'affection se reproduit avec la même forme après de longs intervalles (*per intervalla, per circuitus rediens*).

Au reste, je ne puis mieux faire connaître la marche et le développement de la folie héréditaire qu'en citant textuellement les détails écrits qui m'ont été adressés par la femme de ce malheureux. Je compléterai ainsi l'étude medico-légale que je livre aux méditations de mes confrères.

OBS. — Mon mari avait d'abord des habitudes très bizarres; il n'aurait pas mangé si ce qu'on lui avait servi n'était pas placé *dans son assiette ordinaire.* Il lui fallait *un verre spécial* pour lui; les boissons ne valaient rien dans un autre. A table, c'était *telle place qu'il occupait et non telle autre*, encore fallait-il qu'il n'y eût personne à côté de lui.

Par moments, il était d'une gaieté insupportable, et l'instant d'après

d'une tristesse et d'une préoccupation qu'il ne pouvait définir, et *qui souvent aboutissaient lorsqu'il avait bien pleuré.*

Il s'arrêtait devant n'importe quelle gravure, et, selon que le sujet était triste ou gai, il *se le rapportait à lui.* Souvent aussi, en entrant dans l'appartement où il était, *je le surprenais parlant seul*, et continuant devant moi sans me dire de quoi il s'agissait.

Il avait une autre habitude, celle de casser n'importe quel objet *pour en voir l'intérieur.* Il aurait joué pendant une heure entière avec un jouet appartenant à son fils. Je prenais cela pour un enfantillage *lorsque c'était grave.*

Il avait un sommeil lourd. Lorsqu'il s'y livrait pendant le jour, *il fallait le secouer pour le réveiller.* Et puis encore, lui ordinairement si bon pour moi et pour son enfant, il se portait par moments à des brusqueries sans en avoir de motifs. Il se mettait *dans de violentes colères*, et, dans ces instants, *il se serait fait du mal, et aurait sauté par une fenêtre*, si on ne l'en eût empêché. En lui parlant doucement, il revenait vite, et *demandait pardon de ce qu'il venait de faire sans se rendre compte pourquoi et comment il avait fait cela.*

Il se plaignait, depuis *quelque temps de maux de tête*, et la place où il souffrait le plus, c'était le dessus de la tête. Il y avait des jours où il prenait *des aliments avec exagération*; puis, le plus souvent, *rien ne lui semblait bon.* Il ne mangeait plus ou il choisissait une foule de mets qu'il mélangeait, prétendant que cela lui faisait du bien..... Nous disions souvent que c'étaient là *des mets à la Charles* (nom du prévenu) et c'est dans ces moments *qu'il prenait de l'absinthe pour se donner de l'appétit*, lui qui, auparavant, n'avait aucun goût pour les liqueurs fortes.

Ses rapports matrimoniaux ont toujours été, et surtout avec les progrès de sa maladie, *ceux d'un homme excessivement emporté*, à ce que dit sa jeune femme. Elle entre à cet égard dans des détails qui prouvent suffisamment que son mari était livré à une grande exaltation du sens génésiaque.

J'ai souligné plusieurs passages de ce document, dont il faut accepter la véracité, à moins de supposer que son auteur a puisé dans les ouvrages spéciaux les caractères de la maladie de son mari. J'aurais dû les souligner tous, tant il est vrai de dire qu'ils sont l'expression d'un état irrécusable de folie. Je ne fais pas allusion à une folie consécutive à l'alcoolisme ou aux habitudes solitaires, comme on serait porté à le croire en examinant isolément l'acte incriminé. Je signale une folie lente, graduée, *incidens per gradus*, une folie revenant par périodes, *per circuitus rediens*, une folie héréditaire, en un mot, avec perpétration d'*actes automatiques, instinctifs*, qui, dans la pensée de celui qui les commet, ne se rattachent à aucun système délirant, ou, si l'on préfère, à aucune idée insensée prédominante. Ces actes sont le produit aveugle et *fatal* d'un organisme d'autant plus troublé ou perverti que l'aliéné agit sous l'influence de prédispositions héréditaires de mauvaise nature. Cela est si vrai que, dans un grand nombre de cas, la folie de tel ou tel individu n'est que le complément ou la terminaison de l'état névropathique d'un de ses ascendants. C'est là, il faut bien en convenir, un enchaînement redoutable, mystérieux, de phénomènes morbides qui se succèdent et se commandent réciproquement. Mais, quelque profond que soit ce mystère, il faut accepter son existence ; quelque terrible que soit la loi de l'hérédité, on ne saurait en nier les fatales conséquences.

Telle est la conclusion que j'ai portée, et que, malgré l'éloquence avec laquelle il a plaidé cette cause, M^e^ Pouyer, avocat, n'est pas parvenu à faire prévaloir.

Le nommé Ch....... est cependant un aliéné ; mais la variété de folie dont il est atteint implique de tels intervalles lucides, son évolution s'opère avec tant de lenteur, la persistance du raisonnement en présence de l'absence du sentiment, de la dépravation maladive des actes, offre de tels contrastes, que la conscience des magistrats, ainsi que je le disais en commençant, s'indigne et se révolte, et qu'il leur est difficile de considérer ces individus comme des aliénés. D'un autre côté, l'intérêt social n'exige-t-il pas que, comme l'ont avancé plusieurs magistrats et même quelques médecins, tel ou tel inculpé soit sacrifié pour que son exemple ne puisse servir d'encouragement et d'excuse à la perpétration d'actes que d'autres individus seraient tentés de commettre par esprit d'imitation ? Lorsqu'un médecin vous affirmera qu'un homme a la monomanie du vol, de l'homicide ou de l'incendie, disait un président de cour d'assises dans une cause où j'étais requis comme médecin expert, ayez la *monomanie* de le condamner.

Établissons d'abord que le médecin appelé à éclairer la justice sur l'état mental d'un prévenu n'a pas à se préoccuper de l'intérêt social que, dans la circonstance présente, il n'a pas mission de défendre. Son rôle est exclusivement scientifique ; il est chargé de répondre catégoriquement à la question de savoir si, au moment de la perpétration de l'acte incriminé, l'accusé jouissait de sa raison. Il est bien évident que le médecin ne peut arriver à une conclusion affirmative ou négative qu'à la condition de s'en tenir à l'observation médicale des faits, ainsi que s'il s'agissait de poser le diagnostic d'une maladie.

C'est la méthode que j'ai employée dans l'exemple qui a fait le sujet de cette étude. C'est grâce à cette méthode exclusivement scientifique que nous n'aurons plus à encourir le reproche de faire passer les inculpés pour des *monomanes. L'homicide, le vol, l'incendie, la dépravation des actes* chez les aliénés ne doivent être considérés, je le répète encore, que comme les symptômes d'une maladie dont il s'agit de prouver l'existence, et non pas comme des *entités morbides* distinctes, sous les désignations de *monomanie homicide, monomanie incendiaire* (pyromanie), *monomanie du vol* (kleptomanie). Ainsi en est-il des autres tendances maladives des aliénés qu'il importe de rapporter à leur véritable origine pathologique, si l'on ne veut pas compromettre la situation d'un prévenu devant la justice. Dans l'exemple cité plus haut, où un président de cour d'assises mettait si bien les jurés en garde contre *les tendances* des médecins à voir des monomanes partout, je n'ai pas eu besoin de recourir à la théorie de la monomanie. Il s'agissait d'un individu accusé de vol, mais l'auteur du délit était un paralysé général. Or, nous savons tous qu'un des symptômes de la paralysie progressive est la disposition des malades à recéler des objets, à dérober des choses d'une valeur insignifiante et auxquelles, dans leur délire, ils attachent un grand prix.

D'un autre côté, dans l'examen médico-légal *des faits, le médecin* ne se laissera pas influencer par l'excessive *immoralité des* actes chez un individu, ainsi que par l'indignation que soulèvent ces mêmes actes. Nous avons vu que des individus d'une immoralité notoire ont passé pour aliénés, *et cependant* ils ne l'étaient pas. L'erreur peut également s'appliquer à de véritables aliénés qui ont été condamnés comme criminels.

Je ne veux pas étendre indéfiniment ces réflexions. Il m'a suffi de démontrer que la médecine légale des aliénés possède sa méthode scientifique, à l'aide de laquelle les magistrats et les médecins peuvent également s'entendre, et arriver d'un commun accord au plus haut degré de certitude qu'il soit possible d'atteindre.

---

## IV

## SOCIÉTES SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PATHOLOGIE. — *Des accidents graves dus à l'absorption de l'urine ; des circonstances dans lesquelles cette absorption se produit, et d'un moyen supposé propre à la prévenir ;* extrait d'une note de M. *Aug. Mercier.* — « M. Sédillot, dans une note récemment adressée à l'Académie, exprime le doute que les accidents formidables qui suivent parfois des opérations, même très légères, pratiquées sur l'urèthre puissent survenir sans déchirure, ou du moins sans éraillure des tissus, et il les attribue à l'absorption de l'urine. La question étant très importante, l'Académie me permettra d'appeler son attention sur les conséquences que j'ai tirées de mes propres observations, conséquences qui diffèrent en quelques points de celles auxquelles arrive M. Sédillot.

» L'opinion que ces accidents sont dus à la résorption urineuse n'est pas nouvelle, et on la trouvera exprimée dans mes *Recherches* de 1856, p. 450, à propos de malades qui avaient succombé à l'uréthrotomie. A cette époque, on le verra, j'étais disposé à croire

que l'empoisonnement urineux se produisait nécessairement à la suite de quelques lésions des tissus quand le système veineux avait été entamé : des observations postérieures m'ont forcé à reconnaître que ces accidents pouvaient apparaître sans qu'il y eût aucune lésion mécanique, sans qu'il y eût une seule goutte de sang répandu ; on en trouvera un exemple frappant dans l'observation que je donne ici *in extenso*, et où l'empoisonnement urineux a eu lieu, non par résorption, mais par suppression d'urine, par défaut d'élimination de ses éléments excrémentitiels, très probablement le résultat d'une néphrite aiguë double et simultanée.

» Des faits de ce genre montrent déjà suffisamment que la sonde dormante préconisée par M. Sédillot serait, dans bien des cas, un moyen très peu en rapport avec les indications. Outre qu'elle n'est pas une sauvegarde bien fidèle contre la résorption urineuse, elle eût été ici, à coup sûr, peu propre à prévenir les désordres des reins. Si, avec cette précaution, il n'a pas vu d'accidents semblables après uréthrotomie, je ne les ai pas, plus que lui, vus survenir dans les mêmes circonstances, quoique, depuis plus de vingt ans que j'ai démontré la structure constamment fibreuse des rétrécissements dits organiques, les procédés d'uréthrotomie que j'emploie aient la plus grande analogie avec celui qu'a adopté M. Sédillot, et que je ne mette jamais de sonde à demeure. » (*Comm.:* MM. Velpeau, Jobert.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Buisson* soumet au jugement de l'Académie la description d'un appareil qu'il a imaginé pour l'étude des phénomènes de la circulation.

« En construisant un nouvel appareil enregistreur, je me suis proposé, dit M. Buisson, d'obtenir simultanément sur un même cylindre tournant les représentations graphiques des phénomènes qui se passent en plusieurs points du système circulatoire, afin de déterminer les rapports qui existent entre ces phénomènes...

» Si la plupart des expériences que j'ai faites avec cet instrument se rapportent au mécanisme de la pulsation artérielle, d'autres sont relatives à la théorie des mouvements du cœur; ce sont ces dernières expériences seulement dont j'ai traité dans la note que j'ai aujourd'hui l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. » (*Comm.:* MM. Flourens, Rayer et Bernard.)

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

**Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.**

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un rapport du médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, sur le service de cet établissement pendant l'année 1860. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Des rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs *Picard* (de Romorantin), *Sergeant* (de Nauphle-le-Château) et *Lemaistre* (de Limoges). (*Commission des épidémies.*) — *c.* La formule d'un remède pour la guérison des affections laiteuses, par M. le docteur *Lebert* (de Nogent-le-Rotrou). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un rapport de M. le docteur *Renault* (d'Alençon) sur les vaccinations qu'il a pratiquées depuis 1825. (*Commission de vaccine.*) — *b.* Une note de M. le docteur *Nivelet* (de Commercy) sur une pile nouvelle fonctionnant avec le sel commun et le perchlorure de fer. (*Comm.:* MM. Gavarret et Regnault.) — *c.* Une lettre de M. *Réveil*, qui remercie l'Académie d'avoir ajouté son nom à la liste présentée par la section d'hygiène et de médecine légale.

3° M. *Mathieu* soumet à l'Académie un *embryotome caché à lames mobiles et à chaînons de scie*, destiné à la section du cou ou du tronc du fœtus dans l'utérus, et qu'il a construit d'après les indications de M. *Jacquemier*.

Dans les cas si embarrassants de présentations du tronc, où le fœtus est mort et la version impraticable, l'indication est de pratiquer la section du cou ou de séparer le tronc en deux parties, qui sortent isolément avec la plus grande facilité. Mais, jusqu'à présent, l'art n'ayant à sa disposition que des moyens défectueux et insuffisants pour remplir cette indication, la section du cou du fœtus dans l'utérus est restée une opération des plus difficiles, le plus souvent même inexécutable, qu'on élude presque toujours.

C'est en vue de remédier à cet état de choses que le présent instrument de décollation ou de décapitation a été imaginé ; il est fort simple, bien que composé de plusieurs pièces, qui sont :

1° Un crochet mousse (fig. 1), creusé dans toute son étendue d'un canal à rainure dans le sens de sa courbure ;

2° Une tige sur un manche fixé par une vis, tige qui glisse librement dans le canal du crochet, et est terminée par une série de lames articulées dont la convexité fait saillie à travers la rainure du crochet ;

3° Une seconde tige qui peut, sans qu'on déplace le crochet, remplacer la première, portant (fig. 2), au lieu de lames convexes, des chaînons de scie évasés en dehors, de manière à former une large voie dans laquelle la partie recourbée du crochet, aplatie à cet effet, peut s'engager facilement ;

4° Une gaine mobile qu'on peut faire glisser jusqu'à la naissance de la courbure du crochet, et qui met à l'abri des lames convexes ou des dents de la scie la vulve, le vagin, l'orifice utérin, etc.

On peut, par une disposition particulière (fig. 1), faire saillir à volonté la lame terminale au bout du crochet, et le transformer en un crochet aigu pour le cas où il serait impossible de le porter sur le cou, et où l'on voudrait agir sur le tronc, diviser la colonne vertébrale, le sternum, etc.

En saisissant d'une main le manche du crochet, qu'on tient immobile, et de l'autre le manche de la tige, on peut faire exécuter des mouvements rapides de va-et-vient aux lames ou à la scie, et diviser les parties embrassées dans la concavité du crochet.

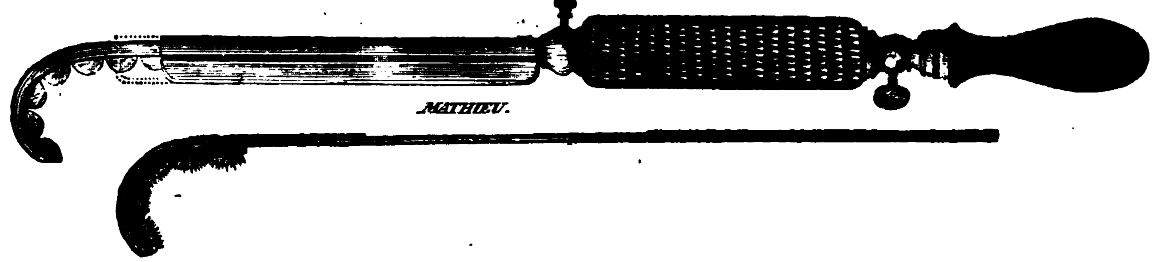
Cet instrument se démonte avec la plus grande facilité, et chaque pièce peut être nettoyée isolément.

L'instrument, débarrassé de sa tige et même de sa gaine protectrice, si cela est nécessaire, est introduit dans l'utérus et mis en place comme un crochet mousse ordinaire. Après avoir poussé la gaine au delà de l'orifice utérin contre les parties du fœtus, on fait glisser la tige armée jusque dans la courbure du crochet, tandis que la main droite, appliquée sur le manche de la tige, lui imprime des mouvements rapides de va-et-vient ; la main gauche, appliquée sur le manche du crochet, le fixe sur les parties embrassées dans sa concavité. (Voir la figure ci-dessous.)

Il résulte d'expériences nombreuses faites sur le cadavre que le crochet n'est pas exposé à être faussé, ni la tige armée à sortir de sa gaine. La tige à lames convexes divise facilement et rapidement les parties molles, tandis que la scie à large voie ne divise que lentement les parties osseuses. Cette partie de l'opération exige un exercice préliminaire et l'habitude de se servir d'une scie concave ayant à diviser en même temps des parties dures et des parties molles dans des conditions peu favorables. Le point important est de ne pas exagérer la pression exercée avec la main qui fixe le crochet et le tient immobile sur les parties embrassées dans sa concavité.

4° M. le docteur *Burq* adresse un nouveau mémoire sur la question des eaux, où sont exposés avec soin tous les détails et avantages de son nouveau système d'épuration, d'aération et de rafraîchissement en grand des eaux de rivières.

L'eau est d'abord filtrée et rafraîchie au travers de nombreux diaphragmes en pierre poreuse. A sa sortie de la pierre, elle est divisée, criblée, en quelque sorte, par des lames de persienne dont chacune lui fournit une gouttière d'écoulement, puis pulvérisée pour mieux s'aérer encore par des entablements inférieurs sur lesquels toutes les gouttières sont obligées de venir se déverser isolément. Après avoir ainsi couvert, en




les inondant, les faces extérieures du filtre, l'eau se rend dans le réservoir d'approvisionnement.

La prise d'eau est calculée de manière à assurer à la fois le service privé et le service de la voie publique. Or, ce dernier étant au premier à peu près comme 4 ou 5 est à 1, il en résulte qu'il passe dans les alcarrazas-filtres 4 ou 5 fois plus d'eau qu'ils ne peuvent en débiter.

La grande quantité d'eau en excès et la disposition à la partie inférieure des appareils des ouvertures d'entrée et de sortie, en regard l'une de l'autre, donnent lieu à un courant perpétuel à effet de remous assez énergique pour balayer les surfaces filtrantes et entraîner les matières vaseuses directement au dehors sur la voie publique, avec l'eau qui vient en faire le service presque immédiatement à sa sortie des appareils, après avoir passé par un grand bac de rafraîchissement formant voûte liquide au réservoir. Les filtres restent donc sans dépôt. (*Comm.:* MM. Adelon, Robert et Guérard.)

— M. *Robin*, en son nom et au nom de M. le docteur *Magitot*, son collaborateur, fait hommage d'un volume sur l'origine et l'évolution des dents chez l'homme et chez les animaux.

— M. *Malgaigne* fait hommage, de la part de M. le docteur

*Verneuil*, du 2e fascicule d'un ouvrage intitulé : *Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie.*

— M. *Larrey* dépose sur le bureau une note manuscrite de M. le docteur *Rizet* sur les revaccinations pratiquées en 1861 dans le 32e de ligne. (*Comm. de vaccine.*)

— M. le *Président* annonce à l'Académie la double perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Isidore Bourdon*, membre titulaire, et de M. le docteur *Riberi*, membre correspondant à Turin, et premier médecin du roi d'Italie.

M. *Boudet*, sur l'invitation du bureau, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. le docteur Isidore Bourdon.

*Élections.*

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

Le nombre des votants est de 74 et la majorité de 38.

Au premier tour de scrutin, M. *Vernois* obtient 38 suffrages ; — M. *Ménière*, 16 ; — M. *Boudin*, 11 ; — M. *Bouchut*, 6 ; — M. *Duchesne*, 3 ; — bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Vernois est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports de prix.

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

SÉANCE DU 5 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

EAUX DE BAGNÈRES-DE-LUCHON. — TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

M. *Fauconneau-Dufresne* rend compte de l'ouvrage de M. Lambron sur les Pyrénées et les eaux de Bagnères-de-Luchon. Notre collègue termine ce rapport en demandant d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'admettre comme candidat au titre de membre associé ou titulaire de la Société de médecine de Paris. Ces conclusions sont adoptées. Sur la proposition de M. le président, la Société vote le renvoi du rapport au Comité de publication.

M. *A. Richard*, à propos d'une observation de métrite granuleuse rapportée par M. Costilhes à la dernière séance, remarque : 1° que, chez les femmes qui, à la suite de couches, éprouvent des douleurs de reins et du bas-ventre, des troubles gastriques, présentent des irrégularités dans la menstruation, des flueurs blanches, et un état granulé du col utérin, il suffit parfois de huit ou dix cautérisations successives avec le crayon de nitrate d'argent porté sur la muqueuse de la face interne du col affectée de granulations ou d'ulcérations, pour obtenir non-seulement la guérison des lésions locales, mais aussi des troubles généraux.

2° Que, chez d'autres femmes présentant les mêmes symptômes et les mêmes lésions apparentes du col utérin, les lésions locales peuvent disparaître par le même moyen ; mais les symptômes morbides, tels que les douleurs hypogastriques et lombaires, les troubles de la menstruation et les troubles gastriques continuent à se montrer, et par suite les femmes persistent à dire qu'elles souffrent et ne sont pas guéries. En pareil cas, soit que l'on attribue la persistance des symptômes à la persistance d'une lésion intra-utérine siégeant au niveau de l'insertion du placenta dans une grossesse antérieure, soit à toute autre lésion de la face interne de l'utérus, il faut avoir recours au cathétérisme intra-utérin pour s'assurer de l'état de l'utérus, puis cautériser la face interne de cet organe.

Si l'instrument pénètre facilement jusqu'à 5 centimètres et plus, si en outre la femme examinée éprouve des troubles de la menstruation, surtout si cette fonction est exagérée, la cautérisation intra-utérine est parfaitement indiquée, car, sur 35 ou 40 cas semblables, notre collègue M. Richard en a toujours obtenu les meilleurs résultats. M. Richet emploie un porte-caustique an[alogue] à celui inventé par Lallemand pour la cautérisation intra-uré[trale]. M. Richard préfère se servir du crayon de nitrate d'argent, par le porte-pierre ordinaire ; il introduit alors le crayon dans la cavité utérine, et ne craint pas de l'y laisser, car il évite l'obligation de revenir plusieurs fois à la cautérisation.

M. *Boys de Loury* est convaincu de l'efficacité du nitrate [d'ar]gent dans le traitement des ulcérations superficielles et des [granu]lations du col utérin, excepté parfois pour celles qui se mo[ntrent] durant la grossesse. Notre collègue et M. Costilhes ont eu p[lus de] cent fois occasion de pratiquer des cautérisations de la face in[terne] du col et du corps de l'utérus ; mais, dans ces nombreux c[as, ils] n'ont pas laissé le crayon dans la cavité utérine.

Suivant lui, si l'on croyait utile de laisser séjourner le n[itrate] d'argent dans la cavité utérine, il faudrait n'en introduire q[u'une] dose déterminée et peu considérable.

Pour pratiquer les cautérisations du col utérin, il a eu so[uvent] recours au nitrate acide de mercure porté sur l'organe malad[e au] moyen d'un pinceau. Jamais il n'eut l'occasion d'observer la [sali]vation, signalée parfois à la suite d'une seule cautérisation p[rati]quée avec ce liquide.

M. *Costilhes* remarque que, chez une malade dans l'utérus [de] laquelle il cassa l'extrémité de son crayon de nitrate d'argent, [il] vit survenir des symptômes de péritonite qui heureusement fu[rent] combattus avec succès par des applications de sangsues, des [onc]tions d'onguent napolitain, etc.

Il sait cependant que Delarmorlière souvent cassait et lais[sait] son crayon dans l'utérus, sans qu'il en résultât des accidents.

Pour pratiquer les cautérisations intra-utérines, M. *Costilhes* se sert d'un porte-caustique rectiligne.

M. *Lagneau*, sur une malade atteinte d'un état fongueux de la muqueuse interne du col avec dilatation de l'orifice utérin et écoulement leucorrhéique et sanguinolent, plusieurs fois toucha profondément les parties malades avec le nitrate d'argent et la solution de perchlorure de fer à 30 degrés ; la femme n'en éprouva aucun malaise ; mais un jour, à la suite d'une cautérisation semblable, elle se plaignit d'une vive douleur, qui d'ailleurs ne tarda pas à disparaître à la suite de quelques injections calmantes. Pourquoi les praticiens qui croient nécessaire de laisser à demeure dans la cavité utérine la substance modificatrice n'auraient-ils pas recours aux préparations solides de tannin préconisées par M. Becquerel ?

M. *Richard* ne s'étonne pas qu'on observe parfois, à la suite de cautérisations intra-utérines, des douleurs, des vomissements, des symptômes de péritonite, puisque parfois on observe des accidents semblables à la suite d'une simple injection vaginale ou du toucher vaginal.

Quant aux préparations de tannin, il les croit insuffisantes, le tannin n'étant pas un modificateur aussi puissant que le nitrate d'argent.

M. *Costilhes* dit avoir fait usage, pour cautériser la face interne du col de l'utérus, de crayons de caustique de Vienne solide (caustique Filhos).

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Études médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure,** par le docteur A. VIAUD-GRANDMARAIS. 1861.

Depuis les temps les plus reculés, les serpents ont été l'objet [de] la répulsion de l'homme, et la terreur qu'occasionnent, à j[uste] titre, certaines espèces venimeuses s'est étendue à d'autres ani[maux] dont nous n'avons rien à redouter, tels que d'innocentes couleuvres, et les plus innocents orvets. Il n'existe peut-être pas d'animaux au monde sur lesquels l'imagination se soit donné plus beau jeu, et dans chaque province, dans chaque lo[calité]

té même, on trouve quelque opinion absurde fortement ancrée ans l'esprit des paysans, et qu'aucun raisonnement, aucun fait ien observé ne pourrait déraciner; c'est, en quelque sorte, pour ux vérité d'Évangile. D'assez nombreux ouvrages ont été publiés ar les médecins sur les serpents et l'action qu'ils exercent sur économie animale, mais généralement ce ne sont que des compiations plus ou moins bien faites, où plus souvent encore les docunents publiés se résument à quelques observations isolées. Il serait itile que ceux de nos confrères qui sont placés à la campagne, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à l'observation, voulussent bien imiter l'exemple donné par M. Viaud-Grandmarais, et faire connaître le résultat des faits qui se seront présentés à eur examen. Du reste, nous pouvons espérer que, dans un avenir prochain, nous serons en possession des matériaux nécessaires pour tracer une histoire complète de la vipère, le seul serpent venimeux qui habite la France, grâce à l'initiative de la Société impériale zoologique d'acclimatation, qui vient d'adresser à tous ses correspondants et aux diverses sociétés savantes un questionnaire complet, dans le but de réunir tous les documents propres à faire connaître les mœurs et habitudes de ce dangereux animal.

A l'appui des opinions répandues dans les campagnes sur la nocuité de certains animaux tout à fait inoffensifs, tels que l'orvet, il suffira de rappeler le proverbe si connu : *Si euvin* (orvet) *voyait, si sourd* (salamandre) *entendait, si bœuf connaissait sa force, aucun homme ne vivrait.* Or, est-il deux animaux plus inoffensifs que l'orvet, voire même que la salamandre? Nous avons manié bien souvent des orvets, et jamais nous n'avons même été mordu par ces fragiles animaux, si fragiles qu'on les nomme quelquefois *serpents de verre.* En tous cas, la blessure doit être moins sensible que celle de ces agiles lézards que les enfants tiennent journellement entre leurs mains. Quant aux salamandres, elles ne cherchent jamais à mordre, et je n'en ai jamais vu déterminer d'accidents sur ceux qui les maniaient, pas plus que je n'ai vu le tonnerre tomber sur les maisons, quand j'en conservais, malgré l'assertion convaincue des guides des Pyrénées.

Quant aux couleuvres, dont la morsure est plus forte, et peut, pour quelques espèces, être assez douloureuse, ce sont des animaux plus utiles que nuisibles, à raison même du grand nombre de petits rongeurs qu'elles détruisent. Mais sur elles encore, les contes se sont multipliés à l'infini. Qui n'a entendu parler des *œufs de coq* ou *cocatris*, qui donnent naissance à un serpent, lequel n'est rien autre chose que les chalazes d'un œuf pondu sans germe? Cherchez à démontrer l'inanité de sa croyance à un paysan vendéen, il ne vous croira pas, et sérieusement il vous répondra : *Pour que le serpent éclose, il faut que l'œuf soit couvé par un chat.* C'est là la condition *sine qua non*, et nous chercherions en vain à lui prouver l'absurdité de ses idées. Une opinion qui est aussi généralement répandue dans toutes les campagnes, c'est que les couleuvres tettent les vaches et les chèvres, et que le lait qu'on en obtient après prend une couleur bleue. Si ce n'est pas pour se nourrir de lait, pourquoi les couleuvres viennent-elles si souvent dans les étables? Vous aurez beau faire observer qu'elles y sont attirées par la chaleur et l'humidité, qui leur plaisent tant, pour elles et leurs œufs, en même temps que par les insectes qui leur fournissent une plantureuse nourriture.

Mais laissons de côté les serpents non venimeux pour nous occuper spécialement des espèces dangereuses, qui heureusement abondent moins dans notre pays que dans les contrées chaudes. Trois espèces seulement du genre *Vipera*, mais offrant de nombreuses variétés de couleurs, de dessins et de taille, habitent la France. Deux sont à peu près uniformément répandues dans toute la France, quoique cependant l'une d'elles soit plus exclusivement septentrionale, l'autre plutôt méridionale; la troisième se rencontre seulement dans les départements alpins et dans la région du sud-est, où elle paraît assez rare cependant, car nous n'avons pu la rencontrer dans nos courses dans le Dauphiné. Les deux premières espèces ont reçu le nom de *Vipera Aspis* et *Vipera Berus* ou *Pelias;* la troisième celui de *Vipera Ammodytes.* Les caractères distinctifs de ces trois espèces peuvent facilement se résumer de la façon suivante :

Tête couverte
- de plaques sur la partie supérieure et antérieure (*Vipera pelias* [*Vipère péliade*].
- d'écailles partout. Museau
  - tronqué (*Vipera aspis*) [*Vipère commune*].
  - prolongé en une pointe molle écailleuse (*Vipera ammodytes*) [*Ammodyte*].

La vipère ammodyte passe pour la plus dangereuse, puis la péliade, puis la commune; mais il faut tenir compte, dans une appréciation de ce genre, du volume de l'animal, du temps plus ou moins long qui s'est passé depuis son dernier repas, de la saison, etc. Quant à l'influence qu'exercerait la couleur, quant à l'idée que les vipères noires seraient beaucoup plus dangereuses que les rouges et surtout que les grises, il faut être extrêmement réservé dans une telle assertion, et ne pas s'en rapporter seulement au dire des personnes mordues.

Les vipères dont les morsures peuvent déterminer des accidents graves, sont des animaux timides et craintifs, qui ne cherchent jamais à attaquer l'homme, à moins qu'elles ne se croient attaquées elles-mêmes; c'est toujours, mais ici sans restriction, l'adage :

Cet animal est fort méchant;
Quand on l'attaque, il se défend.

Quelquefois la vipère peut se laisser caresser impunément, et M. Viaud-Grandmarais ajoute plusieurs faits à ceux qui avaient déjà été cités; mais dès que l'animal est effrayé, alors il cherche à mordre, comme le prouvent les faits suivants, rapportés dans la notice que nous étudions (p. 20) : « Une pauvre idiote de Challans (Vendée) lavant du linge avec d'autres femmes, caressait » une vipère qu'elle montrait à ses compagnes en l'appelant un » bel oiseau; ce ne fut qu'aux cris de celles-ci que, saisie de » frayeur, elle voulut rejeter l'animal et fut mordue. — Auguste X., » domestique chez M. F. Buron, à Saint-Mars-la-Jaille, aperçut un » soir de juillet 1854 une vipère étendue sur la route. Il s'était » vanté quelques jours auparavant de *conjurer* tellement bien les » reptiles qu'il pouvait les prendre sans aucune espèce de danger. » A la vue de celui-ci, M. Buron voulut mettre le talent de son » domestique à l'épreuve. Auguste fit trois signes de croix sur le » reptile en prononçant à chacun de ces signes l'une des trois » paroles suivantes : *Ozi, oza, ozoa.* La vipère se laisse prendre. » Auguste la garde quelques instants dans ses mains, la laissant » glisser de l'une dans l'autre, puis la lança assez violemment » contre la terre. La vipère prit sans colère le chemin du buisson » voisin. Mais M. Buron, enchanté de l'expérience qu'il venait de » faire du talent de son domestique, voulut pousser plus loin » l'épreuve. Auguste étendit de nouveau la main vers la vipère en » renouvelant ses manœuvres cabalistiques, et l'arrêta sur-le-champ, » puis il la plaça dans sa main gauche, comme la première fois; » mais ici la scène changea, l'animal s'élança sur la main qui le » tenait, et la mordit à la naissance des doigts. » Le blessé, primitivement soigné par un homme de l'art, n'eut de repos qu'après s'être confié aux mains d'empiriques, dont l'un a la réputation de guérir les humeurs froides le Vendredi saint.

Quelle est la nature du principe qui donne au venin la faculté terrible dont il jouit? Le prince Lucien Bonaparte a pensé que c'était un principe particulier qu'il désigne sous le nom d'*échidnine.* MM. Van Beneden et Gervais le considèrent comme un alcaloïde organique, ce qui ne nous paraît pas admissible. M. Viaud-Grandmarais, frappé par les accidents gastriques qui se manifestent après la morsure d'une vipère, la considère comme un *poison du sang et des nerfs*, agissant d'abord de proche en proche, comme ferment, sur le sang dont la fibrine cesse d'être coagulable, et dont les globules s'altèrent, et déterminant en même temps des phénomènes d'hyposthénisation, d'ataxie, etc. La petite quantité de venin nécessaire pour produire des phénomènes aussi complexes nous fait penser aussi que c'est à la manière des ferments qu'il agit, et il nous semble qu'il serait très curieux, aujourd'hui surtout que la question des fermentations vient de recevoir une nouvelle impulsion des belles recherches de M. Pasteur, de

rechercher et d'étudier au microscope si le venin de la vipère renferme des corpuscules analogues à ceux que M. E. Blanchard a trouvés dans le venin du scorpion.

Les suites de la morsure de la vipère, quoique dangereuses, ne sont pas cependant nécessairement mortelles, et méritent d'être traitées avec soin. Nous croyons toujours que l'imagination frappée des malades a bien une certaine influence sur la terminaison de la maladie; cependant nous sommes obligé de reconnaître, par les faits nombreux cités par M. Viaud-Grandmarais, que l'opinion de Fontana, dont nous nous étions constitué le défenseur, est trop restrictive; mais notre travail était basé plutôt sur le relevé des faits consignés dans la science que sur un grand nombre d'observations personnelles, et par suite nous avons été amené à une conclusion trop rigoureuse. Remarquons cependant que si les faits cliniques consignés dans le travail de M. Viaud-Grandmarais viennent infirmer ce que notre opinion avait de trop absolu, de l'avis même de l'auteur, sa statistique ne peut servir d'appui aux opinions des pessimistes.

La troisième partie du travail de M. Viaud-Grandmarais, plus exclusivement médicale, est basée sur de nombreux renseignements recueillis en Vendée et dans la Loire-Inférieure; pour la rédiger, il a consulté, en outre de ses propres observations, les documents officiels adressés à la préfecture de la Loire-Inférieure. De plus, il lui a été donné connaissance de nombreux remèdes préconisés par les guérisseurs du pays, et, malgré l'absurdité même de ces traitements, l'auteur a dû constater la confiance sotte et aveugle que tous les paysans y avaient. L'esprit humain se ressemble donc partout, puisqu'en France comme aux colonies (pour le *Bothrops*, par exemple) on voit journellement des malheureux préférer à tout moyen indiqué par une science éclairée, les odieux mensonges d'un charlatanisme éhonté!

Parmi les phénomènes dont la morsure des vipères se trouve suivie, il en est un sur lequel M. Viaud-Grandmarais appelle particulièrement l'attention, et qui lui a été signalé, dans deux cas, par un des praticiens les plus distingués de la Vendée, M. Bourgeois, médecin à la Verrie : c'est une congestion pulmonaire analogue à celle que l'on rencontre dans les autres empoisonnements septiques, et désignée par les auteurs sous le nom de *peripneumonia notha*.

Rappelons que le diagnostic de la morsure de la vipère est presque toujours facile. Si l'animal a été tué, rien de plus aisé que de distinguer une vipère d'une couleuvre à ses caractères zoologiques; il en sera de même si l'on veut savoir si la morsure est due à une péliade ou à une autre vipère, mais ceci a peu d'importance pour le traitement. La morsure de la vipère laisse la trace de deux piqûres profondes faites par les crochets, tandis que celle d'une couleuvre ne laisse que l'empreinte superficielle de deux rangées de dents. Si l'une des piqûres n'est pas évidente, ou même si elles ne sont ni l'une ni l'autre marquées, l'œdème, les taches livides, le refroidissement, les accidents gastriques et adynamiques seront des phénomènes caractéristiques.

Comme nous le disions plus haut, le traitement des morsures de serpents tombe trop souvent entre les mains des charlatans et des empiriques (*guérisseurs de venins*, *rebouteurs*, *conjureurs*, *sorciers*, *panseurs*, *charmeurs*); les recettes les plus bizarres, les plus biscornues, si l'on peut employer ce mot, sont celles auxquelles les malheureuses victimes des reptiles s'adressent avec le plus de confiance; il semble que ce soit un reste non encore anéanti de ces médications barbares qui convenaient si bien aux idées barbares des anciens. C'est ainsi que, encore aujourd'hui, comme au temps des Simon Maïole, des Lactance, etc., nous voyons préconiser l'application de l'animal lui-même comme le remède par excellence. On retrouve encore des gens qui croient avec Nicandre que

> Souuentes fois encor, le foye de la beste
> Pris en du uin commun, ou sa mauuise teste,
> Beue en uin ou en eau chassera la douleur.

Du reste, n'avons-nous pas vu, dans ces dernières années, un homœopathe croire qu'une morsure de vipère a été guérie parce que le malade, en suçant sa plaie, a *avalé le venin dilué par l..* *et les liquides contenus dans le doigt!* Un nombre incroya.. plantes est aujourd'hui encore préconisé contre la morsure. vipères, et chaque empirique a la sienne : par exemple, les G. *verum*, *aparine*, etc.; les racines du panais (*Pastinaca sylv*.. les feuilles du frêne (*Fraxinus excelsior*), etc. Comme exemp.. médications absurdes auxquelles les paysans ajoutent foi, .. nous soit permis de citer ici un fait qui nous a été comm.. par notre ami M. Puel (de Figeac) : « A Linac (Lot), on trai.. » morsures de vipère en appliquant sur la plaie un crapaud vi.. » celui-ci, dit-on, devient enflé et crève; le malade guérit. .. procédé, puisé dans un vieux livre d'agriculture, y a été t.. par le maire du pays, et est propagé aujourd'hui dans to.. canton, de telle sorte que c'est le seul moyen employé!

Mais si l'on voulait énumérer tous les traitements incom.. auxquels se soumettent les paysans mordus par des vipères, .. n'aurait jamais fini, et nous pensons plus convenable d'app.. l'attention sur des moyens sérieux de thérapeutique. Ainsi il se.. très curieux de vérifier par de nouvelles expériences les asserti.. du docteur Tisseire, sur lesquelles nous avons déjà appelé l'atten- tion de nos lecteurs, relatives à l'efficacité du suc d'euphorbe.. nous le ferons d'autant plus volontiers que tout récemment .. médecins américains ont signalé des faits de guérison de morsur.. de crotale au moyen de plusieurs euphorbes américaines. En attendant que de nouvelles observations soient venues confirm.. ces heureux résultats, on pourra employer avantageusement .. liqueur du docteur Rodet au perchlorure de fer, qu'on introdu.. dans la plaie en même temps qu'on donne une potion *au même* s.. de fer. Cette liqueur est composée de :

| | |
|---|---|
| Perchlorure de fer. . . . . . | 8 gr. |
| Acide citrique. . . . . . . . | 8 |
| Acide chlorhydrique . . . . . | 8 |
| Eau . . . . . . . . . . . . | 50 |

On pourra employer aussi l'iode ou l'*iodure* de potassium ioduré sur la plaie, comme le propose M. Brainard, et nous pensons qu'on pourra leur substituer avec avantage le brome. Quoi qu'il en soit, M. Viaud-Grandmarais propose l'emploi de la solution de MM. Brainard et Green, qui a l'avantage de pouvoir être mise entre les mains de tout le monde. Elle est formée de :

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . . . . . . . . | 50 gr. |
| Iodure de potassium . . . . | 4 |
| Iode métalloïdique . . . . . | 1,25 |

Pour faciliter l'introduction du caustique dans la plaie, M. Viaud-Grandmarais a imaginé un petit flacon fermant à l'émeri, dont le bouchon, long et conique inférieurement, plonge dans le liquide. Au moyen de ce bouchon, on peut faire pénétrer facilement la substance médicamenteuse par gouttes jusqu'au fond des blessures agrandies. Ce petit appareil est de dimension telle qu'il est très facile à emporter, et remplacera avec avantage le flacon d'alcali volatil, dont se munissent presque tous les chasseurs.

En terminant ces quelques considérations sur la vipère, qu'il nous soit permis de féliciter de nouveau M. Viaud-Grandmarais d'avoir réuni en une brochure très intéressante les documents relatifs au pays qu'il habite, et espérons que son exemple sera suivi par un certain nombre de nos confrères.

Léon Soubeiran.

---

VI

## VARIÉTÉS.

Mort de Fr. Aug. de Ammon. — La Société des sciences n.. relles et médicales de Dresde a chargé un de ses membres, M. Z.., professeur et chirurgien de l'Hôpital général de Dresde, de prono.. l'éloge de l'illustre défunt, que plusieurs générations médic..

ont vénéré et applaudi. Cet acte a eu lieu le 21 septembre; nous en donnons un extrait succinct :

Fr. Aug. de Ammon naquit le 10 septembre 1799 à Gottingen, deuxième fils du célèbre théologien et professeur renommé par son ouvrage classique : *Le développement du christianisme vers le but d'être la religion de l'univers.* Il étudiait au collége de Schulpforta, et y acquit une érudition vraiment classique. Son frère aîné se distingua comme théologien, et son frère puîné fut un jurisconsulte illustre. Lui-même fit ses études médicales à Leipzig et Gottingen. Promu en 1821 au grade de docteur, *cum laude*, il passa une année à Paris et dans l'Allemagne méridionale. Dans la métropole française, il fit la connaissance de Dieffenbach, Heyfelder et Fr. Jæger. Dès 1818 il favorisa l'établissement d'une clinique d'oculistique, et en 1824 il fut médecin de l'institution des enfants aveugles fondée par les médecins de la capitale saxonne; cette institution est devenue générale pour le pays en 1830, il lui consacra ses lumières pendant quatorze années encore. Une somme notable déposée sous le nom de fondation Ammon facilite encore à la Société, pour le soulagement et la guérison des aveugles, la réalisation de son noble but. Nommé en 1828 professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde (réunie maintenant à l'Université de Leipzig), il fut auteur de nombreux ouvrages que nous mentionnerons ensuite, et ne quitta cette place que pour être, depuis 1837, médecin du roi; une clientèle de quarante ans l'avait fait le médecin le plus en renom dans la Saxe; mais le culte de la science ne souffrait pas sous cette énorme occupation. Ammon excellait surtout de son temps comme réformateur de l'ophthalmologie, en la réduisant sur la base de l'anatomie et de la physiologie, et en s'aidant de l'embryologie et de la tératologie. Il provoqua, jugeant les forces d'un seul homme insuffisantes pour l'accomplissement de cette œuvre, de nombreuses dissertations ophthalmologiques parmi les jeunes médecins de Dresde et d'autres villes saxonnes. Tous ces travaux se trouvent mentionnés avec une simplicité toute bibliographique dans le discours de M. Zeis, publié par la librairie E. and Eude, à Dresden. De Ammon fut chargé de titres, de décorations et de diplômes nombreux. La Société médicale allemande de Paris a eu l'honneur de l'avoir pour premier et plus ancien membre honoraire.

De Ammon était, en général, d'une bonne santé, et l'on ne se souvient pas qu'il ait souffert d'une maladie longue et essentielle. Une fracture de la jambe, en 1857, l'avait rendue un peu moins mobile, et un fort embonpoint avait suivi cet accident. A la suite de rétentions d'urine et d'un engorgement de la prostate, l'uroémie se déclara et l'emporta en six jours.

A l'autopsie, on a trouvé une forte suppuration dans les calices rénaux, et des tumeurs carcinomateuses disséminées dans le foie, qui, en outre, était démesurément gros.

La consternation et le deuil de voir mourir de Ammon à soixante-deux ans, lui qu'on avait vu quinze jours avant tout à fait bien portant, étaient généraux et unanimes. Un cortége imposant de confrères et de fonctionnaires, auxquels s'étaient joints des ministres du culte et de l'État et les conseillers médicaux, accompagna sa dépouille au cimetière, où parut aussi le prince royal avec sa suite. Des discours furent prononcés par le pasteur aulique docteur Hauffer, le ministre d'État de Benst, et les conseillers médicaux Unger et Wannaty. Sa mémoire est impérissable, que la terre lui soit légère!

Notre exemplaire du discours de Zeis sur de Ammon est au service de ceux de nos confrères qui auraient un intérêt particulier à connaître cette vie si laborieuse et si bien remplie de notre de Ammon.

*Principaux ouvrages de feu de Ammon.*

Thèse 1821, promu par Blumenbach à Gottingue.
1823. Parallèle de la chirurgie française et allemande.
1824. Histoire de l'ophthalmologie en Saxe.
1825. Diététique des eaux minérales (quatre éditions).
1827. Premiers devoirs d'une mère (classique) (neuf éditions).
Son Journal de l'ophthalmologie (1830-1837, cinq volumes), a le mérite d'avoir éveillé les efforts des contemporains.
1838. Représentations cliniques (*Icones clinicæ*) des maladies et anomalies de formations de l'œil humain, 55 planches in-folio.
1842. Maladies congénitales chirurgicales de l'homme. Avec le docteur Baumgasten, Critique de la chirurgie plastique, avec 574 figures sur 34 planches, traduit en français et en italien. Après la mort de Græfe père (1843), il rédigea avec Ph. Fr. de Walther le Journal de chirurgie et ophthalmologie dit de Walther et de Ammon jusqu'en 1850. Son Traité sur le développement de l'œil a été présenté à l'Académie des sciences, qui l'a remis à une commission pour en rendre compte.
Ophthalmoparacenteseos historia.
Compte rendu sur Bartisch : ὀφθαλμοδουλεια, 1750.
Physiologia tenotomiæ.

Nous trouvons de feu de Ammon 54 ouvrages, 30 articles de journaux, et 65 articles du Dictionnaire encyclopédique médical de Busch et Græfe.

X.

---

CLINIQUE DES MALADIES DE LA PEAU (fondée en 1843). — Le docteur Duchesne-Duparc reprendra ses conférences sur les maladies de la peau, jeudi prochain 5 décembre, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8, et les continuera les jeudis suivants, à onze heures précises du matin.

— M. le docteur Lechin père, médecin à Leugny (Yonne), vient de terminer sa longue et honorable carrière.

— Le célèbre John Forbes, éditeur du *Cyclopedia of Practical Medicine*, et fondateur du *British and Foreign Medical Review*, vient de mourir à l'âge de soixante et quatorze ans.

— Par arrêté du 16 novembre 1861, M. Petit, membre du comité des travaux historiques et des sociétés savantes pour la section des sciences, a été nommé secrétaire de la dite section, en remplacement de M. L. Figuier, démissionnaire.

— Par arrêté du 20 novembre 1861, M. le docteur Broquier a été nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Marseille, en remplacement de M. Berrut, démissionnaire.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 16 novembre, sous la présidence de M. Mourier, recteur de l'Académie de Bordeaux, aujourd'hui vice-recteur de l'Académie de Paris. M. Mourier a traité de l'influence du culte des sciences sur la pratique des arts et de l'industrie. M. Gintrac, directeur de l'École de médecine, a fait l'historique des améliorations réalisées dans ces dernières années.

— Le concours du prosectorat à l'École préparatoire d'Alger, s'est terminé par la nomination de M. Colozzi, comme prosecteur, et par celles de MM. Bourlier et Garreau, comme aide-prosecteurs.

— M. le docteur Ménestrel vient de mourir à Paris, à l'âge de soixante-six ans.

— M. le docteur de Guindrecourt, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, médecin de l'Orphelinat de Mustapha, est mort dans cette commune, le 30 octobre dernier.

— Les mutations dans le personnel médical des hôpitaux, au sujet desquelles plusieurs rectifications ont dû être déjà faites dans les journaux, ont été arrêtées de la manière suivante :

M. le docteur Hervieux, médecin du Bureau central d'admission, a été nommé médecin de la Maison d'accouchement, en remplacement de M. le docteur Delpech, passé à l'hôpital Necker.

M. le docteur Charcot, médecin du Bureau central, a été nommé médecin de l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. le docteur Matice, passé à l'hôpital Saint-Antoine.

M. le docteur Vulpian, médecin du Bureau central, a été nommé médecin de l'hospice de La Rochefoucauld, en remplacement de M. le docteur Racle, passé à l'hôpital des Enfants.

M. le docteur Labric, médecin du Bureau central, a été nommé médecin de la Direction des nourrices, en remplacement de M. le docteur Woillez, passé à l'hospice de la Vieillesse (femmes.)

— La Faculté est convoquée extraordinairement, le samedi 30, à l'effet d'entendre les rapports sur les candidatures, et de procéder à la présentation des candidatures pour la chaire de médecine légale actuellement vacante.

— Le banquet annuel et commémoratif de la fondation de l'Université libre de Bruxelles a eu lieu le 20 novembre. Le banquet des professeurs était présidé par M. Fontainas, bourgmestre de Bruxelles; celui des anciens étudiants, par M. Albert Picard, avocat. Au dessert, des toasts nombreux ont été portés au succès et à la prospérité de ce grand établissement national, consacré par la liberté au culte du libre examen. Plus de cent anciens étudiants, maintenant répandus dans les diverses provinces de la Belgique, s'y étaient donné rendez-vous.

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

THE MEDICAL AND SURGICAL REPORTER. — 1er décembre. Maladies du cristallin, par *Turnbull*. — Physiologie du système nerveux, par *Morris*. — Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Dépôts urinaires anormaux, par *Woodhull*. — Cure radi-

cale d'une hernie inguinale, par *Garretson*. — 8 décembre. Sutures métalliques, par *Swinburne*. — Mort par strangulation, par *Smith* et *Lehlbach*. — 15 décembre. Dépôts urinaires (suite). — Épidémies et épizooties des États-Unis, par *Knapp*. — Cas d'invagination mortelle, par *Lippincott*. — 22 décembre. État du pouls dans la tuberculisation pulmonaire, par *Dutcher*. — Épidémies, etc. (suite). — 29 décembre. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — 1861. — 5 janvier. Sur la diphthérie, par *Pepper*. — Dépôts urinaires (suite). — Empoisonnement par le jasmin, par *Hall*. — 12 janvier. Diphthérie (suite). — Dépôts urinaires (suite). — 19 janvier. Du cristallin et de ses maladies, par *Turnbull*. — Sur l'ergot de seigle, par *Chapman*. — Sur l'ovariotomie, par *Palmer*. — 26 janvier Anatomie médico-chirurgicale (suite) — Sur l'avortement, par *Tour* — 2 février. Sur le cancer du testicule, par *Pancoast*. — Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Ovariotomie (suite). — 9 février. Remarques cliniques sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen, par *Da Costa*. — Réduction des luxations de l'humérus par les manipulations simples, par *Smith*. — Ovariotomie (suite). — 16 février. Sur l'albuminurie, par *Smith*. — Ovariotomie (suite). — Propriétés thérapeutiques du *cimifuga*, par *Parrish*. — 23 février. Anatomie médico-chirurgicale, par *Agnew*. — Ovariotomie (fin). — Sur l'examen microscopique des crachats, par *Dutcher*. — 2 mars. Sur la sciatique, par *Pancoast*. — Sur le rhumatisme articulaire, par *Smith*. — Traitement du varicocèle par les ligatures métalliques, par *Boisnot*. — 9 mars. Traitement de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, par *Swinburne*. — Pathologie de l'albuminurie, par *Fountain*. — Guérison d'une fracture non consolidée, par *Waters*. — Épidémie de diphthérie, par *Triplett*. — Traitement de la blennorrhée par l'iodure de potassium, par *Wilson*. — 16 mars. Maladies de l'iris et de la choroïde, par *Turnbull*. — Sur l'usage médical du vin de sureau, par *Turnbull*. — 23 mars. Iris, etc. (suite). — Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Traitement des ulcérations du col utérin, par *Alexander*. — 30 mars. Iris, etc. (suite). — Accouchement prématuré, par *Tunison*. — Contributions à la pathologie de la moelle épinière et de ses enveloppes, par *Bauer*. — 6 avril. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Encéphaloïde de la tête, par *Pancoast*. — Double varus congénital, par *Brown*. — Traitement de la fracture de la clavicule par les bandelettes adhésives, par *Culbertson*. — Coloboma traumatique de l'iris, par *Johnson*. — 13 avril. Sur l'anémie, par *Smith*. — Iris, etc. (suite). — Sur l'hémoptysie dans la phthisie, par *Dutcher*. — 20 avril. Sur l'apoplexie, par *Smith*. — Contributions à la pathologie de la moelle épinière, par *Bauer*. — 27 avril. Deux cas d'empyème, par *Smith*. — Iris, etc. (suite). — Arrêt de développement des os du crâne; épilepsie, par *Toner*. — Traitement de la coqueluche, par *Woodward*. — Abcès lombaire ouvert dans l'intestin, par *Cady*. — 4 mai. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Sur les tumeurs dentaires, par *Garretson*. — 11 mai. Sur quelques emplois du chlorate de potasse, par *Thompson*. — Anomalies dentaires (suite). — Résection du radius, par *Foote*. — 18 mai. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Pathologie de la moelle épinière (suite). — Abcès alvéolaire, par *Garretson*. — Traitement de l'hystérie par l'ellébore vert, par *Staples*.

The Pacific Medical and Surgical Journal. — N° 35. Structure de la moelle épinière, par [illegible]. — [illegible], par [illegible]. — 36 et 37. (Manquent.) — 38. Théorie et traitement des affections convulsives, par *Radcliffe*. — 39. Sur les maladies du cœur; épilepsie, par *Flint*.

Annales médico-psychologiques. — T. VII. De l'allucination historique, ou étude médico-psychologique sur les révélations de Jeanne d'Arc, par *Brierre de Boismont*. — Rapport médico-légal sur l'état mental de Victorine D..., accusée d'incendie, par *Trélat*. — Des aliénés en Écosse (fin), par *Dumesnil*.

Archives générales de médecine. — Septembre. Sur la caractérisation nosologique de la maladie connue vulgairement sous le nom de *béribéri*, par *Fonssagrives* et *Leroy de Méricourt*. — Du placenta *prævia* : de sa nature et de son traitement, par *Sirelius*. — Statistiques de l'opération césarienne, par *Pihan-Dufeillay*. — Application de l'électricité à la médecine, par *Tripier*. — Octobre. De l'uréthrorrhée ou échauffement, par *P. Diday*. — Sur la paralysie essentielle des petits enfants, par *Bruniche*. — De l'état mental des épileptiques (fin), par *J. Falret*. — Du placenta *prævia* (suite et fin), par *Sirelius*. — Mercurialisme et syphilis, par *Follin*.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 septembre. Du scepticisme en thérapeutique, par *Fonssagrives*. — De la douleur dans le zona, par *Chausit*. — Nouvel ambi pour les luxations scapulo-humérales, par *Dauvergne*. — 30 septembre. Du scepticisme en thérapeutique (suite). — De l'absorption de l'iode par la peau, par *Delioux*. — Nouvel ambi (suite). — 15 octobre. Sur l'érysipèle, par *Marrotte*. — Contraction spasmodique du vagin, par *Debout*. — Du vin iodé, par *Boinet*. — Formule contre les congestions cérébrales.

Gazette médicale de Paris. — N° 33. Mémoire sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculisation pulmonaire, par *Bouchardat*. — Perchlorure de fer contre le pourpre hémorrhagique. — 35. Collections séreuses du petit bassin. — Traitement des tumeurs et fistules lacrymales par suppression des voies excrétoires des larmes. — 36. Discussion sur la morve. — Emploi des préparations arsenicales dans la fièvre intermittente. — 37. Muscle extrinsèque de l'oreille, par *Souchond* et *Rambaud*. — Préparations arsenicales (suite). — 38. Lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale, par *Ménière*. — Accidents produits par le kirsch, par *Gaudon*. — 39. Battements du tronc cœliaque dans un cas de fièvre jaune. — 40. Action des différents poisons du cœur, par *Dybronski* et *Pelican*. — Hallucination du toucher particulière aux amputés. — 41. Influence de l'air marin sur la phthisie. — De l'acrodynie à l'armée d'Orient. — Pulvérisation aux Eaux-Bonnes. — 42. De la fréquence de la phthisie à Cette, par *Dumas*.

Journal de pharmacie et de chimie. — Septembre. Recherches sur la nature de l'aloès, par *Kosman*. — Poids spécifique des teintures alcooliques, par *Regnauld*. — Sur un chlorobromure de bismuth et d'ammonium, par *Nicklès*. — Octobre. Sur les produits qui résultent de l'action simultanée de l'air et de l'ammoniaque sur le cuivre, par *Peligot*. — De la formation et de la décomposition des éthers, par *Berthelot* et *Péan de Saint-Gilles*. — Relations d'isomorphisme entre les métaux du groupe de l'azote, par *Nicklès*.

L'Art dentaire. — N° 10.

Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie milit. — Août. De l'héméralopie épidémique, par *Baizeau*. — Anatomie patholog. tubercule, par *Laveran*. — Cystite hémorrhagique, par *Baizeau*. — Plaie [illegible] par *Luc*. — De l'hydrométrie appliquée à quelques rivières de la Chine, par [illegible] — Septembre. Héméralopie épidémique (suite), par *Baizeau* — Essai sur les [illegible]nies musculaires, par *Mourlon*. — Luxation externe des deux rotules, par *R*[illegible].

Revue médicale française et étrangère. — 31 août. Albuminurie pendant la grossesse, par *Hamon*. — De l'opération césarienne après décès, par *Otterb*[illegible] — 15 septembre. Maladie de la peau, par *Gibert*. — Du perchlorure de fer [illegible] *Deleau*. — 30 septembre. Pénétration des liquides pulvérulents, par *Des*[illegible] — Cancer du pénis, par *Barbaste*. — 15 octobre. Pénétration des liquides [illegible] *Fournié*. — Théorie de la phthisie, par *Bouchardat*.

Dublin Medical Press. — N° 88. Du chloroforme et de la manière de l'administrer sans danger, par *C. Kidd*. — 89. Leçon sur le développement et la structure [illegible] tissus, par *Lionel Beale*. — De la dipsomanie, par *Mackesy*. — 90. Spasme [illegible] glotte, par *sir H. Marsh*. — 91. Lettre médicale sur le Brésil, par *Daun*[illegible] — Résection de la hanche. — Résection de l'omoplate. — 92. Ouverture des [illegible] de médecine; programmes. — 93. De la jaunisse, par *sir Marsh*.

Cincinnati Lancet and Observer. — Septembre. Miasmata, par *Harvey*. — [illegible]struction du foie, par *Hartmann*.

Edinburgh Medical Journal. — N° 75. Ramollissement cérébral aigu dans l'albuminurie aiguë, accompagné de contractions des fléchisseurs des membres supérieurs et de paralysie de la langue, par *Jeffrey Marston*. — Empoisonnement par l'aconit, par *Strachan*. — Compte rendu de l'hôpital ophthalmique, par *B. Bell*.

Medical and Surgical Reporter. — N° 19. Usages hygiénique et thérapeutique de l'eau, par *Francis*. — Pathologie de la tuberculisation pulmonaire, par *Dutcher*. — 20. Usage de l'eau (suite). — Rapports entre la diphthérite et la scarlatine, par *Stephens*. — 21. Ostéosarcome, par *Garretson*. — 22. Du foie dans la phthisie, par *Dutcher*.

Medical Times and Gazette. — N° 583. Déviations du rachis, par *Adams*. — Palatoplastie, par *Hulke*. — Résection du genou. — Marche possible après la fracture du col du fémur. — 584. Déviations du rachis (suite). — Amputation du col de l'utérus, par *Greenhalgh*. — Kyste simulant une hernie crurale, par *Heath*. — 585. Incision des rétrécissements de l'urèthre, par *Arnott*. — Traitement de la chute du rectum, par *H. Smith*. — Tumeur du cou simulant un anévrysme. — 586. *Students' Number*. — 587. Déviation du rachis (suite). — Médication arsenicale, par *J. Turner*. — Mort par le chloroforme. — 588. Épilepsie simulée. — 589. Diagnostic et traitement des polypes intra-utérins, par *Greenhalgh*. — Nouvelle opération pour le traitement des varices. — Opération pour une *imperforation* du vagin. — 890. Traitement extemporané des rétrécissements *de l'urèthre*, par *B. Holt*. — Placenta *prævia*. — Extirpation de l'ovaire.

San-Francisco Medical Press. — Ouverture des articulations suppurantes. — Discussion sur la coxalgie, par *Post*. — Anévrysme poplité. — Ligature de la fémorale, par *Borrie*.

The Pacific Medical and Surgical Journal. — Avril. Analyse statistique de 133 cas de pneumonie — Résection du maxillaire inférieur, par *Toland*. — Juin. Mode d'action de l'alcool dans le traitement des maladies.

The British and Foreign Medico-Chirurgical Review. — N° 61. Des excrétions alvine et urinaire, par *Lawson*. — Cas rares d'empoisonnement, par *Ogston*. — De la phthisie, par *Hill*. — De l'accouchement, par *Kesteven*.

The Lancet. — N° 10. Du peu de volume des crachats dans le diagnostic de la pneumonie, par *Th. Williams*. — Rupture des deux tendons rotuliens, par *Adams*. — Expansion sans forme pédiculée formée par la saphène interne; extirpation. — 11. Fracture de la jambe avec rupture de la tibiale postérieure, par *Black*. — Grossesse extra-utérine, par *Cheesnam*. — Résection de l'omoplate. — Oxydation d'une canule à trachéotomie portée pendant six mois. — 12. *Students' Number*. — 13. Extirpation d'un éléphantiasis du scrotum. — Hernie congénitale étranglée chez un enfant. — 14. Ulcère perforant de la cornée. — Iridectomie, par *Wordswoth*. — Symptômes cérébraux dans un cas de rhumatisme aigu. — 15. Nouveau traitement de la névralgie médicale, par *Thompson*. — Anévrysme de l'innominée, par *Arnott*. — Nécrose du cartilage cricoïde; trachéotomie, mort. — Abcès tuberculeux ouvert dans la trachée d'un enfant. — 16. Sur l'anasarque, par *Ch. Hill*. — Opération de fistule vésico-vaginale, par *James*. — Contusion cérébrale suivie de paralysie du bras gauche; guérison. — Fracture du crâne avec issue de matière cérébrale; guérison. — Rétrécissement du côlon. — Cancer du foie. — Fièvre typhoïde chez une femme de soixante et dix ans.

## Livres.

Traité de pathologie interne, par *A. Grisolle*. 8e édition, augmentée et refondue. 2 vol. grand in-8 de 1912 pages. Paris, Victor Masson et fils. 18 fr.

Société universelle d'ophthalmologie, compte rendu des séances préparatoires tenues à Paris du 10 au 13 octobre 1861. In-8 de 30 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr.

Études sur l'histoire naturelle, par *Camille Delvaille*. Première série : *L'unité d'origine des races humaines*, — *De l'alimentation par la viande de cheval*. — *L'œuvre d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire*, — *Les hommes à queue*, — *Biographies scientifiques du XVIIIe siècle*. Paris, Germer Baillière.

*Le Rédacteur en chef :* A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

**Paris et les Départements.**
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
**Pour l'Étranger.**
Le port en sus suivant les tarifs.

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

**Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique**

**On s'abonne**
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.**

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

**TOME VIII.** **PARIS, 6 DÉCEMBRE 1861.** **N° 49.**

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Résection de la hanche. Question de la salubrité des hôpitaux. — Vaccinations de Rivalta. Nouveaux documents relatifs à la transmission de la syphilis par la vaccine. — II. **Revue clinique.** Note sur un cas de diabète passager survenu pendant le cours du développement d'un anthrax. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Observation de laryngisme par vermination. — Hémorrhagie produite par une grossesse extra-utérine. — Injections de sublimé corrosif dans la blennorrhagie. — Anévrysme de l'aorte ascendante ouvert dans le péricarde. — Hématémèse supplémentaire. — Observation d'abcès rétropharyngien chez un enfant à la mamelle. — V. **Bibliographie.** Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent, avec une statistique des cas de ligature de l'artère carotide. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Du mouvement de la population en France, d'après les documents officiels publiés par le ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

## I

Paris, le 5 décembre 1861.

*Académie de médecine :* RÉSECTION DE LA HANCHE. QUESTION DE LA SALUBRITÉ DES HÔPITAUX. — VACCINATIONS DE RIVALTA. NOUVEAUX DOCUMENTS RELATIFS A LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS PAR LA VACCINE.

L'ère des comités secrets paraissant close pour le moment, le rapport de M. Gosselin sur la résection de la hanche est revenu à l'ordre du jour. Il est facile dès à présent de prévoir que la discussion cessera bientôt ; car, si elle continue, elle portera non sur le fond du sujet, mais bien sur des questions incidemment soulevées dans le rapport. Cette métamorphose n'est pas rare dans nos débats académiques, et elle se comprend ici mieux que jamais.

En effet, M. Le Fort présente un mémoire très complet sur un point circonscrit de thérapeutique chirurgicale. M. Gosselin fait à son tour un rapport très consciencieux ; il ne reste donc aux chirurgiens de l'Académie que peu de chose à dire, d'autant plus qu'aucun d'eux n'a d'expérience personnelle sur le sujet. Dans cette situation, ils se jettent dans toutes sortes de considérations hypothétiques. Etonnés que les chirurgiens étrangers obtiennent d'aussi beaux et d'aussi nombreux succès dans une opération qui est inconnue chez nous et que nous ne pouvons considérer sans effroi, ils se demandent si la coxalgie ne serait pas plus grave au delà du Rhin et de la Manche qu'en deçà ; si elle serait aussi bien traitée là-bas que chez nous ; si nos confrères allemands et anglais ne seraient pas trop hardis, sinon même téméraires ; si les cas qu'ils ont soumis à la résection n'auraient pas guéri spontanément ou avec l'aide de la thérapeutique seule ; M. Velpeau va même jusqu'à se demander si la *chair anglaise* ne supporterait pas mieux les opérations que la *chair française*, les circonstances étant égales d'ailleurs ; — autant de questions lancées dans le vide, et qu'on aurait pu se dispenser peut-être de poser.

D'un autre côté, ils se montrent chatouilleux sur l'honneur

---

## FEUILLETON.

### Du mouvement de la population en France,

D'APRÈS LES DOCUMENTS OFFICIELS PUBLIÉS PAR LE MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS.

Si la question de la population intéresse la politique, elle se rattache par les liens les plus étroits à l'hygiène publique, et, sous ce rapport, elle s'élève à la hauteur des plus grandes questions sociales. Quel que soit cependant l'intérêt puissant qui s'y rattache, nous ne descendrons pas sur ce terrain ; le but et l'étendue de ce recueil s'y opposent également. Nous nous contenterons de donner une analyse succincte du remarquable travail que vient de publier le ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Nous devons, avant d'aller plus loin, témoigner notre reconnaissance à l'habile chef de la statistique générale de France, M. Legoyt, esprit aussi libéral qu'éclairé, auprès duquel les travailleurs trouvent toujours l'accueil le plus bienveillant.

La publication que nous avons sous les yeux est relative aux années 1855, 1856 et 1857. Elle comprend donc seulement une étude générale sur la population de la France, considérée pendant cette courte période triennale.

On a établi trois grandes divisions, correspondant au triple aspect sous lequel se présente plus spécialement le problème de la population : mariages, naissances et décès. Nous suivrons le même ordre.

Les divers calculs relatifs à l'effectif de la population, ont pour but le dénombrement de 1856. Les chiffres concernant les autres années sont calculés sur le recensement officiel, en ajoutant au total le chiffre représentant l'excédant des naissances sur les décès ou en faisant l'opération inverse lorsqu'il existe un excédant de décès.

§ I. *Mariages.* — Certains esprits chagrins, toujours disposés à médire du temps présent, prétendent que la moralité disparaît peu à peu du sein des masses, et ils citent en preuve la diminution

de la chirurgie française. Nous croyons connaître notre art et nous avons la prétention de l'exercer avec zèle; pourtant on répète partout à nos oreilles que nous perdons beaucoup plus d'opérés que nos voisins; on nous montre de longues listes de succès relatifs à des opérations que nous n'osons guère pratiquer : telles les extirpations de l'ovaire et les grandes résections du genou, de la hanche, etc. Tout cela nous heurte. Malheureusement pour nous, on nous oppose des statistiques qui semblent péremptoires. Or, quand on a des chiffres pour adversaires, il n'y a que deux partis à prendre : le premier consiste à les révoquer en doute et à suspecter la véracité des statistiques; l'expédient nous semble médiocre, car si on ne parvient pas à rectifier ces chiffres et à démontrer solidement leur vice, on a fait de la calomnie en pure perte; le second parti consiste à accepter les nombres sans mot dire, puis à rechercher pourquoi ils sont tels qu'on les présente, pourquoi, par exemple, les grandes opérations sont moins mortelles en Angleterre qu'en France. Mais, dira-t-on, la logique veut qu'avant de chercher l'interprétation d'un fait on s'assure d'abord de l'existence réelle et de la validité du fait lui-même, sans quoi l'on perd son temps; ceci est vrai, mais je répondrai que nous ne sommes pas même en mesure de discuter la majeure. Les Anglais ont des statistiques et nous n'en avons pas; tant pis pour nous. Nous n'aurions qu'une manière de répondre victorieusement à l'accusation générale qu'on formule contre notre pratique, c'est d'opposer les nombres aux nombres, et de montrer que nous avons été calomniés. Nous sommes accusés, c'est à nous à nous défendre, quitte, en cas de victoire, à demander à l'opinion publique une juste réparation. Garder le silence est peut-être faire preuve de dignité, mais c'est peut-être bien aussi passer condamnation; c'est à coup sûr montrer une indifférence attentatoire aux exigences de la vérité et de l'humanité.

Que les chirurgiens français y prennent garde, s'ils laissent plus longtemps suspecter leur pratique générale, s'ils n'en font pas connaître le résultat intégral, s'ils n'osent point enregistrer le front haut leurs revers comme leurs succès, le reproche d'impéritie se compliquera tôt ou tard du soupçon d'improbité scientifique, et l'on ne tardera pas à dire que si nous taisons la réalité, c'est qu'elle est accablante pour nous. Il nous semble qu'à tous les points de vue notre honneur est directement en jeu. La leçon est sévère; tâchons au moins d'en profiter.

Maintenant supposons que l'épreuve des chiffres nous soit défavorable, manquerons-nous pour cela de moyens de défense? Nullement. Il en est un notamment dont on peut dès à présent se servir. Notre chirurgie est certainement p[illegible] conservatrice, plus prudente, que celle de nos voisins; ce s[illegible] eux-mêmes qui se chargent de le démontrer. Ils publient [illegible] observations qui prouvent qu'ils se sont décidés à opérer a[illegible] que nous n'aurions jamais songé à le faire; ils ont tenté [illegible] entreprise grave sur des malades dont nous aurions guéri [illegible] doute un bon nombre sans opération sanglante. Avant de [illegible] courir à l'*ultima ratio*, nous épuisons toutes les ressour[illegible] de la thérapeutique, et nous arrivons à soustraire ainsi [illegible] certain nombre de patients aux chances douteuses d'une m[illegible] tilation très sérieuse. J'exprime ma pensée par des chiff[illegible] fictifs. 20 malades sont affectés gravement. Pierre les op[illegible] tous, et il obtient 10 succès et 10 morts, 50 pour 1[illegible] Paul en traite autant et plus longtemps; il en guérit 5; i[illegible] opère les 15 autres, qui à la vérité sont en assez mauv[illegible] état; 10 meurent, 5 guérissent; le succès tombe à 33 p[illegible] 100. Pierre se dit très heureux, et proclame la supériori[illegible] de sa pratique, et pourtant Paul a sauvé autant de malad[illegible] que lui; il en a perdu plus, mais il en a opéré moins.

On pourrait en dire bien long sur les statistiques, levier immense, et qu'on regrette de voir si dédaigné par les un[illegible] ou manié si légèrement par les autres. Dans notre conviction, c'est en comptant les faits (ce qui n'empêche pas de les peser) qu'on fera faire à la thérapeutique chirurgicale et surtout à la médecine opératoire les progrès les plus importants; aussi on ne peut que déplorer les puériles fins de non-recevoir qu'on oppose sans cesse à l'emploi d'un moyen si puissant et si fécond, en chirurgie du moins.

J'ai dit en commençant que la question originaire allait sans doute disparaître sous les incidents. Le principal d'entre eux tire son origine d'un passage du *rapport de M. Gosselin*, qui a cherché la différence des résultats et la cause des succès d'outre-mer dans les circonstances particulières où sont placés les opérés anglais. C'est là une bonne tendance. Fondé à croire que les hôpitaux de la Grande-Bretagne sont plus salubres que les nôtres, il n'a point hésité à le dire; de là réclamation vive de l'honorable M. Davenne, qui, rappelant l'état déplorable de nos grands centres nosocomiaux à la fin du siècle dernier, a retracé les efforts continuels faits par l'administration moderne pour améliorer l'installation des malades et leur régime, pour réaliser les conditions hygiéniques les plus favorables, etc. Dans sa réplique, M. Gosselin, tout en reconnaissant les progrès incontestables faits dans cette voie, a énuméré en revanche les conditions qui lui semblent assurer aux hôpitaux étrangers une supériorité réelle.

---

du nombre des mariages. La statistique s'est chargée de répondre à cette assertion par une négation formelle. Ainsi, le nombre des mariages a été en augmentant dans la période comprise entre les années 1854 et 1857 inclusivement. La proportion des mariages à la population a été de 1 mariage pour 133-127-126-122 habitants. Ces chiffres, déduits d'une moyenne annuelle de 283,535 mariages, portent avec eux un enseignement qui a sa valeur. En général, les mariages sont plus fréquents dans les années d'abondance et de prospérité, plus rares dans les années calamiteuses; en somme, l'équilibre se reproduit dans un temps donné ordinairement assez court.

On a calculé avec soin l'âge relatif moyen des époux au moment du mariage. Les hommes se marient à trente ans six mois; les femmes à vingt-six ans. Il y a cependant une distinction à faire entre les mariages des villes et ceux des campagnes. Tandis que, dans le département de la Seine, la moyenne dépasse trente et un ans neuf mois pour les hommes, cette moyenne descend à trente ans trois mois dans les campagnes. Cette différence entre les âges a-t-elle, comme le croit le rapport, une influence sur la fécondité des mariages? Nous sommes de cet avis, avec la réserve toutefois qu'en pareille matière il faut *faire la part du diable*, qui ne manque pas de malice, comme chacun sait.

Pour connaître la fécondité des mariages, on divise par leur nombre les naissances d'enfants légitimes qui ont eu lieu dans une année. Cette méthode a donné les résultats suivants pour les trois années 1855, 1856 et 1857 : chaque mariage a produit 3,0[illegible] — 3,23 — et 3,06 enfants légitimes. On peut donc dire que la fécondité, en France, est très limitée. Paris et le département de la Seine se distinguent des autres parties de la France par une fécondité moindre dans la proportion d'un tiers environ.

Contrairement à l'opinion généralement accréditée, les hommes jeunes épousent des femmes plus âgées. Mais, arrivés à la trentaine, les hommes choisissent des femmes plus jeunes. Les mariages de raison deviennent de plus en plus nombreux. Quant à la durée moyenne des mariages, elle semble aller en augmentant dans des proportions minimes sans doute, mais réelles et con-

De la résection coxo-fémorale dans les affections de la hanche, le débat va donc passer à un parallèle entre les hôpitaux de la France et de l'Angleterre. Cette nouvelle face du sujet trouvera probablement l'Académie au dépourvu, à moins que les membres de la section d'hygiène ne s'en mêlent. Nous avons d'ailleurs la satisfaction d'annoncer à nos lecteurs que M. Le Fort, lors de son voyage en Angleterre, a étudié spécialement ce point et tracé le parallèle en question. Déjà, il y a quelques années, un jeune médecin, M. le docteur Topinard, avait écrit sur ce sujet une thèse qu'on lira avec fruit. Si donc la science officielle se déclare incompétente, les efforts individuels pourront y suppléer et éclairer le public. Mais si l'Académie voulait elle-même posséder les éléments essentiels d'une comparaison si fructueuse, elle pourrait et devrait au besoin nommer dans son sein une commission spéciale chargée de franchir le détroit, et d'examiner les choses *de visu*. Au siècle dernier, l'Académie des sciences indemnisa Morand des frais d'un voyage en Angleterre, entrepris pour savoir comment Cheselden faisait la taille. L'Académie impériale de médecine pourrait bien, aujourd'hui, ouvrir sa bourse pour savoir pourquoi et comment les hôpitaux anglais sont moins funestes à leurs malheureux hôtes, et nous sommes certain que l'administration de l'assistance publique s'associerait de toutes les façons à l'accomplissement d'une semblable enquête. M. Le Fort montera peut-être à la tribune de la rue des Saints-Pères, et nous apprendra ce qu'il pense des hôpitaux de Londres; de notre côté, nous dirons, si personne ne s'en charge, ce que nous trouvons de défectueux dans les nôtres. Sous ce rapport, nous partageons tout à fait l'opinion de M. Malgaigne, et nous répéterons avec lui que, sans savoir si nos voisins sont mieux partagés que nous, nous pouvons affirmer que nos hôpitaux sont bien loin d'avoir atteint le degré de perfection qu'on pourrait leur souhaiter.

Un mot maintenant sur la séance de mardi. MM. Velpeau et Gosselin seuls ont parlé. Le premier ne savait pas tout d'abord s'il devait être bref ou prolixe; il a adopté le second parti; nous pensons qu'il aurait aussi bien fait de s'en tenir à son premier dessein; en effet, son allocution ne nous a paru rien ajouter d'essentiel au rapport et aux conclusions de M. Gosselin. M. Velpeau a cherché à démontrer que les chirurgiens français étaient fort au courant de la question, ce qui n'est point l'avis du rapporteur ni le nôtre. Il a dit qu'il avait guéri beaucoup de coxalgies, ce dont nous le félicitons; mais il a omis de nous dire si les cas soumis à des soins si efficaces étaient graves, et s'ils avaient guéri sans difformité. Il a parlé d'appareils à l'utilité desquels il croit, et que nous considérons personnellement comme très impuissants; il a effleuré les questions de statistique, de pronostic, de médecine opératoire; il a enfin parlé d'indications, de contre-indications dans des termes très généraux et en entourant chaque assertion de réserves qui laissent flotter l'esprit dans le vague.

M. Gosselin a facilement montré que la partie scientifique de son rapport n'avait pas été entamée : aussi ses réponses ont-elles été, sur le côté chirurgical, brèves et de minime importance. Arrivé sur le terrain de la question nosocomiale, M. Gosselin a été remarquablement clair et intéressant; il a pesé avec équité les intérêts de la science et de la morale, et l'on pourrait facilement faire ressortir de son discours quelques conclusions sur l'insuffisance des services consacrés aux maladies de l'enfance, sur l'utilité qu'il y aurait à multiplier et à disséminer les salles affectées à ce service. Enfin, il a parlé des hôpitaux d'adultes; mais ceux de l'étranger l'ont plus occupé que les nôtres. C'était du reste une manière indirecte de faire la critique de ces derniers.

AR. VERNEUIL.

---

Aussi longtemps que la question de la transmissibilité de la syphilis par la vaccine ne sera pas définitivement jugée, ce n'est qu'en rassemblant avec soin tous les faits qui se produisent, ce n'est qu'en tenant compte de la difficulté, de l'obscurité qui accompagne une interprétation pathogénique le plus souvent rétrospective, ce n'est enfin qu'en mettant à profit les erreurs même auxquelles une observation superficielle peut donner lieu, qu'il sera possible d'arriver à la solution de ce problème, dont l'importance n'a pas besoin de commentaires. Nous sommes d'autant plus heureux de consigner ici les résultats de l'enquête provoquée par les événements de Rivalta, que l'examen du docteur Albertetti nous semble exonérer complétement les vaccinations mises en cause. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on adopte sur la signification de ces faits nouveaux, ils apporteront avec eux un utile enseignement, car ils démontreront une fois de plus la multiplicité des éléments dont il faut tenir compte pour élucider la filiation étiologique de la *syphilis vaccinale*, et surtout la réserve extrême qui est imposée au médecin dans tous les cas de ce genre.

---

stantes, en rapport probable avec l'augmentation de longévité de la vie. Toutefois nous ne donnons cette opinion que comme une hypothèse qui a besoin d'être vérifiée.

Les médecins n'ont cessé de s'élever contre les mariages entre consanguins. Quelques-uns se sont appliqués à en montrer les graves inconvénients. On sait que c'est dans les unions de cette sorte que se recrute, suivant des écrivains très autorisés, le plus grand nombre d'idiots, de sourds-muets, etc., et diverses autres catégories de déshérités. Malgré d'aussi sérieux empêchements, corroborés par la loi civile et la loi religieuse, les mariages entre consanguins ont encore lieu dans la proportion suivante : sur 10,000 mariages, 2 entre neveux et tantes; 5 entre oncles et nièces; 96 à 98 entre cousins germains. L'état où en est aujourd'hui cette question, quoique non encore fixé d'une manière irrévocable, est tel cependant que les hygiénistes ne doivent pas cesser de s'en préoccuper. La population rurale, la plus isolée, sédentaire par goût ou par nécessité, est principalement exposée au mariage entre consanguins. Les familles riches qui habitent les villes, s'abandonnant aux conseils de l'ambition, donnent aussi la main à ces alliances. Les habitants des villes, plus éclairés que ceux des campagnes, sont plus coupables que ces derniers quand ils ferment l'oreille aux conseils de la médecine.

§ II. *Naissances.* — Le nombre annuel des naissances varie entre 950,000 et 1 million. Ce chiffre, comparé à la population totale, donne la proportion suivante, établie par des calculs exacts : pour *une* naissance, 39 habitants (1853 et 1854) ; 40 habitants (1855); enfin, 38 habitants (1856 et 1857). Si l'on remonte à une époque plus reculée, à 1817 par exemple, année regardée comme étant celle qui peut fournir à la statistique les données les plus exactes, l'état civil ayant commencé alors à être bien tenu, le rapport des naissances à la population descend à 32. Or, comme il existe une relation entre la durée moyenne de la vie et le nombre des naissances, on constate que la vie moyenne a augmenté d'à peu près six ans dans une période d'environ quarante années. Depuis cette époque, le bien-être de la population s'est singulièrement accru;

Voici d'abord l'exposé des faits qui se sont passés à Rivalta (province d'Acqui); nous en empruntons la relation à la *Gazetta medica italiana* (*provincie sarde*) du 4 novembre 1861 :

Vers la fin de mai 1861, le chirurgien Coggiola pratiqua une vaccination avec du vaccin renfermé dans un tube qui lui avait été envoyé par le conservateur d'Acqui, M. Jvaldi. L'opération fut exécutée avec la lancette, et ne présenta rien de particulier. L'enfant, nommé Chiabrera Gioanni, alors âgé de onze mois, était en parfaite santé et de constitution robuste. Dix jours après, le 2 juin, on vaccine en une seule séance 46 enfants avec le liquide provenant des boutons du petit Chiabrera. Tous ces enfants étaient sains. Dix jours plus tard, le 12 juin, 17 autres enfants (deuxième série) sont vaccinés avec le liquide provenant de l'un des 46 de la première série. Le chiffre total des vaccinés s'élève donc à 63 ; sur ce nombre, 46, dit-on, ont été plus ou moins infectés de syphilis.

Chiabrera Gioanni, le premier vaccinifère (*vaccinifero*), est encore vivant aujourd'hui ; mais il est tombé dans un état de marasme très prononcé. Le second vaccinifère qui a fourni le vaccin aux 17 enfants de la deuxième série est mort peu de temps après ; on n'en a pas pratiqué l'autopsie, et la cause de sa mort est restée inconnue. En résumé, 39 enfants (y compris le petit Gioanni) sur les 46 de la première série, et 7 sur les 17 de la deuxième série, ont présenté des traces d'infection syphilitique. D'après les renseignements fournis par le docteur de Katt, médecin à Rivalta, l'infection s'est manifestée, en moyenne, le vingtième jour après l'insertion du vaccin ; les limites extrêmes ont été dix jours et deux mois.

Chez quelques-uns des enfants contaminés, la pustule vaccinale, au moment où elle aurait dû se cicatriser, s'enflammait et s'entourait d'une auréole rouge, ou livide ou cuivrée ; en même temps elle s'étendait et recommençait à suppurer ; chez d'autres, la cicatrisation était déjà achevée lorsqu'apparaissait une ulcération sur la cicatrice ; cette ulcération se recouvrait de croûtes qui se renouvelaient incessamment. Chez un certain nombre enfin, l'ulcération des boutons de vaccine prenait d'emblée un mauvais aspect, et elle était suivie d'une éruption générale que le populaire qualifiait de petite-vérole ; mais la forme nosologique de cette éruption n'a pu être déterminée, parce que les médecins n'ont pas été consultés à temps.

Quelques semaines se passent, puis un bruit étrange se répand dans le pays : plusieurs des enfants vaccinés à Rivalta ont été infectés par l'opération. Bientôt l'accusation grandit en face des faits qui se multiplient ; à la stupeur qu'avait causée la première nouvelle de ce malheur public succède une légitime irritation, et les choses en viennent à ce point que le docteur Ponza accourt de lui-même à Acqui pour prendre conseil du congrès médical rassemblé dans cette ville. Une commission est aussitôt nommée ; elle se transporte à Rivalta, et, le 7 octobre dernier, elle procède à une enquête attentive. Le docteur Pachiotti, rapporteur, a son rapport le 20 octobre dans la *Gazzetta dell' Associazi… dica degli Stati sardi.*

Au 7 octobre, six enfants étaient morts sans traitement, que la véritable nature de la maladie n'avait point été reco… depuis, on avait institué un traitement spécifique, et il n'y… pas eu de nouveaux cas de mort ; 14 enfants étaient en v… guérison ; mais 3 étaient encore en danger : c'était le petit… b era, le premier vaccinifère, puis un enfant de Sezze, et… petite Parodi, dont l'observation est consignée dans le r… sous le n° 23. En fait, 38 enfants étaient en traitement surve…

Mais, sur les 46 enfants infectés, 23 étaient dispersés dan… férentes communes, de sorte que l'examen de la commiss… porté que sur 23 individus, dont les observations sont anne… rapport de M. Pachiotti ; en l'absence de détails circonstanc… l'état des 23 autres enfants, ceux-là seulement qui ont ét… par la commission doivent être pris en considération. Or, s… groupons les renseignements que nous fournit le rapport su… cun d'eux, nous voyons que la syphilis s'est révélée chez c… fants par les symptômes suivants : pustules plates ; tubercules… queux à la région anale et sur les organes génitaux ; ulcér… spécifiques des lèvres et de la gorge ; pléiades ganglionnair… guinales ou cervicales ; syphilides diverses ; alopécie ; ulcér… secondaires sur le prépuce ; tubercules cutanés ; tumeurs… meuses ; chez deux enfants, marasme et cachexie. Quelques… des mères qui nourrissaient les enfants infectés ont eu des p… plates aux mamelles, quoiqu'elles fussent antérieurement par… ment saines ; enfin le traitement institué par le docteur de K… (frictions mercurielles, iodure de potassium dans du sirop de… separeille) a notablement amendé les accidents chez la plupart d… petits malades.

Malgré la précision, la netteté apparente de tous *ces faits*; malgré l'évidence que paraissent présenter *tout d'abord leurs* relations étiologiques, la commission a formulé cette conclusion : « Quant à la source, à la voie de transmission et à la cause de cette maladie funeste qui s'est développée chez … des 63 enfants vaccinés, nous ne pouvons rien en dire ; la commission a besoin d'un examen plus approfondi pour émettre un jugement sage et prudent. »

C'est qu'en effet, avant d'admettre ici une syphilis vaccinale, il faut compter avec toutes les difficultés, avec toutes les obscurités de cette histoire ; il faudrait en outre être en mesure de répondre à un certain nombre de questions es… sentielles, et les éléments nécessaires nous paraissent faire absolument défaut. Le docteur Albertetti l'a parfaitement compris, et, tout en applaudissant à la sage réserve de la Commission, il n'a pas craint d'aller au delà : il a établi, par

---

la terre a été mieux cultivée ; la nourriture est devenue plus abondante ; l'industrie a fait des progrès considérables, et, par suite, le confortable s'est introduit dans toutes les classes de la société. Cette amélioration dans la vie matérielle a certainement contribué, pour une part, au développement de la population, et, par suite, à l'élévation du chiffre représentant la vie moyenne.

Le rapport entre le nombre des filles et celui des garçons est presque constant : sur 100 filles on compte plus de 105 garçons. L'écart entre ces deux chiffres est plus grand quand il s'applique aux enfants de la campagne. A quoi tient cette différence? On l'ignore. On a fait une remarque qui a aussi sa valeur, bien que l'on n'y ait pas encore trouvé une explication rationnelle. On a fait, disons-nous, la remarque que la prédominance des enfants du sexe masculin sur les filles s'observait surtout chez les premiers nés, et plus particulièrement lorsque le père est plus âgé que la mère.

Le relevé des registres de l'état civil nous apprend que, dans les campagnes, les enfants naturels sont aux enfants légitimes comme 1 est à 24 (environ), tandis que, dans les villes de 10,000 âmes et au-dessus, la proportion des naissances illégitimes augmente co… dérablement. Paris, sous ce rapport, nous offre une proport… exceptionnelle. On y compte 1 enfant naturel sur moins de 3 en… fants légitimes. Les grandes agglomérations de population fav… sent singulièrement les naissances illégitimes en occasionna… relâchement des mœurs. Il est pourtant vrai de dire que les… mères quittent les campagnes pour aller cacher leur honte dans… villes, ou pour y trouver un aliment nouveau à leur incond… D'où il suit qu'un grand nombre de naissances illégitimes… fournies par la population flottante et non par la population m… cipale.

Le maximum des naissances s'observe dans les trois mois… février, mars et avril, ce qui reporte le moment de la concep… aux mois précédents de mai, juin et juillet. Bien que ce maxi… soit marqué d'une manière évidente, il ne nous semble pas as… élevé pour faire croire à une période de fécondation prop… l'espèce humaine. Si cette période existe pour certaines peupla…

une étude minutieuse des faits, que rien ne démontre la transmission de la syphilis par la vaccine sur les enfants infectés de Rivalta (1).

Et d'abord, quelle était la provenance du vaccin fourni à M. Coggiola par le conservateur d'Acqui, question fort importante, et qui reste jusqu'à ce jour sans réponse. M. Albertetti fait remarquer que des tubes contenant du vaccin identique ont été envoyés par le conservateur à d'autres chirurgiens de la province, et l'insertion de ce vaccin n'a déterminé aucun accident. Cet argument n'est assurément pas sans valeur; mais il n'a pas à nos yeux la même importance que pour le médecin italien; en admettant même que le vaccin de tous ces tubes provînt du même enfant, il se pourrait fort bien que les dernières portions recueillies aient transmis la syphilis, alors que les premières parties du même liquide n'ont donné que la vaccine. On sait, en effet, que c'est précisément ce qui a eu lieu dans le fait célèbre de Hübner (*Baierisches Intelligenz-Blatt*, 1852-1854.)

Mais ce n'est pas tout, et voici des objections qui nous paraissent bien autrement sérieuses : Albertetti en a fait avec raison la base de son argumentation. Aucun des enfants infectés n'a présenté d'*ulcération spécifique primitive;* faut-il donc admettre une syphilis constitutionnelle d'emblée? Faut-il, dans le désir de forcer l'interprétation d'un fait, réduire à néant l'observation et l'expérience antérieures? Faut-il supposer enfin que les accidents secondaires peuvent se développer sans lésion ulcéreuse primitive? Rien n'autorise une telle manière de voir, qui est directemeut infirmée par les travaux de Rollet et de Sigmund (*Wiener Medizinische Wochenschrift* 1861), sur le mode de transmission de la syphilis secondaire.

Notons en outre que la vaccine du petit Chiabrera, le premier vaccinifère, a suivi une marche parfaitement normale, et que la cicatrice n'a présenté chez lui aucune ulcération suspecte.

Le docteur Albertetti invoque enfin à l'appui de sa thèse des considérations d'un autre ordre; il conclut de l'examen rigoureux des 23 observations publiées dans le rapport, que chez la plupart de ces enfants l'existence de la syphilis est pour le moins contestable, et que, chez les autres, l'apparition des accidents syphilitiques peu de temps après la vaccination est due, non point à une infection vaccinale, mais tout simplement à l'influence exercée par le vaccin sur une syphilis constitutionnelle préexistante. Nous ne pouvons, on le conçoit, aborder une discussion de diagnostic, qui n'a d'intérêt réel que pour les médecins qui ont vu les petits malades; et d'ailleurs, peu importe ici, en quelque sorte, qu'il y ait eu 23 ou 6 enfants infectés; la syphilis fût-elle parfaitement démontrée chez tous, que cette certitude n'enlèverait rien de leur valeur aux premiers arguments formulés par le médecin italien.

Pour nous, l'étude attentive des pièces du débat nous a entièrement converti à l'opinion de M. Albertetti; nous voyons dans l'histoire de Rivalta deux ordres de faits bien distincts : la vaccination des enfants, et l'apparition de la syphilis constitutionnelle chez un certain nombre d'entre eux; voilà ce qui est certain, incontestable; ces deux ordres de faits se sont succédé, voilà ce qui est encore évident; mais nous ne saurions aller plus loin pour le moment; nous constatons entre tous ces faits un rapport de coïncidence, mais nous y cherchons vainement une relation de causalité.

Une lettre du docteur Pachiotti en date du 18 novembre (cette lettre a été insérée dans l'UNION MÉDICALE du 30 novembre) nous apporte un nouveau renseignement : « Il est maintenant certain que, pendant la vaccination, du sang suintait des pustules de Chiabrera; et même il y a deux enfants syphilitiques qui ont été vaccinés pendant que du sang coulait des pustules, et avec la lancette chargée de sang et d'humeur vaccinale. » Ce détail est fort important, car, après les conclusions formulées par M. Viennois dans son travail, il pourrait, aux yeux de beaucoup de personnes, passer pour un argument décisif en faveur de l'infection des enfants de Rivalta par la vaccine. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir citer ici les expériences tentées sur lui-même par un médecin du midi de la France; ces expériences ont été précisément inspirées par le mémoire de M. Viennois : le docteur Lalagade, chirurgien en chef de l'hôpital d'Albi, s'est inoculé *publiquement*, dans trois expériences successives, le sang de trois soldats bien et dûment syphilitiques; chaque inoculation a été faite par deux larges et profondes piqûres; aucun accident n'est survenu (1). On voit donc que cette question n'est point encore résolue, et que le suintement de sang des pustules de Chiabrera n'a pas d'autre valeur que celle d'un renseignement additionnel.

(1) *Sifilide nei bambini vaccinati in Rivalta. Osservazioni critiche sulla relazione del dott. coll. G. Pachiotti, fatta a nome della commissione del comitato Acquese,* pel dott. G. Albertetti. (*Gazzetta medica italiana* [provincie sarde], 4 et 18 novembre 1861.)

(1) Voy. le travail du docteur Lalagade : *Études théoriques et expérimentales sur l'action de la vaccine chez l'homme.* Paris, 1861.

nous pouvons dire que les hommes qui vivent à l'état de civilisation peuvent, d'après la définition de Beaumarchais, « faire l'amour en tout temps. »

Dr BOURDIN.

— Le nombre des premières inscriptions prises cette année à la Faculté de médecine de Paris est de 369 ; c'est une augmentation notable sur les années précédentes.

— Le 28 avril prochain, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital. Les candidats devront se faire inscrire avant le 13 avril, au secrétariat général de l'administration, à l'Hôtel-Dieu.

— La Société impériale de médecine de Lyon, sur la proposition de M. le docteur Teissier, son trésorier, vient de fonder un nouveau prix qu'elle décernera tous les deux ans à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit (et inédit) qui, pendant ce temps, lui aura été envoyé sur un sujet quelconque relatif aux sciences médicales. Ce prix, de la valeur de 100 à 300 francs, sera décerné pour la première fois à la fin de l'année 1862.

— M. Guignard, professeur suppléant à l'école d'Angers, est délégué provisoirement dans la chaire d'accouchements, pendant la durée d'un congé accordé à M. Négrier.

— Par arrêté du 2 décembre, M. le docteur Achille Chauvin est nommé professeur suppléant, pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Tels sont les événements qui ont fait si grand bruit de l'autre côté des Alpes ; sans la sage réserve de la commission, peut-être eussions-nous vu se renouveler aujourd'hui les tristes et regrettables débats qui ont agité pendant deux ans les tribunaux de la Bavière ; les faits de Rivalta, nous l'avons dit, doivent être pour tous les médecins une utile leçon ; mais combien est plus sérieux, plus important encore l'enseignement que ces faits apportent aux magistrats ! Aussi nous voudrions qu'ils fussent connus de tous les hommes auxquels est commise la charge de rendre la justice ; peut-être conviendraient-ils alors que bien souvent le problème est insoluble ; peut-être avoueraient-ils, malgré leurs orgueilleuses prétentions à l'omniscience, que sur de telles questions l'autorité du médecin doit primer celle du juge. Pour nous, nous ne pouvons transiger avec un sentiment qui se réveille plus vivace chaque fois que nous jetons les yeux sur les pièces du trop fameux procès de 1852 : en matière de syphilis vaccinale, comme sur bien d'autres points, le magistrat qui condamne, alors que la science absout ou suspend son arrêt, est peut-être de bonne foi, mais il est à coup sûr en dehors de son mandat, il outrepasse ses droits.

Dr JACCOUD.

---

## II

## REVUE CLINIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE DIABÈTE PASSAGER SURVENU PENDANT LE COURS DU DÉVELOPPEMENT D'UN ANTHRAX, par MM. les docteurs J.-M. PHILIPEAUX et A. VULPIAN.

Dans l'article très intéressant que M. le docteur Charcot a consacré à l'étude de quelques documents peu connus de l'histoire de la gangrène diabétique (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1861, p. 539), se trouve rapporté textuellement un passage d'un ouvrage de Prout dans lequel cet auteur assure que « le diabète accompagne très souvent (d'après son expérience personnelle, il faudrait dire toujours) les anthrax, les furoncles et les abcès de mauvaise nature qui se rapprochent des anthrax. » M. Charcot fait remarquer que cette opinion, bien qu'exagérée, est l'expression d'un fait, très probablement vrai dans certains cas déterminés, et, après avoir cité à l'appui de sa manière de voir un passage de Cheselden où cette influence des anthrax sur la production de la glycosurie se trouve indiquée, il mentionne deux cas publiés par M. Wagner, et rapporte deux observations empruntées au DUBLIN MEDICAL PRESS. Dans ces observations, aussi bien que dans celles de M. Wagner, on a constaté l'existence de glycose dans l'urine d'individus atteints d'anthrax, et qui, d'après les renseignements, n'étaient pas diabétiques auparavant. Chez ces individus, le sucre disparut des urines alors que l'anthrax était en voie de guérison.

Comme les faits de cette nature nous paraissent offrir une assez grande importance au point de vue de l'étiologie et de la physiologie pathologique du diabète, nous croyons devoir publier un cas tout à fait semblable que nous avons eu occasion d'observer récemment.

OBS. — M. M..., âgé de soixante-treize ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais eu, avant le mois de mars de cette année, que de légères indispositions. Il était, pendant les douze ou quinze dernières années, facteur au chemin de fer du Nord, et, soit durant cette période de temps, soit auparavant, il n'a jamais été exposé à des privations, ni à des fatigues extrêmes ; il n'a jamais fait non plus d'excès d'aucune sorte. A aucune époque de sa vie, il n'a remarqué que sa soif fût augmentée, ou que son appétit fût exagéré ; la miction a toujours été à peu près uniforme ; l'urine n'a jamais taché ses vêtements, ni empesé son linge.

Le 16 mars 1861, M. M... éprouve les premiers symptômes d'u hémiplégie qui s'accroît les jours suivants. Il n'y a pas eu de perte connaissance ; le malade, sans qu'aucun phénomène eût attiré son atten tion quelques moments auparavant, s'aperçut, en voulant saisir quel chose, que sa main gauche était très faible. Ce jour là même et les suivants, la paralysie s'étend au bras tout entier, au membre inférieur à la moitié de la face du côté gauche. L'hémiplégie est alors complè l'intelligence demeure intacte. Les phénomènes de paralysie, au bout quelque temps, commencent à diminuer progressivement.

Vers la fin de juillet, alors que la paralysie n'avait pas encore dispar le malade ressentit de vives douleurs dans la région dorso-lombaire côté gauche. Bientôt survint une large tuméfaction de cette régi Lorsque le malade fut vu pour la première fois, on constata la prése d'un anthrax très étendu de la région susdite. Cet anthrax avait alors 8 centimètres de diamètre, et il faisait une saillie considérable au-des du niveau des parties saines. Le malade avait eu une fièvre intense, soif assez vive, sans polyurie. M. M... se refusa à ce qu'on pratiquât d incisions ; et ce ne fut que le 11 août que, tourmenté par les douleur toujours croissantes, il consentit à l'opération. L'anthrax avait alors diamètre de 14 centimètres. On fit trois incisions parallèles, profonde dirigées de haut en bas ; quelques jours après, on fit deux autres inci sions croisant les premières à angle droit. La mortification du tissu ce lulaire était à ce moment déjà si avancée que les incisions ne déterm nèrent qu'une faible douleur. Ce fut le jour où l'on pratiqua des incision transversales que l'on put obtenir de l'urine pour l'examiner à l'aide des réactifs. Cette urine était peu colorée ; elle poissait les doigts. Traitée par la potasse caustique et la chaleur, elle se colorait en jaune, puis e brun presque noir. Traitée par la liqueur de Barreswill, elle produisait un abondant précipité rouge d'oxyde de cuivre. Malgré les incisions, l'étendue de l'anthrax augmenta encore les jours suivants, et il atteignit un diamètre de près de 30 centimètres. Une suppuration abondante commença à se montrer ; de larges lambeaux de tissu cellulaire se séparè rent des tissus sous-jacents, ou furent enlevés au moyen des ciseaux. On examina deux fois encore l'urine pendant cette période de mortification et d'élimination des parties nécrosées. Chaque fois l'essai de l'urine donna les mêmes résultats que ceux qui avaient été constatés lors du premier examen. Il y avait une dizaine de jours que l'on n'avait pas renouvelé l'essai des urines, lorsqu'un nouvel examen ne nous donna, à notre grande surprise, qu'un résultat négatif. A ce moment, 28 septembre, la plus grande partie du tissu gangrené était tombée ; sauf quelques lambeaux de tissu cellulaire nécrosé encore adhérents et formant comme des îlots, l'anthrax avait fait place à une énorme plaie, à fond couvert d bourgeons charnus, et dont les bords étaient formés par la peau décollée dans une assez grande étendue, sur toute la circonférence de la plaie. Cette plaie, située du côté gauche, empiétait, par le quart de son étendue, sur la région dorso-lombaire du côté droit ; elle fournissait une abondante suppuration. Le malade n'était pas aussi affaibli qu'on aurait pu s'y attendre ; il mangeait un peu ; depuis longtemps sa soif était devenue normale ; à vrai dire, même, elle n'avait été assez vive que dans les pre miers jours de la maladie, alors qu'il y avait une fièvre d'une gran intensité. Les jours suivants, on examina plusieurs fois l'urine, et stamment les essais par la potasse et par la liqueur de Barreswill, indiq quent que le sucre avait disparu.

Le travail de cicatrisation commença bientôt à se manifester ; les der nières parties de tissu cellulaire mortifié tombèrent, et les bords de plaie commencèrent à se rapprocher. Le pus était toujours de bonne na ture et en quantité considérable. Il n'y eut aucun accident méri d'être signalé, pendant la durée du travail de cicatrisation. Aujourd 20 novembre, la cicatrisation n'est pas encore entièrement achevée : parties décollées de la peau sont depuis longtemps devenues adhér aux tissus sous-jacents ; la plaie n'offre plus que 5 à 6 centimètres hauteur sur 2 de largeur. Quant à l'état général, il est excellent. L'h plégie persiste encore ; il y a un peu de déviation des traits et grande difficulté des mouvements du bras et de la jambe du côté gauch cependant le malade peut porter des objets de sa main gauche, et marcher en s'aidant d'une canne. Il sort depuis quelques jours et va de courtes promenades.

L'urine a été examinée pour la dernière fois il y a huit jours ; précipite pas l'oxyde de cuivre de la liqueur de Barreswill ; elle ne se pas au contact de la potasse caustique sous l'influence de la Évaporée presque à siccité, elle ne donne encore, par ces réactifs des résultats insignifiants. M. Cloëz, qui a bien voulu se charger de chercher si cette urine ne contiendrait pas d'inosite, n'en a pas tro quantité appréciable. Le seul caractère qui nous ait paru devo mentionné, c'est la présence dans l'urine de nombreux cristaux d' de chaux.

Cette observation présente la même lacune que les fai même genre rassemblés par M. le docteur Charcot, c'est-à-

qu'avant l'apparition de l'anthrax on n'avait pas examiné l'urine. Il nous semble toutefois, d'après les renseignements qui nous ont été fournis et qui ont été demandés à plusieurs reprises, et en insistant sur tout ce qui aurait pu fournir des indices, que notre malade n'avait jamais été atteint de glycosurie avant le moment où s'est développé l'anthrax. Il nous est, d'ailleurs, impossible d'indiquer le moment précis où l'urine a commencé à contenir du sucre. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que la quantité de sucre contenue dans l'urine était déjà considérable, probablement à son maximum, quelques jours après le début de la période de sphacèle du tissu cellulaire, et que cette quantité n'a guère diminué pendant toute la durée de cette période. Le sucre a disparu lorsque la mortification était terminée.

Le malade offrait une hémiplégie de date déjà ancienne, et l'on pourrait attribuer une influence prédisposante à la lésion qui se traduisait par cette paralysie. Cependant, il est bon de le faire remarquer, l'hémiplégie ne présentait aucun caractère particulier qui permît de supposer que la lésion eût un siége voisin du plancher du quatrième ventricule.

La disparition si rapide du sucre de l'urine nous avait suggéré l'idée que le sucre pouvait bien avoir été remplacé par de l'inosite, substitution signalée dans un cas de diabète par M. Vohl (1) (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859, p. 221). On a vu que cette supposition était sans fondement, car l'examen fait par un très habile chimiste, M. Cloëz, a montré que l'urine de ce malade ne contenait pas d'inosite.

---

III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

THÉRAPEUTIQUE. — *De l'application de la photographie à la laryngoscopie et à la rhinoscopie*, par M. *J. Czermak*. — L'auteur publie sous ce titre une note dans laquelle il expose les premiers essais qu'il a faits dans le but d'obtenir la reproduction photographique de la cavité du larynx et des fosses nasales.

« Je communiquerai plus tard, ajoute M. Czermak, une description détaillée de la manière de produire les photographies laryngoscopiques et rhinoscopiques, et surtout les photographies stéréoscopiques du larynx, quand j'aurai eu l'occasion de faire faire une série d'images qui pourront servir à l'explication iconographique de la physiologie et de la pathologie des organes de la voix. » (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

— *De la diminution dans la quantité des boissons comme partie du régime destiné à combattre l'obésité;* note de M. *Dancel*. — L'auteur, après avoir rappelé qu'il avait, il y a dix ans, entretenu l'Académie des heureux effets obtenus dans le traitement de l'obésité d'une méthode fondée sur les travaux de MM. Dumas, Boussingault, Payen, Persoz, concernant la génération des corps gras, ajoute que les premiers succès qu'il annonçait alors furent suivis de plusieurs autres, mais non pas d'une manière constante. Il est parvenu à des résultats plus satisfaisants en diminuant chez les malades obèses la quantité de boissons ingérées.

CHIRURGIE. — M. *Maisonneuve*, à l'occasion de la communication faite dans la séance du 4 novembre par M. *Sédillot*, remarque qu'on ne peut présenter comme entièrement nouvelle la théorie qui consiste à considérer les accidents consécutifs aux opérations intra-uréthrales comme le résultat d'une *intoxication urineuse*. « Cette théorie, dit M. Maisonneuve, est précisément celle que je professe depuis plusieurs années dans mes cliniques, ainsi que le constatent : 1° le résumé succinct que M. de Saint-Germain, l'un de mes anciens élèves, en a consigné dans sa thèse inaugurale de janvier 1861 ; 2° les propositions précises que j'ai formulées dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie le 10 juin 1861. » (*Comm.:* MM. Velpeau et Jobert.)

— M. *Vinci* (de Naples) présente une note sur une méthode de traitement qu'il a imaginée pour certaines affections du canal de l'urèthre, du vagin, du sac lacrymal et des conduits nasaux.

L'auteur a été conduit à penser que le seul moyen de ne pas voir se prolonger indéfiniment, comme c'est trop souvent le cas, la plupart de ces affections, c'était de leur opposer une *médication topique permanente*. Pour satisfaire à cette indication, il a dû s'occuper non-seulement de la composition de ces médicaments et de la forme sous laquelle il convenait de les employer, mais il a dû, pour mettre ces topiques en contact avec les parties sur lesquelles ils devaient agir, inventer des appareils nouveaux. (*Comm.:* MM. Cloquet, Jobert et Civiale.)

— M. *Mathieu*, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une pince à anneaux munie d'un nouveau mode de fermeture. Le mécanisme consiste en deux crochets placés en sens inverse sous les anneaux et que l'opérateur peut accrocher à volonté par une simple pression, tandis qu'il les décroche par un simple mouvement de latéralité opéré par les deux doigts engagés dans les anneaux. L'ouverture et la fermeture n'exigent donc pas le secours de l'autre main. (*Comm.:* MM. Velpeau et Bernard.)

HYGIÈNE. — M. *de Tarade* envoie un supplément à sa note sur l'emploi d'un appareil destiné à préserver de l'asphyxie les personnes obligées de travailler dans des lieux où se dégagent des gaz impropres à la respiration. (*Commission des arts insalubres.*)

PHYSIOLOGIE. — *Expériences sur la coagulation de la fibrine*, par M. *A. Schmidt* (de Dorpat). — Une série d'investigations ayant pour objet la fibrine et la coagulation du sang, m'ont amené à plusieurs résultats, dont voici les principaux :

Le chyle et la lymphe se coagulent instantanément lorsqu'on y ajoute du sang frais et privé de la fibrine.

En mêlant du sang défibriné aux liquides de l'organisme contenant de l'albumine, tels que la sérosité du péricarde ou celle provenant de l'hydrocèle, ces liquides se coagulent.

La coagulation artificielle est accélérée par la chaleur et retardée par le froid.

L'acide carbonique retarde la coagulation ; l'oxygène ne paraît produire aucun effet.

Le chyle, la lymphe et le pus privés de la fibrine agissent sur les sérosités de la même manière que le sang.

Le sérum du sang agit beaucoup plus lentement que le sang défibriné.

Le sang défibriné par le battage agit moins fortement que celui que l'on obtient en exprimant le caillot.

PHYSIOLOGIE. — M. *Peyrani* adresse de Turin une note sur les résultats qu'il a obtenus en répétant les expériences de M. *Philipeaux* sur la régénération de la rate (18 mars 1861).

M. Peyrani, n'ayant pu se procurer des rats albinos, a opéré sur des cochons d'Inde, et, dans trois séries d'expériences comprenant six animaux, il n'a pas vu la moindre trace de régénération ; il est disposé, par conséquent, à croire que le physiologiste français n'a observé que quelque produit accidentel, suite de la lésion opérée, et qui n'aurait avec la rate qu'une ressemblance purement externe. M. Peyrani ne se serait probablement pas arrêté à cette idée s'il avait vu les pièces qui ont été mises sous les yeux de l'Académie.

---

(1) H. Vohl, *Ueber das Auftreten des Inosits bei Nierenkrankheiten und die Verwandlung des Diabetes mellitus in Diabetes inositus* (*Archiv für physiologische Heilkunde*, neue Folge, 2 Bd., 1858, p. 410). Une erreur typographique avait défiguré le nom de M. Vohl dans l'analyse que la *Gazette hebdomadaire* (*loc. cit.*) a donnée de son travail. Cette analyse, reproduite par un grand nombre de journaux français et étrangers, et citée dans plusieurs travaux, a fait écrire à tort dans ces diverses publications *M. Hohl* au lieu de *M. Vohl*.

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

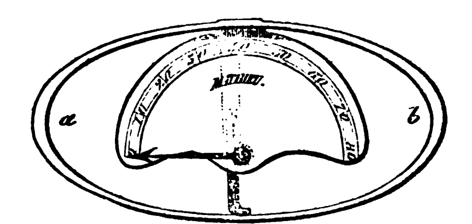
Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre de l'agriculture transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Hérault et dans l'arrondissement d'Alby, par MM. les docteurs *Dumas* et *Cassan*. — *b.* Des rapports sur diverses épidémies, par MM. les docteurs *Maugenest*, *Guichard*, *Cottin* et *Gremault*. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Goyrand* sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Bouches-du-Rhône) pendant l'année 1859. — *d.* Une demande de nouvelle analyse de la source du sieur *Limosin*, à la Ferté-Saint-Aubin. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Xavier Galenzowski*, qui fait hommage à l'Académie d'un travail imprimé en langue russe, et ayant pour titre : *De l'ophthalmoscope et de son emploi pour le diagnostic des maladies internes du globe de l'œil.* — *b.* Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Billod*, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes. (*Accepté.*) — *c.* La description d'un nouvel instrument destiné à l'extraction des dents, de l'invention d'*Estanque* (de Mont-de-Marsan), présenté par M. *Charrière*. (*Comm.*: MM. Depaul et Oudet.)

3° M. *Mathieu* présente à l'Académie un dynamomètre d'une très grande simplicité, et dont le mécanisme consiste en un ressort de forme ellipsoïde et d'une crémaillère indépendante. Ce dynamomètre, très petit et très léger, est disposé pour être employé




de deux manières : il peut servir à indiquer la force de pression de la main et à donner la force de la traction appliquée à ses deux extrémités, ainsi qu'il peut être employé dans la réduction des luxations en général.

Pour obtenir ce dernier résultat, il suffit d'opérer le tirage avec de simples crochets en S de *a* en *b*.

M. *Larrey* présente un mémoire sur la prostitution publique dans la ville de Bordeaux en 1860, et sur le dispensaire de salubrité de cette ville, suivi d'une statistique des vénériens dans la garnison de Bordeaux, et d'un essai de statistique de l'infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français, par M. le docteur Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital militaire, et professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

— M. *Poggiale* offre en hommage le premier fascicule du *Bulletin de la Société des sciences médicales d'Alger*, et appelle particulièrement l'attention sur une importante discussion qui a eu lieu sur la rage au sein de cette Société.

— M. *J. Cloquet* fait hommage, de la part de M. le docteur *Cazin*, de la collection complète des *Mémoires de la Société de sauvetage*.

— M. *le Président* annonce que l'Académie se réunira samedi prochain, à trois heures précises, en *comité secret*, pour délibérer sur une importante communication.

*Lectures.*

M. *Robin* dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme*, par MM. *Martin* et *Léger*, internes à Saint-Lazare.

M. Robin donne lecture d'un court extrait de ce travail, qui est renvoyé à une commission composée de MM. Huguier, Gosselin et Robin.

— M. *Boudet*, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

— M. *Gaultier de Claubry* donne lecture d'un rapport concluant au maintien de l'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, les sources d'Évian (Haute-Savoie). (*Adopté.*)

*Discussion sur la résection coxo-fémorale.*

M. *Velpeau*. Il résulterait du rapport très bien fait de M. Gosselin, que la chirurgie française est demeurée presque étrangère à la question des résections de la hanche. Je ne voudrais pas qu'une telle impression restât dans les esprits. La chirurgie française a été si peu étrangère à cette question, que c'est en France surtout qu'elle a été bien et solidement discutée. Plusieurs travaux ont été publiés à la fin du dernier siècle par Vermandois et par Petit-Radel, et au commencement de celui-ci par Chaussier. M. Roux a longuement traité des résections. Cette opération a été l'objet de mémoires plus ou moins importants de nos jours par Moreau, Champion et Briot. Les auteurs que je viens de nommer ne se sont pas contentés de disserter théoriquement sur les résections, ils ont aussi pratiqué et relaté de nombreuses expériences, réalisées à ce sujet sur les animaux.

Je le répète donc, notre chirurgie est loin d'être demeurée étrangère à cette importante question de médecine opératoire, et elle a certainement contribué à ses progrès.

Pourquoi ne la pratiquons-nous pas plus souvent ? Sans doute parce que nous ne le trouvons pas convenable.

Et d'abord, avons-nous autant que les étrangers l'occasion de la pratiquer ? Je ne le pense pas. De plus, les chirurgiens étrangers ont recours à la résection beaucoup plus tôt que nous ne le ferions. Je crois aussi que nous guérissons plus de coxalgies que nos voisins. En tout cas, nous sommes moins pressés d'opérer ; nous attendons, et, avant de nous décider à agir, nous aimons à être certains que les moyens plus doux ont échoué.

Sans faire injure à la chirurgie étrangère, je pense pouvoir affirmer que nous sommes plus médecins en France qu'on ne l'est en Angleterre, par exemple ; nous avons plus de confiance dans l'emploi des ressources thérapeutiques habituelles (*moxas, cautérisation transcurrente*, vésicatoires, cautères, *position du membre*, remèdes internes, etc.). J'insisterai volontiers sur l'utilité de la position du membre, que je regarde comme un excellent auxiliaire et surtout comme le procédé le plus *efficace peut-être* pour modérer la douleur. L'immobilité, l'extension du membre, l'écartement des surfaces articulaires sont des conditions de premier ordre dans le traitement de la coxalgie, et je crois être parvenu à guérir plus d'une affection de ce genre par la scrupuleuse application de ces simples procédés. Souvent, malheureusement, ce mode de traitement échoue, parce qu'il est long, qu'il impatiente ou décourage les malades, et que peu de personnes ont assez de longanimité pour s'y soumettre jusqu'à la fin.

D'après ce que j'ai vu, je ne crois donc pas que la coxalgie soit aussi souvent mortelle que l'admettent nos confrères d'Angleterre et d'Allemagne.

Évidemment il est un degré de la maladie où les moyens préconisés plus haut deviennent entièrement impuissants. Faut-il opérer dans ces cas-là ? Je ne crois pas qu'il soit sage d'intervenir alors dans toutes les circonstances. Il y a des contre-indications formelles à l'opération, c'est l'épuisement extrême du sujet et la présence de tubercules dans les poumons. S'il était prouvé que l'épuisement par la suppuration articulaire pût amener la tuberculisation, à coup sûr il faudrait opérer d'assez bonne heure pour prévenir ce redoutable accident. Mais il n'est pas certain d'abord que la tuberculisation ne tienne pas à une disposition particulière de l'économie, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la suppuration articulaire ; puis on n'est pas sûr de réussir, ni de prévenir les accidents à venir. Il ne faut pas oublier que les gens atteints de coxalgie sont généralement d'une mauvaise constitution, d'un tempérament plus ou moins strumeux. Je voudrais donc qu'on distinguât nettement les dangers qui viennent de l'état général du sujet de ceux de l'opération elle-même. Ceux-ci ne sont pas considérables, comme pourrait le faire croire l'étendue de la jointure. L'opération est simple et facile en soi ; les suites ne diffèrent point de celles qui peuvent compliquer les autres opérations : érysipèle, infection purulente, etc. Je ne crois pas que ces accidents soient beaucoup plus fréquents en France qu'en Angleterre, à Paris que dans la province. Les résultats des opérations, ici comme ailleurs, sont très

variables, suivant les années et suivant les constitutions médicales. Et ces influences ne sont pas particulières aux hôpitaux ; quand elles sévissent, elles exercent leurs ravages aussi bien sur le pauvre que sur le riche, dans les hôpitaux que dans les palais. Vous le savez, par exemple, l'érysipèle, cette année, n'a épargné aucune classe de la société.

A quoi tient donc, cependant, que les opérations chirurgicales paraissent mieux réussir en Angleterre qu'en France ? Si ce fait était bien démontré, je ne crois pas qu'il fallût en rechercher la raison dans la différence du régime chez les opérés, ni dans les conditions hygiéniques des hôpitaux. Peut-être vaudrait-il mieux admettre une sorte d'immunité en faveur de la *chair* des Anglais, qui, par une sorte de privilége physiologique, serait plus réfractaire que la chair des Français aux accidents qui suivent les grandes opérations.

Quant aux suites éloignées de la résection, elles sont excellentes en vérité, si l'on en croit les révélations des chirurgiens étrangers. La plupart des malades marchent, au bout d'un certain temps, assez commodément, à l'aide de béquilles d'abord, puis d'un simple bâton. On est moins surpris de ces résultats quand on songe aux ressources dont dispose la nature pour réparer les tissus détruits par la maladie ou enlevés par une opération.

En résumé, on ne doit pas songer à la résection tant que la coxalgie n'a pas amené une suppuration abondante, tant que la nécrose du col du fémur n'est pas suffisamment constatée.

Jusque-là il faut essayer de tous les moyens ordinairement mis en usage pour la guérison de la coxalgie, et ne se décider à l'opération qu'après en avoir sérieusement discuté les indications et les contre-indications.

M. *Gosselin*. Je n'ai qu'un mot à répondre sur ce que vient de dire M. Velpeau. Notre éminent collègue craint qu'on n'ait pas rendu suffisamment justice aux travaux de nos compatriotes, ni dans le mémoire, ni dans le rapport. M. Le Fort a longuement insisté sur l'historique, et aucun nom français n'a été omis ; je n'avais donc rien à ajouter sur ce point. Je certifie que M. Velpeau serait satisfait s'il avait sous les yeux le remarquable mémoire de M. Le Fort.

M. Larrey voudrait que nous pussions opposer aux statistiques étrangères relatives aux résultats des résections coxo-fémorales des statistiques relatives aux résultats obtenus par le traitement généralement usité en France pour la coxalgie. Ce genre de travail manque jusqu'à présent ; je me joins à M. Velpeau pour exprimer le vœu que l'avenir nous éclaire d'une manière précise sur ce point. Sur tous les points abordés par M. Larrey, je suis d'ailleurs de l'avis de notre honorable collègue.

M. Malgaigne veut qu'on examine les statistiques avec beaucoup de soin ; je suis de son avis ; mais je crois qu'en ce qui concerne les statistiques anglaises, s'il est permis de mettre en doute les résultats éloignés de l'opération (déambulation, usage du membre), on est autorisé à considérer comme très exactes les statistiques relatives aux résultats immédiats (guérisons).

M. Malgaigne aurait voulu savoir si l'ablation du grand trochanter avait été pratiquée dans tous les cas de succès de résection coxo-fémorale. Les observations ne sont pas toujours précises à cet égard ; sur 48 cas que j'ai analysés, j'ai trouvé que, dans 24 opérations, la résection avait été pratiquée au-dessus des trochanters, et, dans 24 autres, au-dessous des trochanters. Eh bien, l'examen de ces observations m'a conduit à une conclusion contraire à l'opinion exprimée par M. Malgaigne. En effet, cette statistique, imparfaite il est vrai, m'a prouvé qu'il y avait plus de succès à la suite de la résection pratiquée au-dessus du trochanter qu'à la suite de la résection pratiquée au-dessous de ces deux tubérosités.

J'arrive à une autre question. M. Davenne a cru comprendre que je blâmais l'existence des hôpitaux d'enfants. A Dieu ne plaise que je demande la suppression de ce système : je le considère comme excellent, et je crois qu'il est utile de le maintenir. Mais, au point de vue scientifique, n'y a-t-il pas quelques inconvénients dans ce système *exclusif?* Et d'abord, il a pour but de priver un certain nombre d'enfants des secours de l'assistance publique, soit parce que ces hôpitaux sont trop éloignés, soit par la répugnance qu'éprouvent les parents à placer leurs enfants dans un hôpital où déjà un autre enfant ou un enfant du voisin a succombé. Un autre inconvénient, c'est qu'avec ce système, les familles n'ont pas le droit de choisir le chirurgien qui leur convient, s'il y a quelque opération à faire.

Je crains que M. Davenne n'ait exagéré les inconvénients qu'il pourrait y avoir à placer les enfants avec les adultes dans les mêmes hôpitaux. Je ne crois pas, par exemple, que les enfants eussent beaucoup plus à souffrir des émanations nosocomiales dans un hôpital mixte que dans un hôpital spécial.

M. Davenne a insisté principalement sur les dangers de ce mélange au point de vue de la morale. Sans doute, il y aurait peut-être des dangers sous ce rapport ; mais, dans ce cas, les enfants ne seraient pas placés dans les mêmes salles que les adultes ; ils seraient mis dans des salles spéciales annexées à chaque service. Et d'ailleurs, le système actuel dans lequel des jeunes enfants sont mêlés à des enfants plus âgés, à des adolescents, et des jeunes gens de seize à dix-sept ans avec des adultes, ne produit-il pas, à ce point de vue, des inconvénients analogues ?

Je ne condamne donc pas le système actuel ; mais je le trouve trop exclusif, et je voudrais qu'il fût modifié.

Abordant la question relative à l'hygiène des hôpitaux, M. Gosselin établit qu'il y a moins d'encombrement dans les hôpitaux de Londres que dans ceux de Paris ; que les salles sont différemment aérées ; qu'on laisse séjourner le moins possible les malades dans les salles ; on n'y laisse absolument que ceux qui ne peuvent pas se lever ; les autres vont prendre leurs aliments dans des réfectoires.

Dans la plupart des hôpitaux étrangers, encore, il n'y a ni balayage, ni frottage ; on lave le parquet, et on évite ainsi de soulever la poussière du sol. On s'empresse d'enlever les cadavres des lits qu'ils occupent ; la literie est immédiatement exposée à l'air et changée.

M. Gosselin ne veut pas entrer dans d'autres détails ; il se réserve de donner plus de développements à cette question, si elle est l'objet d'une discussion spéciale.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

---

## Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1861. — PRÉSIDENCE DE M. DELASIAUVE.

CURABILITÉ DE LA GLYCOSURIE. — GANGRÈNE DIABÉTIQUE. — ENCHONDROME. — COLONISATION DES ALIÉNÉS.

M. le *Secrétaire général* annonce que la Société a reçu de M. le docteur Hamon un mémoire intitulé : *De la nature de l'albuminurie*. M. le président prie M. Rigault de rendre compte verbalement de ce travail.

— M. *Fauconneau-Dufresne* communique à la Société la lettre d'un malade depuis longtemps affecté d'un diabète, et qui guérit par l'usage du raifort.

M. *Bouchet* remarque que l'affection de ce malade est loin d'être indubitablement une glycosurie, car il n'a eu recours aux lumières d'aucun médecin, d'aucun chimiste pour s'assurer de l'état de ses urines. Il rapporte ensuite l'observation suivante dont il est lui-même le sujet.

OBS. — Vers le mois de novembre dernier, notre collègue fut pris d'une soif des plus intenses ; à chaque instant il était obligé de boire, il ne pouvait faire une course dans Paris sans être forcé de s'arrêter dans un café pour demander un verre d'eau. Il remarqua simultanément un accroissement considérable dans l'abondance de ses urines, qui étaient claires et limpides. Les ayant essayées successivement avec la liqueur de Barreswill, avec le sous-nitrate de plomb et quelques autres réactifs, il obtint des réactions qui, à ses yeux, témoignaient de l'existence d'une grande quantité de sucre dans ce produit de sécrétion. Ayant prié M. Genevois, pharmacien et collaborateur de Quevenne, de lui analyser ses urines, ce chimiste reconnut qu'elles contenaient un excès considérable d'acide urique. Dans l'espace de deux mois, notre collègue maigrit de 22 livres ; cependant, comme il conservait de l'appétit, sans se préoccuper beaucoup de

son affection, il continua à manger et à vivre comme s'il n'était pas malade. Un jour, après avoir dîné avec des amis, il eut une indigestion, sa soif si violente disparut, les urines devinrent moins abondantes, et bientôt l'état général s'améliora. Deux mois plus tard, la soif violente et la polyurie reparurent de nouveau. On eut recours au sulfate de quinine et au sirop de gentiane, mais l'usage du quassia amara parut surtout lui être utile; car à la suite de l'administration de cette dernière substance une amélioration se manifesta, et depuis lors l'embonpoint est revenu.

M. *Jacquemin* rappelle que le raifort a souvent été conseillé non pour combattre la polyurie, mais au contraire comme diurétique.

M. *Fauconneau-Dufresne* croit que la glycosurie est une affection assez commune, et que fréquemment elle est curable, ainsi que le prouve la curieuse observation de M. Bouchet.

M. *Lagneau* observa aussi deux cas dans lesquels la glycosurie n'eut pas les fâcheux résultats généralement redoutés. Les deux malades reprirent de l'embonpoint. Le premier paraît jouir actuellement d'une bonne santé, le second succomba à une fluxion de poitrine quinze ou dix-huit mois après le début de la glycosurie. Le seul accident qu'il ait présenté durant ce laps de temps est une *eschare* qui se manifesta spontanément sur la partie antérieure de la jambe. La mortification marcha du centre à la circonférence, suivant la forme d'un croissant. Cette lésion phagédénique était presque indolente.

M. *Fauconneau-Dufresne* remarque que la gangrène sénile, ainsi que les furoncles et les anthrax, s'observent souvent chez les diabétiques. Il cite, à cet égard, les observations de M. H. Musset.

On s'est demandé aussi, dit-il, si le diabète ne déterminait pas aussi quelquefois des gangrènes viscérales. Il n'en connaît pas d'exemple, mais il a souvent vu la phthisie se développer chez les diabétiques.

M. *Géry* pense que la gangrène pulmonaire n'aurait pu être méconnue dans les cas où elle aurait existé, car l'odeur infecte *sui generis* de l'haleine suffit pour révéler son existence.

M. *Cavasse* remarque que les gangrènes externes sont très communes chez les diabétiques, mais que les gangrènes internes ou viscérales sont fort rares; jusqu'à présent on n'a rapporté qu'une seule observation de gangrène pulmonaire chez un diabétique. Quant à l'anthrax, il est loin de s'accompagner toujours de la présence de sucre dans les urines. Un auteur allemand a trouvé que, sur un nombre de vingt-huit malades affectés d'anthrax, l'urine de deux seulement contenait du sucre, tandis que l'urine des vingt-six autres n'en contenait pas.

— M. *Jacquemin* présente à la Société une tumeur remarquable par sa transparence et sa consistance cartilagineuse. Cette tumeur, du volume d'une grosse noisette, mais plus ovoïde, siégeait sur la face dorsale de la partie inférieure du quatrième métacarpien, entre cet os et le cinquième. Cette tumeur était tellement transparente que l'on voyait la lumière même au travers la peau qui la recouvrait. Elle était le siége de douleurs tellement violentes, s'irradiant dans l'avant-bras et le bras, que la malade disait avoir moins souffert durant l'opération qu'antérieurement. Vu la transparence très grande de cette tumeur, notre collègue était disposé à croire à l'existence d'un kyste : aussi essaya-t-il inutilement de la méthode par écrasement. Ayant appelé M. Gosselin en consultation, ce chirurgien se basant sur cette transparence et sur l'élasticité, jointes à l'absence de fluctuation, diagnostiqua un enchondrome. Une incision cervicale découvrit la tumeur, qui fut énucléée sans difficulté.

M. *Bauchet*, à propos de cet enchondrome, qui lui paraît offrir les caractères les plus tranchés de ce genre de tumeur, remarque que ces tumeurs sont de deux sortes : les enchondromes de la première variété naissent de l'os, ne sont pas transparents, et adhèrent fortement aux os qui leur ont donné naissance, ce qui rend leur extirpation souvent assez laborieuse; ceux de l'autre variété naissent du périoste ou des tissus fibreux ou cartilagineux circonvoisins, sont remarquablement transparents, et tendent à se pédiculer ou à se détacher de leur point d'insertion, disposition qui rend leur extirpation très facile. Quelquefois, cependant, ceux de cette dernière variété perdent à la longue leur transparence et se ramollissent. Dans ce cas, notre collègue pense que l'affection est plus redoutable, car, d'après quelques faits, il aurait l... de croire qu'elle serait sujette à récidiver après l'opératio...

Le fait suivant d'enchondrome de la fosse iliaque lui par... d'attirer l'attention de la Société, car, dans ce cas, la sit... la tumeur empêchait de pouvoir reconnaître la transparen... consistance exacte.

Durant l'intérim que M. Bauchet fit dans le service de M... selin, une malade se présenta avec une tumeur mobile d... fosse iliaque. Cette tumeur, quoique très mobile, adhérait à l... iliaque supérieure et antérieure par un pédicule. Sa dur... diagnostiquer à ces deux chirurgiens un enchondrome. On p... la section du pédicule; mais la tumeur, loin de diminuer, co... à croître. Une seconde opération fut pratiquée, mais on n... enlever que la moitié de la tumeur, le voisinage du péritoine... pêcha d'enlever le reste.

M. *Costilhes* rappelle qu'un travail sur les enchondromes a... publié par M. Dolbeau dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉ... ET DE CHIRURGIE.

—M. *Brierre de Boismont* pense que, dans un moment où la... de Paris consacre des millions à la construction d'asiles d'ali... il peut être intéressant pour les médecins de rechercher quels... les avantages que l'on peut obtenir de certaines colonies d'ali... où les malades, loin d'être enfermés dans des hospices, sont l... en pleine campagne, et sont employés à la culture des champs.

Notre collègue, il y a quelques années, avait visité la colonie de Gheel; il y avait vu un grand nombre d'aliénés habitant et travaillant avec les paysans de la localité. Pour maintenir les p... turbulents et les plus disposés à se sauver, on était obligé de mettre des chaînes à quelques-uns, mais le plus grand nombre étaient libres.

Depuis, M. Brierre de Boismont alla avec *M. Voisin et M.* de Mondi, médecin aliéniste autrichien, visiter *la colonie de Fitz-James*, fondée en 1832 par MM. Labitte, près de Clermont. Les aliénés reçus en cette colonie, actuellement au nombre de 366, sortent de l'asile de Clermont, dont le médecin *renvoie* à Fitz-James tous les malades auxquels il pense pouvoir laisser une certaine liberté. Les aliénés de cette colonie sont sous la surveillance des gardiens, qui en cas d'évasion sont tenus de rechercher les fugitifs. Souvent un aliéné pacifique est chargé de surveiller des aliénés plus turbulents. La plupart des hommes travaillent dans les champs; parmi les femmes, un certain nombre est employé à laver le linge de toute la colonie. Ces femmes, quoique pour la plupart hystériques, érotomanes, etc., sont ordinairement calmes lorsqu'elles voient des hommes. Lors de la visite de nos collègues, aucune ne chercha à les provoquer par des propos ou des gestes lascifs.

Quoiqu'il soit encore difficile de se prononcer avec assurance, M. Brierre de Boismont 1° pense que ces colonies d'aliénés a... raient l'avantage d'être moins onéreuses, car les malades, par le... travail, couvrent et au delà leurs dépenses; 2° il croit, d'après les questions posées par lui à de nombreux aliénés, qu'ils sont plus heureux dans ces colonies agricoles que dans des hospices, car ils y jouissent d'une liberté relative.

M. *Delasiauve* pense aussi que la question des colonies agricoles appliquées aux aliénés est digne d'attirer l'attention des méde... aliénistes et des administrations de l'assistance publique; il ... fâcheux que, lorsque l'administration consulte les médecins p... l'établissement d'asiles d'aliénés, elle ne le fasse que pour des questions secondaires, et non pas pour des questions aussi imp... tantes. Il y a encore beaucoup à faire pour les aliénés.

---

## Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1861.

DU PIED CHINOIS. — OVARIOTOMIES. — HYDROCÉPHALIE. — CORPS ÉTR... DE L'ŒSOPHAGE.

M. *Bouvier* a mis sous les yeux de ses collègues le squelette... pied d'une femme adulte qui avait été affectée toute sa vie ... talus pied creux. Il a rapproché cette pièce de celle que M. Fa...

a rapportée de Chine, et a fait ressortir les analogies de la déformation morbide et de la déformation artificielle, du talus pied creux et du pied chinois. Les deux calcanéums ont la même direction et les os du tarse présentent dans les deux pieds les mêmes changements de formes et de rapports, changements dont la clef est dans l'espèce de brisure de la partie moyenne du pied. Les os, en effet, pressés les uns contre les autres par leur partie inférieure, tendent à s'écarter en haut ; ils sont ainsi amincis en bas et élargis à leur partie supérieure.

M. *Giraldès* cherchant des différences là où M. Bouvier n'était frappé que des analogies, a cru en trouver une dans la longueur relativement plus considérable du calcanéum dans le pied chinois. Mais cette différence de longueur, d'après MM. Bouvier et Broca, ne serait qu'apparente et tiendrait à l'amincissement du calcanéum. M. Giraldès s'étant demandé si l'excès de longueur du calcanéum dans le pied chinois ne serait pas primitif et ne constituerait pas un des caractères de la race mongolique, M. Broca lui a rappelé que les nègres présentent seuls ce caractère qui est important, puisqu'il est un de ceux qui trahissent l'infériorité de la race éthiopienne.

— M. *Houël* a présenté au nom de M. Nélaton deux pièces anatomiques que le professeur de clinique de la Faculté a rapportées d'un récent voyage à Londres. Ces pièces consistent dans d'énormes kystes multiloculaires de l'ovaire enlevés par M. Backer-Brown.

M. *Nélaton* a vu à Londres quatre femmes opérées par M. Backer-Brown, toutes guéries. La plus jeune avait dix-huit ans et la plus âgée quarante-huit ans; cette dernière avait été opérée le 14 novembre; M. Nélaton l'a vue le 25, il l'a trouvée couchée, mais ne souffrant pas et faisant un repas assez copieux. Le kyste de cette malade ne contenait pas moins de 12 à 16 litres d'un liquide filant et gélatiniforme, et en somme, c'est une masse pesant 35 livres qui avait été retirée du ventre. Il faut ajouter que cette tumeur, une de celles que M. Houël a présentées, et qui doit être déposée au musée Dupuytren, avait contracté des adhérences avec le foie et avec le diaphragme, ce qui, comme on voit, n'a pas empêché le succès de l'opération.

La cinquième malade a été opérée sous les yeux de M. Nélaton le 21 novembre. Cette malade, âgée seulement de dix-huit ans, portait depuis deux ans un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Son kyste, beaucoup moins gros que le précédent, paraît contenir 4 ou 5 litres de liquide.

L'opération a été faite, selon les règles suivies d'ordinaire, par M. Backer-Brown. La malade avait été soumise à un traitement tonifiant quelque temps avant l'opération.

L'anesthésie avait été poussée très loin. La résolution musculaire était complète. L'abdomen fut incisé suivant une ligne verticale longue de 10 centimètres, commençant au côté gauche du ventre, à deux travers de doigt de l'ombilic. Ce n'est pas parce que le kyste appartenait à l'ovaire gauche que l'incision fut faite de ce côté; c'est un usage adopté à ce qu'il paraît par les ovariotomistes, d'inciser le côté gauche du ventre, quelle que soit l'origine du kyste. Lorsque la tumeur se présenta à l'ouverture abdominale, elle fut saisie par une forte pince de Museux. Une fois qu'elle fut bien fixée, et que les précautions furent prises pour que le liquide ne tombât pas dans le ventre, on ponctionna le kyste avec un gros trocart. Le dernier temps de l'opération consista dans la striction et la section du pédicule, retenu dans l'angle inférieur de la plaie. Quand il existe des adhérences, on les rompt avec le bord cubital de la main, avant d'avoir vidé la tumeur. Dans l'opération dont il s'agit, c'est avec le fond de l'utérus qne le kyste avait contracté des adhérences. Le chirurgien prit un bistouri et abrasa le fond de cet organe, mais il en résulta une hémorrhagie qui ne fut arrêtée que par l'application de sutures métalliques. L'hémorrhagie une fois arrêtée, on referma la plaie du ventre avec cinq points de suture. Cette opération avait été faite à deux heures ; à cinq heures M. Nélaton revit la malade, qu'il espérait à peine retrouver vivante; tout allait bien. A onze heures du soir, l'état de l'opérée ne laissait rien à désirer. Enfin M. Nélaton a reçu, mardi dernier 26 novembre, des nouvelles de la malade ; elles étaient très satisfaisantes.

M. Backer-Brown a déjà fait seize ovariotomies; il compte douze guérisons et quatre morts.

M. *Boinet* convient que les statistiques de M. Backer-Brown, et de ceux qui, en Angleterre, en Amérique ou même en Allemagne, ont osé faire des ovariotomies, semblent encourageantes, puisqu'elles donnent en moyenne soixante guérisons pour cent opérations.

Toutefois, il ne faut pas se dissimuler les dangers qui pourraient résulter d'un diagnostic incomplet ou erroné, ni les difficultés de ce diagnostic. Assurément, on opérerait plus volontiers si l'on pouvait avoir des données certaines sur l'étendue et sur la solidité des adhérences, et sur la largeur du pédicule. On réserverait l'opération pour les cas où l'on aurait affaire à un kyste multiloculaire, à pédicule étroit, à adhérences lâches et peu étendues. Mais il n'est pas aisé d'être édifié sur tous ces points ; il pourrait même se faire qu'on se trompât sur la nature de la tumeur. C'est ce qui est arrivé à M. Boinet, dans le seul cas où, en présence de M. Danyau et de M. Cazeaux, il ait osé faire une ovariotomie. C'est une tumeur cancéreuse qu'il a rencontrée au lieu d'un kyste multiloculaire qu'il s'attendait à extirper.

D'ailleurs si M. Boinet se décidait à une opération de ce genre, il ne voudrait pas la faire à Paris, où l'on sait que l'opération césarienne n'a jamais réussi.

M. *Giraldès* fait observer que les chirurgiens étrangers n'ont pas échappé aux dangers qui tiennent, dans ces cas particuliers, aux difficultés du diagnostic ; qu'il est arrivé plus d'une fois qu'ils n'ont pu terminer l'opération à cause de l'étendue du pédicule, ou qu'ils ont trouvé des tumeurs fibreuses ou des cancers, là où ils s'attendaient à des kystes. Quant à la proportion des succès, elle tient (en supposant même que les statistiques soient très complètes) à deux causes principales : au lieu où l'on opère et aux conditions de santé des opérées. La plupart des opérateurs, et M. Backer-Brown en particulier, n'opèrent pas dans un hôpital, mais dans une maison de santé qui leur appartient, et où ne sont reçues qu'un très petit nombre de femmes. Les malades n'y sont donc pas soumises aux funestes influences de l'encombrement, et leur régime alimentaire ne laisse rien à désirer. Indépendamment de ces bonnes conditions qu'il serait à souhaiter qu'on rencontrât partout, on exploite chez nos voisins d'autres conditions de succès dont les chirurgiens français ne voudraient pas, et qu'ils considéreraient plutôt comme une contre-indication à l'opération. Ces conditions favorables tiennent à l'état de santé des femmes qu'on opère. En Angleterre, on ne recule pas devant une opération grave à pratiquer chez une femme très jeune encore, et dont l'état général n'est nullement compromis. En France, on n'opérerait qu'à la dernière extrémité, et, par conséquent, avec beaucoup moins de chances de succès.

M. *Blot* a vu faire une fois en France, en 1849, une ovariotomie chez une femme jeune et bien portante.

L'opérateur était M. Maisonneuve et l'opérée une sœur de l'hôpital Cochin, qui demandait depuis longtemps et avec instance à être débarrassée de sa tumeur. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire fort peu adhérent, qui fut rapidement et habilement extirpé. Un chirurgien anglais n'eût certainement pas fait mieux : ce qui n'empêcha pas la malade de succomber dans la nuit qui suivit l'opération. Autant qu'on put s'en assurer par une autopsie incomplète, il n'y avait pas de péritonite.

M. *Verneuil* exprime le vœu qu'on soumette à un examen plus sévère qu'il ne l'a été jusqu'à présent les observations et les statistiques étrangères.

Déjà on s'est émerveillé des résultats obtenus en Angleterre dans les résections de la hanche, et l'on n'a pas dit assez qu'une partie de ces succès était due à ce qu'on avait appliqué la résection à des coxalgies qu'on aurait traitées et guéries tout autrement en France. Aujourd'hui il paraît que c'est en extirpant des kystes auxquels nous ne voudrions pas toucher, que sont obtenus quelques-uns des succès de l'ovariotomie. Il y a peut-être encore d'autres critiques à adresser à ces statistiques ; enfin il faut cher-

cher et l'on trouvera sans doute l'explication de ces étonnants succès auprès desquels la chirurgie française serait la plus infime de l'Europe.

M. *Chassaignac* ajoute à ce qu'a dit M. Verneuil, que M. Spencer-Wels lui-même se plaint de la manière dont sont faites les statistiques en Angleterre. A cette occasion le chirurgien de Lariboisière croit devoir informer ses collègues qu'il a renoncé à traiter les kystes ovariques par le drainage, et il engage les chirurgiens à ne pas essayer ce traitement qui n'a nullement répondu aux espérances que l'on avait conçues.

— M. *Depaul* a présenté à la Société la tête d'un enfant de cinq mois, né avec une bonne conformation, et chez lequel une hydrocéphalie s'était développée à six semaines, bien que cet enfant eût reçu des soins convenables et fût né de parents bien portants. Les premiers symptômes de maladie observés chez cet enfant ont été des convulsions. Plus tard, bien que le volume de la tête s'accrût rapidement, toutes les fonctions de la vie animale s'exécutaient régulièrement, la sensibilité était conservée ; le petit malade remuait les bras et les jambes, criait quand il avait faim, tetait et dormait comme les enfants de son âge. Transporté à l'hôpital des Enfants assistés, il fut pris de diarrhée, de muguet, son état général devint de plus en plus mauvais et il mourut.

La tête avait le volume de celle d'un adulte et 1800 grammes de liquide s'écoulèrent des ventricules du cerveau : car c'était bien dans les ventricules et non dans la cavité arachnoïdienne que siégeait l'hydropisie.

— M. *Broca* a présenté une pièce anatomique provenant d'un individu asphyxié par un corps étranger de l'œsophage. Cet individu était un idiot de Bicêtre, aussi remarquable par sa force musculaire et sa haute stature que par la faiblesse de son intelligence. Il avait vingt-sept ans, et n'avait jamais pu apprendre à parler. Il passait la journée à pousser des cris qui s'entendaient de très loin, et ne se taisait que quand on lui donnait à manger. Dimanche dernier, après un repas copieux, il fut pris d'étouffements, et l'on soupçonna dès lors la présence d'un corps étranger dans l'œsophage. Mais quand on voulait introduire une sonde dans sa bouche, il faisait de tels efforts pour s'opposer au cathétérisme que sa face en devenait bleue et qu'il fallait y renoncer sous peine de le voir asphyxier. Si l'on introduisait la sonde par le nez, une fois arrivée dans le pharynx, elle était repoussée dans le larynx par une contraction spasmodique ; l'air qui passait par la sonde au moment de l'expiration indiquait clairement sa présence dans les voies aériennes.

M. Broca, qui fut appelé dans la soirée, introduisit d'abord une première sonde par le nez ; celle-ci fut repoussée dans le larynx. Il l'y laissa, et par l'autre narine se hâta d'en faire pénétrer une autre qui, guidée par la première, put arriver dans l'œsophage. Mais cette sonde descendit sans obstacle jusqu'à l'orifice cardiaque. En l'absence d'un diagnostic positif, M. Broca n'osait pas faire l'œsophagotomie. Il se résolut donc à attendre que l'asphyxie fût imminente pour faire la trachéotomie. Elle fut pratiquée en effet *in extremis*, mais ne sauva pas le malade.

A l'autopsie, on trouva dans l'œsophage un corps étranger constitué par deux fragments de côtes avec l'espace intercostal intermédiaire. Ce corps étranger, de forme aplatie, était arrêté à la partie supérieure de l'œsophage dont les parois étaient tendues, mais qui n'était pas obstrué ; la sonde avait donc pu passer sans éprouver de résistance. Il y avait dans l'estomac des pommes de terre tout entières, de la grosseur d'un œuf, qui témoignaient de la gloutonnerie avec laquelle C.... avalait ses repas.

Le cerveau était remarquable par le petit nombre, l'aplatissement des circonvolutions et le peu de profondeur des scissures intermédaires. Le poids total ne dépassait 652 grammes, c'est-à-dire qu'il était inférieur à la moitié du poids moyen des cerveaux ordinaires.

Dr P. CHATILLON.

---

IV

## REVUE DES JOURNAUX.

### Observation de laryngisme par vermination, par le docteur PIETRO LUSSANA.

OBS. — Une fille de vingt-deux ans, dont la santé avait toujours été excellente, fut prise, vers le milieu du mois d'avril 1860, de roideur musculaire ; elle éprouvait en même temps de la dyspnée, et un sentiment de constriction à la gorge. Néanmoins elle put encore vaquer à ses occupations pendant trois ou quatre jours ; mais, le 16 avril au matin, elle fut atteinte d'un véritable accès de suffocation. Appelé en toute hâte, le docteur Pietro Lussana trouva sa malade dans l'état que voici : elle est debout, soutenue par deux femmes ; elle agite incessamment la tête et les bras ; elle pousse des cris étouffés ; elle porte fréquemment les mains sur la région laryngienne, et dit que là est tout son mal. La respiration est difficile ; la pupille est tellement dilatée qu'on n'aperçoit plus qu'un segment très étroit de l'iris. L'intelligence est parfaitement intacte. Le pouls est très petit, irrégulier et extrêmement fréquent ; ce n'est qu'avec de grands efforts que la malade parvient à avaler quelques gouttes de liquide. Au bout d'un quart d'heure, les accidents étaient un peu calmés, mais ce n'était, à vrai dire, qu'un calme relatif ; la respiration et l'émission de la voix restaient difficiles. Pendant ces instants de relâche, cette femme peut maîtriser les mouvements de sa tête et de ses bras, et elle cesse de crier. M. Lussana prescrit le séjour au lit, un repos absolu, et il fait préparer une infusion de séné, de semen-contra et de tanaisie, que l'on administrera pendant les rémissions. A midi, il y a une selle abondante ; vers deux heures, la malade rend *un lombric ;* à cinq heures, troisième évacuation alvine.

A dater de ce moment, les accidents ont été en s'amendant. Le 17, on fait répéter l'infusion ci-dessus, mais sans résultat ; le 20, la malade se trouve tout à fait bien, et le 21 elle reprend ses occupations.

Les conséquences physiologiques et pratiques de ce fait, dit M. Lussana en terminant, apparaissent d'elles-mêmes : les phénomènes observés, malgré leur apparence multiforme, n'étaient en réalité que des phénomènes réflexes ayant un point de départ unique ; pour être efficace, le traitement devait précisément être dirigé contre ce centre générateur de toutes les irradiations symptomatiques. (*Gazetta medica italiana* (*Lombardia*), 1861, n° 38).

Cette conclusion est on ne peut plus juste, mais l'observation du médecin italien gagnerait beaucoup en intérêt si elle nous faisait connaître les signes qui ont mis sur la voie de la cause véritable des accidents.

On peut rapprocher de ce fait celui qu'a rapporté John Williams en 1859, dans le DUBLIN QUARTERLY JOURNAL ; le titre de son observation suffit pour en indiquer les principales circonstances : *hémiplégie temporaire causée par des lombrics.* Une émulsion de térébenthine fit rendre à la malade (c'était une femme de trente-quatre ans) deux lombrics, et tous les phénomènes de paralysie disparurent définitivement.

### Hémorrhagie produite par une grossesse extra-utérine, par BELLUZZI.

Le fait suivant a été communiqué à l'Académie des sciences de Bologne.

OBS. — Une femme de trente-quatre ans, de constitution chétive, succomba après avoir présenté tous les signes d'une hémorrhagie interne. Le docteur Belluzzi qui avait été appelé, avait trouvé la malade évanouie, pâle et froide, avec un pouls filiforme ; elle accusait une douleur vive dans la région hypogastrique ; cette douleur était plus marquée à gauche. La palpation révélait en ce point une tumeur considérable ; la pression sur le ventre était très pénible. Il y avait eu des vomissements. On ne put savoir si la malade était enceinte, et, malgré les soins les plus empressés, elle expira trente-six heures après son évanouissement. Le lendemain, M. Belluzzi pratiqua l'autopsie en présence du professeur Fabri, du docteur Golinelli et de plusieurs autres médecins.

L'utérus dépassait son volume normal ; la cavité de l'organe était tapissée par une membrane caduque. A 1 centimètre environ de son embouchure dans l'utérus, la trompe gauche présentait un gonflement notable, sur le point le plus saillant, existait une large déchirure, occupée par une vessie transparente pleine de liquide, dans laquelle était un tout petit embryon ; on voyait naître de la trompe ouverte, un tissu villeux qui avait toute l'apparence de la face externe du chorion. L'ovaire gauche était plus développé que le droit ; il présentait quelques vésicules de de Graaf

volumineuses et pleines de sérosité. L'orifice utérin de la trompe gauche était imperméable. L'auteur fait remarquer que si cette occlusion n'était point secondaire et consécutive à la fécondation, elle rendrait bien compte de l'obstacle qui avait empêché l'ovule d'arriver dans l'utérus. Du côté gauche de l'utérus, les vaisseaux sanguins étaient beaucoup plus volumineux, et le péritoine qui revêt les annexes portait deux petits kystes séreux pédiculés. (*Bull. delle Scienze Mediche di Bologna*, et *Il Filiatre-Sebezio*, septembre 1861.)

**Injections de sublimé corrosif dans la blennorrhagie,** par Fantini.

L'auteur emploie trois solutions de concentration différente : la première renferme 70 centigrammes de sublimé pour 50 grammes d'eau; la seconde, 35 centigrammes pour 50 grammes; la troisième, 5 centigrammes pour 25 grammes. Plus des deux tiers des malades ainsi traités avaient des blennorrhagies déjà anciennes, avec ulcérations uréthrales, etc., et ils avaient eu vainement recours à l'usage des moyens dits abortifs, tels que le nitrate d'argent et l'acétate de plomb. La première injection est faite avec la solution n° 1 ; aussitôt après les douleurs et l'ardeur en urinant augmentent, le malade éprouve une tension douloureuse qui s'étend jusqu'aux racines de la verge, l'écoulement est plus abordant; épais d'abord, il devient petit à petit comme laiteux. Les injections suivantes sont beaucoup moins pénibles. Il n'y a jamais eu besoin de plus de neuf injections (n° 1) pour amener la guérison, alors même que les accidents étaient bien évidemment sous la dépendance d'une ulcération profonde. Ce traitement est plus prompt et plus efficace encore au début des blennorrhagies virulentes aiguës.

L'auteur a joint à son travail le tableau synoptique des observations de cinquante et un malades qu'il a traités par cette méthode; il ressort de l'examen de ce tableau que la durée minimum de l'écoulement a été de sept jours, et le maximum de trente jours. (*Gazzetta medica italiana* (provincie Venete), et *Il filiatre Srebezio*, septembre 1861.)

**Anévrysme de l'aorte ascendante ouvert dans le péricarde,** par M. Canton.

Ce fait ne présente, à vrai dire, d'autre intérêt que la constatation de la lésion anatomique. Un homme âgé de soixante-douze ans fut trouvé dans la rue sans connaissance, et on l'apporta à Charing-Cross hospital. La surface du corps était complétement froide; le pouls et la respiration étaient à peine perceptibles. Sous l'influence d'applications chaudes et stimulantes, le malade revint à lui pendant quelques instants; mais il retomba bientôt dans son état d'insensibilité, et une heure après il était mort. Le péricarde contenait plus de neuf onces de sang, qui s'était échappé à travers un tout petit orifice, d'un anévrysme de l'aorte ascendante; cet anévrysme était immédiatement au-dessus des valvules semi-lunaires. L'aorte était athéromateuse et pavée de dépôts calcaires. Le sac anévrysmal présentait sur le côté droit de sa face postérieure une fissure longitudinale de deux pouces de longueur environ; cette fissure intéressait toute l'épaisseur des tuniques artérielles, mais le revêtement péricardique était encore intact. Les pièces anatomiques ont été présentées à la Société pathologique de Londres dans la séance du 5 novembre 1861. (*The Lancet*, novembre 1861.)

**Hématémèse supplémentaire,** par le docteur Farre.

Il s'agit, dans cette communication, de deux malades de St Bartholomew's hospital; chez toutes deux les règles étaient remplacées par un vomissement de sang d'une périodicité parfaite. Voici le résumé succinct de ces deux observations :

Obs. I — Une fille de vingt-quatre ans, exerçant la profession de domestique, avait été réglée pour la première fois à l'âge de vingt-deux ans. Cette fille était pâle et légèrement chlorotique. Les règles normales n'ont apparu que quatre fois, et elles ont été remplacées par une hématémèse mensuelle; sans être jamais très abondante, la quantité de sang vomi était très variable. A chaque époque menstruelle, la malade éprouvait des nausées très pénibles. On la mit à l'usage des pilules composées d'aloès et de myrrhe, et on lui fit prendre une mixture de vin ferrugineux et d'infusion de quassia. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora notablement; mais, au bout de quinze jours, une éruption eczémateuse se développa sur la face, et l'on suspendit l'administration du fer. Au bout de quelques mois de séjour à l'hôpital, le vomissement de sang a cessé, mais les règles ne se sont pas rétablies; il n'est donc pas probable que la guérison soit définitive.

Obs. II. — Une couturière, âgée de ving-huit ans, avait cessé de voir ses règles depuis trois mois; l'écoulement menstruel avait été remplacé depuis cette époque par une hématémèse périodique. La malade était constipée; elle souffrait d'une céphalalgie continuelle, et éprouvait quelques douleurs dans le ventre. Avant son départ de l'hôpital, les accidents avaient cessé et les règles avaient repris leur cours normal. (*The Lancet*, novembre 1861.)

Quelques remarques me semblent nécessaires. On sait que l'hématémèse est la plus fréquente des hémorrhagies supplémentaires; signalée il y a longtemps déjà par Benivenius, Roderic a Castro, Hoffmann, Stalpart van der Wiel, le vomissement de sang par suppression des règles a toujours été noté depuis lors comme une des variétés les plus intéressantes, au double point de vue du pronostic et du traitement; néanmoins, les exemples bien authentiques sont encore assez rares pour que je n'aie point hésité à consigner ici les deux nouveaux faits rapportés par la Lancette. Je dois dire toutefois que ces deux observations manquent de certains détails importants, et que cette lacune leur enlève une partie de leur valeur. Il est regrettable, en effet, qu'il ne soit pas fait mention de l'état des organes génitaux; un examen complet de l'appareil utérin eût peut-être révélé la cause de l'aménorrhée, et jeté quelque lumière sur le mode de production de cette singulière anomalie. Les ovaires méritaient surtout d'attirer l'attention, car l'hémorrhagie n'est, en réalité, que l'un des éléments de la menstruation, et je ne sache pas que jusqu'ici les médecins qui ont observé des *règles déviées* se soient suffisamment préoccupés de l'ovulation : il y a là, ce me semble, un véritable desideratum.

J.

**Observation d'abcès rétropharyngien chez un enfant à la mamelle,** communiquée à la Société de médecine de Vienne, par M. le docteur Winternitz.

Obs. — Clémentine E..., âgée de cinq mois et demi, neuvième enfant de parents bien portants, fut atteinte de coqueluche à l'âge de trois mois. Cette affection se dissipa, au bout de six semaines, sans avoir gravement troublé la santé. On remarqua seulement, depuis ce temps, que la respiration de l'enfant avait un caractère râlant particulier.

Dans la soirée du 13 avril, l'enfant présenta subitement les accidents suivants : face pâle, yeux excavés et cernés, 30 respirations par minute, avec râles nombreux dans le larynx et dans le nez; région laryngée sensible; cavité buccale remplie de mucosités visqueuses; tête renversée en arrière; tissu cellulaire sous-cutané du cou œdématié; difficulté extrême de la déglutition, refus de teter; extrémités froides; pouls à 130. Cet état dura environ trois quarts d'heure. A la suite de vomiturations produites par une irritation mécanique du pharynx, la gêne de la respiration et de la déglutition se dissipa, l'œdème des parties latérales du cou disparut, et tout rentra dans l'ordre. L'enfant continua cependant, jusqu'au jour de sa mort, c'est-à-dire pendant dix-huit jours, de présenter une respiration râlante et sifflante.

Trois jours après le premier accès, on en observa un autre semblable qui se passa de même. Pendant tout ce temps libre, jusqu'au quatorzième jour de la maladie, la déglutition se faisait bien, et les symptômes respiratoires étaient seuls de nature à attirer l'attention.

A partir du quatorzième jour, l'enfant éprouva de la difficulté à teter, et présenta de temps en temps des vomituritions, et on sentit avec le doigt, sur la paroi postérieure du pharynx et à droite, une tumeur élastique, du volume d'une noisette. Deux jours plus tard, cette tumeur était également accessible à la vue, et présentait une fluctuation manifeste. M. Winternitz voulut ouvrir l'abcès, mais les parents s'y refusèrent pendant deux jours, durant lesquels l'embarras de la respiration et de la déglutition s'aggrava de plus en plus, et à tel point que l'enfant tomba à plusieurs reprises dans le coma. Ayant alors obtenu le consentement des parents, M. Winternitz incisa l'abcès qui donna issu à du pus de bonne nature. A la suite de l'opération, l'enfant parut soulagé, il teta et dormit d'une manière satisfaisante.

Au bout de six heures, les accidents reparurent cependant avec une nouvelle intensité. Une nouvelle ponction, faite avec un trocart, ne donna

que quelques gouttes de pus. Le lendemain, dans la soirée, nouvel accès de suffocation, encore plus violent que les précédents, et pendant lequel l'abcès se rouvrit spontanément, et donna issue à une assez grande quantité de pus sanguinolent. Tous les accidents disparurent presque aussitôt; la respiration devint également moins râlante. Le lendemain, dans la matinée, autre accès suivi, dans la soirée, d'une nouvelle évacuation spontanée, peu abondante d'ailleurs. Le soulagement qui lui succéda ne fut que très passager, et l'enfant mourut dans la nuit. L'autopsie ne put être faite.

M. Winternitz pense que la terminaison fatale aurait peut-être été prévenue si l'abcès avait été ouvert dès le début, et il mentionne un cas analogue dans lequel la guérison fut obtenue au bout de six semaines, à la suite d'un traitement tout à fait expectatif. Dans ce cas, les accidents avaient été très semblables à ceux qui sont décrits dans l'observation précédente, à part cependant les évacuations spontanées et répétées du foyer. Il ajoute que le docteur Pollitzer a vu un assez grand nombre de cas analogues, et qu'il a obtenu des résultats satisfaisants en pratiquant des incisions réitérées. (*Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, n° 30, 1861.)

---

## V

## BIBLIOGRAPHIE.

**Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent, avec une statistique des cas de ligature de l'artère carotide,** par le docteur J. EHRMANN, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Alger, etc. Brochure in-8. Paris, 1860, chez J.-B. Baillière.

I. — Nombre d'expérimentateurs ont établi l'innocuité, chez les animaux, de la ligature de deux des artères encéphaliques, et spécialement des carotides. L'importance relativement plus considérable chez eux des artères vertébrales rend compte de ce fait, en même temps que la plus grande rapidité dans l'établissement de la circulation collatérale explique pourquoi, dans certaines espèces, comme le chien, l'obturation simultanée des deux carotides et des deux vertébrales n'est pas nécessairement suivie de mort.

Les accidents épileptiformes qui éclatent toujours après l'oblitération brusque de ces quatre troncs artériels ont été surtout décrits avec détails par MM. Kussmaul et Tenner : ils sont constamment mortels chez le lapin. Chez le cheval, où, contrairement à ce qui se passe pour les autres animaux, la part qui revient aux artères vertébrales dans la constitution du cercle artériel est très minime, la ligature des carotides représente la ligature simultanée des quatre troncs chez le lapin, et est suivie des mêmes effets.

La mort est accélérée dans ces cas par les fortes congestions pulmonaires qu'occasionnent le détournement subit et l'accumulation *à tergo* du sang des régions supérieures; elle est, en effet, notablement reculée, — sans que, toutefois, le caractère des accès convulsifs s'en trouve pour cela modifié, — lorsqu'au lieu de porter, à l'exemple des expérimentateurs allemands, dans le but de faciliter le manuel opératoire, la constriction sur les artères innominée et sous-clavière gauche à leur origine, on lie isolément sur des lapins, ainsi que l'a pratiqué l'auteur, les artères carotides et vertébrales. D'autre part, chez ceux de ces animaux auxquels il liait les deux carotides et la sous-clavière droite, l'autre vertébrale restant libre, la mort par obstruction pulmonaire arrivait également, seulement quelques heures plus tard, et sans que se fussent présentés de symptômes cérébraux; ce qui prouve que, si cette complication hâte la fin, en raison de l'état asphyxique qu'elle provoque, elle n'a point de prise sur la manifestation cérébrale elle-même.

Il n'existe point pour l'homme d'observation de suppression brusque et complète du cours du sang dans les quatre artères encéphaliques à la fois; la compression des carotides, opérée à un niveau où il est loisible d'atteindre en même temps, dans une certaine mesure, les artères vertébrales, réalise néanmoins jusqu'à un certain point ces conditions; les effets qu'elle détermine (p. 5) et l'analogie qu'offrent les accidents dépendant d'hémorrhagies chez l'homme avec ceux qui s'observent dans les mêmes circonstances et dans les cas de ligature des artères du cou, chez les animaux, donnent une présomption assez fondée de ce qui se passerait en pareille occurrence.

On possède bien plusieurs exemples d'obturation spontanée de ces vaisseaux sans accidents cérébraux; mais ici c'est la marche lente et progressive de l'oblitération qui en explique l'innocuité; et il serait hasardé d'arguer de ces faits, et surtout, à l'imitation de certains auteurs, des résultats de l'expérimentation sur les animaux, pour conclure à l'immunité probable de la ligature *simultanée* des deux carotides; on sait, en effet, que le rôle de ces artères, relativement à la nutrition du cerveau, est bien moins important chez les animaux que chez l'homme. La seule fois, d'ailleurs, où cette double opération fut faite dans ces conditions, c'est-à-dire simultanément, elle entraîna la mort. Lorsque les deux ligatures sont pratiquées à un intervalle de temps *suffisant* pour permettre le développement des voies collatérales, les chances de succès (ainsi, du reste, qu'il résulte d'une *série de* treize observations) augmentent considérablement; elles paraissent même à l'auteur, en raison d'une circonstance que nous relèverons plus loin, moindres peut-être à la suite de la deuxième opération qu'après la première.

Plusieurs pages intéressantes sont ensuite consacrées à *l'analyse* des phénomènes physiologiques déterminés par la compression des carotides, et à celle des faits qui ont amené son emploi thérapeutique.

L'auteur les fait suivre de l'étude des cas d'oblitération d'une carotide et d'une vertébrale (tronc innominé).

II. — La suppression isolée du courant *artériel dans l'une des* artères vertébrales n'a jamais, dans les faits qui ont pu être rassemblés dans ce travail, occasionné de troubles cérébraux.

Il n'en est plus de même pour la *carotide*, dont la ligature a été, au contraire, suivie fréquemment de désordres de ce genre. Indépendamment des faits se rapportant à des ligatures des deux carotides, l'auteur est parvenu à réunir 42 observations dans lesquelles ces accidents se sont présentés à un degré plus ou moins élevé, et avec une gravité notable, car 30 fois ils furent mortels. Pour deux de ces cas, où la mort reconnaissait manifestement pour cause la diminution brusque du sang de la circulation encéphalique, il existait concomitamment une condition organique particulière (obturation pathologique de l'autre carotide et d'une vertébrale) qui les place dès lors dans une catégorie à part. Quant aux autres, ils se répartissent de la manière suivante : hémiplégie du côté opposé à la ligature, 28; hémiplégie du même côté, 2; convulsions, 2; état comateux avec ou sans délire, 6; céphalalgie intense du côté correspondant à l'opération, 2.

L'auteur sépare avec raison de ce groupe plusieurs observations relatives à des troubles de la vision et de la phonation. Avec P. Bérard, il rattache les premières à une altération toute locale due à la suppression brusque de la circulation dans l'artère ophthalmique. Quant aux autres, il admet les théories de MM. A. Bertherand, Chassaignac et Giraldès, qui, sauf de légères nuances dans le mécanisme, s'accordent à y voir une lésion des nerfs fournissant des filets au larynx.

Dans un de ces cas, encore en grande partie inédit (p. 11[illegible]), fait ressortir une particularité fort curieuse : la chute quasi-complète du système pileux de la tête du côté correspondant à la ligature.

Relativement à la proportion des accidents cérébraux à la suite de cette opération, l'on voit, en ne tenant compte que des faits suffisamment détaillés ou vérifiés par l'auteur, que les observations dans lesquelles ils se sont montrés sont tirées d'un ensemble de 187 cas de ligature simple, où elles figurent conséquemment pour 22,4 pour 100. En y comprenant les cas de ligature des deux carotides et celles des ligatures du tronc innominé qui ont pu être contrôlées, le chiffre des opérations s'élève à 213, et cela

des cas accompagnés de symptômes cérébraux à 47; la proportion reste la même.

Enfin, en ajoutant à ces faits ceux qui ne sont qu'indiqués, sans détails, dans les auteurs, on arrive à un ensemble de 281 opérations, parmi lesquelles 251 de ligature d'une seule carotide, 15 de ligature de ces deux artères, et 15 de ligature du tronc innominé.

Cette statistique, fruit de laborieuses recherches, est la plus complète que l'on possède, quant à présent, touchant l'opération dont il s'agit. A ce point de vue, et bien que l'auteur se soit exclusivement borné à la constatation de l'existence ou de l'absence des phénomènes cérébraux, elle secondera très utilement, à coup sûr, les études qui pourront être ultérieurement poursuivies sur divers points concernant l'histoire de la ligature des carotides.

III. — Entre les faits d'obstruction par ligature des vaisseaux du cou et ceux d'oblitération dans l'encéphale d'une portion limitée de leur distribution, se placent, comme établissant une transition naturelle, les cas d'obturation embolique de ces troncs, très près ou au niveau même du cercle anastomotique. Les symptômes paralytiques qui en résultent peuvent, dans quelques circonstances rares (p. 60), s'amender peu à peu, en même temps qu'une circulation collatérale vient à se développer. Leur léthalité est, pour ainsi dire, constante lorsque le corps obturateur, dépassant le niveau des artères communicantes, s'est arrêté dans une des branches secondaires des artères cérébrales : c'est alors un processus pathologique analogue dans ses résultats, sauf la rapidité de la marche, à ceux que détermine à ce niveau l'oblitération athéromateuse des branches de même ordre. La science a, depuis quelques années, enregistré un grand nombre d'observations rentrant dans cette catégorie : l'auteur ne s'y est point arrêté ; mais on pourra aisément les consulter, grâce aux indications qu'il donne dans son travail.

IV. — Dans un quatrième et dernier chapitre, les faits précédemment exposés sont repris et discutés au point de vue de leur mécanisme et de leur étiologie.

S'attachant à l'idée émise par Bérard et d'autres chirurgiens encore, l'auteur attribue un rôle important aux diverses variétés de calibre des artères communicantes du cercle de Willis. Cet aperçu, jusque-là purement hypothétique, il tente de le vérifier anatomiquement, il cherche à en établir le plus ou moins de vraisemblance par des études numériques sur les dimensions des branches constitutives du cercle artériel. Ces vaisseaux, et spécialement les communicantes, sont, comme on le sait, sujets à de nombreuses variations. Or, il résulte de l'examen du système artériel de 120 cerveaux que si, dans la majorité des cas, la circulation collatérale n'eût, selon toute apparence, éprouvé aucune difficulté à s'établir, après la suppression supposée du cours du sang dans une des carotides, l'exiguïté extrême des communicantes eût, dans nombre d'autres, manifestement compromis la circulation dans la partie du cerveau correspondant à la carotide obstruée : ces cas se sont présentés dans la proportion de 19 à 20 pour 100. Si, comme c'est probable, les mêmes différences se reproduisent sur d'autres individus, on est fondé à admettre qu'elles se sont présentées aussi, et jusqu'à un certain point dans les mêmes proportions, chez la plupart des sujets qui ont subi l'opération de la ligature. Or, on a vu plus haut que le chiffre des observations avec accidents cérébraux, tiré du total général des cas contrôlés, se rapproche beaucoup de celui qui vient d'être énoncé.

L'auteur n'a, du reste, point voulu s'exagérer la valeur de cette concordance ; mais il pense, non sans quelque raison, qu'elle donne des chances de probabilité à l'hypothèse dont il a cherché à vérifier l'exactitude, et qu'elle contribue à mettre en lumière le mode de production, sinon constant, au moins le plus fréquent, des accidents dont il s'agit. Il en appelle, comme contrôle, à la sanction de l'observation clinique, réclamant sur ce point, le cas échéant, l'attention des chirurgiens. Lui-même donne la relation d'un fait fort intéressant à ce point de vue (p. 67 à 81) : chez un sujet qui présenta à deux reprises différentes, sous l'influence de la compression de la carotide gauche par une tumeur thyroïdienne, des phénomènes paralytiques du côté opposé, évidemment en rapport avec les fluctuations de la circulation cérébrale, l'autopsie montra le cerveau sain dans toutes ses parties (peu de temps avant la mort, qu'amena une pneumonie intercurrente, les accidents avaient cédé en même temps que la tumeur s'était ramollie); l'artère communicante postérieure gauche *filiforme*, tandis que celle du côté opposé était très large ; la communicante antérieure également *étroite*, disposition qui isolait la carotide du concours des autres troncs.

L'examen des cas d'obstruction pathologique et de ligature, avec accidents cérébraux, s'accommode également assez bien de cette manière de voir.

L'obturation embolique siégeant *au delà* des communicantes est, pour ainsi dire, constamment suivie de lésions profondes du tissu cérébral. Quand elle a lieu *en deçà* de ce point, on voit, au contraire, parfois (p. 60) les symptômes se dissiper : c'est vraisemblablement dans les cas où les communicantes sont volumineuses, l'obturation de la carotide cérébrale reproduisant dès lors la ligature du vaisseau. Réciproquement, l'exiguïté extrême des communicantes place, en cas de ligature, la circulation de la carotide dans des conditions presque identiques avec celles que détermine l'obturation embolique s'effectuant au delà du cercle anastomotique.

Ce n'est pas, du reste, toujours au défaut de circulation dans l'hémisphère correspondant à l'artère liée que peuvent se rattacher les phénomènes cérébraux. L'auteur y fait rentrer les symptômes subits, tels que vertiges, syncopes, etc., l'hémiplégie du côté opposé à la ligature se déclarant très peu de temps après celle-ci, les convulsions générales, la céphalalgie du côté même de la ligature, survenues également immédiatement après l'opération. Ces accidents se dissipent fréquemment au bout d'un temps souvent assez court, sous l'influence, sans doute, du rétablissement régulier de la circulation par la dilatation graduelle des artères anastomotiques (voy. les observations, p. 36 et suiv.). Lorsque cette dilatation ne peut se produire ou ne se fait pas assez tôt, des altérations profondes surviennent dans le tissu cérébral ; plus rarement la mort arrive par le seul fait de l'arrêt de nutrition, sans que se soient produites des lésions organiques bien appréciables (p. 66).

Pour ce qui est des désordres qui ne se sont manifestés qu'au bout d'un certain temps, il est rationnel d'admettre, avec M. Chevers, qu'ils sont sous la dépendance du travail de circulation collatérale qui s'effectue dans l'hémisphère anémié, et d'où résulte une dilatation des vaisseaux, un excès de pression sur la substance délicate qui les entoure, et qu'une nutrition imparfaite dispose déjà, du reste, à une facile altération. La congestion, qui tout d'abord doit principalement se passer dans l'hémisphère sain, explique les secousses convulsives notées dans quelques observations, peu après l'opération, du côté même de la ligature ; à un degré plus avancé, elle rend compte de l'hémiplégie du côté de la ligature, constatée dans deux ou trois cas. Les symptômes d'excitation cérébrale ont d'ailleurs été fréquents, et dans plusieurs autopsies on voit notés les signes, soit d'une hypérémie plus ou moins prononcée, soit même d'une inflammation franche.

Quoi qu'il en soit, tous ces accidents, tant anémiques que congestifs, peuvent être rattachés à un obstacle au rétablissement facile et régulier de la circulation dans l'encéphale.

L'auteur se sert d'une manière judicieuse de la même théorie pour expliquer ce fait, qui semble *à priori* étonnant, à savoir : l'immunité qu'a présentée le plus souvent, au point de vue de la circulation cérébrale, la ligature des deux carotides, dans les cas où un intervalle suffisant a séparé les deux opérations. L'innocuité, dit-il, de la première ligature donne de grandes chances pour le succès de la seconde, pratiquée après un certain temps ; car elle est l'expression de l'existence d'artères communicantes assez volumineuses, lesquelles d'ailleurs se seront encore dilatées à la suite de cette première opération pour les besoins de la circulation collatérale. Sur 11 observations de cette catégorie, 3 fois seulement apparurent des désordres cérébraux après la deuxième ligature, et dans chacun de ces cas il y en avait eu après la première ; dans l'un d'entre eux la mort survint, mais le caractère des symptômes permet de supposer, pour la lésion qui en a été la cause, un mé-

canisme pour ainsi dire exceptionnel (p. 25). Dans les deux autres cas, les accidents avaient été plus graves après la première opération qu'après la seconde; ils s'étaient amendés au bout d'un certain temps; les artères communicantes devaient donc, d'après la théorie ci-dessus, avoir été d'un calibre assez minime; mais elles devaient aussi, tout en restant *relativement étroites*, s'être, après la première ligature, rapidement dilatées; ce qui rend compte, à la fois, de l'amendement des premiers symptômes, de la production d'accidents lors de la deuxième opération, et de la gravité comparativement moindre de ces derniers.

Tel est le résumé succinct du travail dont nous avons entrepris l'analyse; quelque rapide et incomplet qu'il soit, il suffira, nous osons l'espérer, pour donner une idée de la valeur de cette importante monographie.

P[r] A. BERTHERAND,
Directeur de l'École de médecine d'Alger.

---

## VI

## VARIÉTÉS.

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes; sont nommés :

M. Malherbe, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Bonamy, décédé; M. Trastour, professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Malherbe; M. Henry, professeur d'accouchements, en remplacement de M. Gegouais décédé; M. Pihan Dufeillay fils, professeur suppléant de médecine, en remplacement de M. Trastour; M. Heurtaux, professeur suppléant de chirurgie, en remplacement de M. Henry; M. Laennec, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Heurtaux; M. Jouon, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Laennec; M. Resseguet, de nouveau chef des travaux anatomiques.

— La liste de présentation des candidats de la Faculté de médecine pour la chaire de médecine légale, est composée comme il suit : en première ligne, M. Tardieu; en deuxième ligne, M. Lorain.

---

## VII

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Journaux.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Novembre. Études sur l'ataxie locomotrice, par *Bourdon*. — Observation pour servir à l'histoire des altérations locales des nerfs, par *Verneuil*. — Des diarrhées à Paris pendant les mois d'août et de septembre, par *Empis*. — De l'aortite, par *Leudet*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — N° 8. Du zona et de son traitement par les vésicatoires, par *Forget*. — De l'érysipèle, par *Marotte*. — De la contracture spasmodique de l'orbiculaire des paupières, par *Nivert*. — Digitale et belladone dans les éruptions, par *Duroc*. — Potion contre les hémorrhagies thérapeutiques de l'empoisonnement par la morphine, par *Bouchardat*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — N° 1. Recherche sur l'emphysème pulmonaire des nouveau-nés, par *Hervieux*. — Chorée rhumatismale, par *Labric*. — Fracture du rocher; guérison, par *Delasiauve*. — Vice de conformation du cœur et cyanose, par *Hervieux*. — Chromhidrose.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 43. Détermination graphique des mouvements du cœur, par *Marey* et *Chauveau*. — La pulvérisation aux Eaux-Bonnes, par *Pietra Santa*. — 44. De l'acrodynie à l'armée d'Orient. — De l'absorption des molécules cuivreuses chez les horlogers, par *Perron*.

L'ART DENTAIRE. — N° 11.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — Octobre. La vie de l'homme, par *Tissot*. — De la surdité, par *Leriche*.

RECUEILS DE MÉDECINE MILITAIRE. — N° 22. Étude sur le recrutement, par *Vincent*. — Éléphantiasis des grandes lèvres, par *Boulogne*. — Végétation de la Chine, par *Debeaux*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 10. Opération de la hernie, par *Rigaud*. — Accidents consécutifs au cathétérisme, par *Sédillot*. — Du tubercule (suite).

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI. — N° 10. Maladies charbonneuses, par *Bernard*. — Aphthes du cheval, par *Lauvet*. — Polygamie chez les pigeons, par *Dumas*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — N° 10. Des traumatismes de la … *Labat*. — Affection vermineuse, par *Le Barillier*. — Tumeur osseuse de l'aisselle, par *Azam*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 10. De la colonisation appliquée … ment des aliénés, par *Brierre de Boismont*. — Considérations sur l'… *Bertherand*. — Changements de coloration de l'iris, par *Bourjot Saint-…*

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS. — Octobre. De l'hygi… rapports avec l'industrie, par *Van Bouwel*. — Résumé de pathologie … *Brenier*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Octobre. Carie du roch… rier. — Des cristallisations qui se forment dans les extraits, par *Gille*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 42. Sur l'albinisme partiel des hommes de c… Européens. — Plaie pénétrante du genou; double ouverture de l'artic… rison sans ankylose, par *Volkmann*. — Statistique chirurgicale de … Saint-Pétersbourg, par *Heyfelder*.

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — Oct… centa prævia, par *Schuchard*. — Absence d'arrière-faix, par *Abegg*. — E… l'électricité dans l'accouchement, par *Baer*.

SPITALS-ZEITUNG. — N° 20. Chirurgie clinique du professeur Pitha (de V… Fracture des clavicules; des troisième, quatrième, cinquième et sixième … luxation des articulations sterno-claviculaires. — Fragment d'un discou… psychiâtrie, par *Schlager*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT FUER GERICHTLICHE UND ÖFFENTLICHE MEDICIN. — … Empoisonnement par le *Secale cornutum*, par *Richter*. — Accouchement … mort de l'enfant; incertitude de la médecine légale, par *Klusemar*. — … chement debout, par *Dorien*. — Meurtre ou infanticide, par *Breslau*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 41. Sur la physiologie et la … gie des organes de l'audition, par *Politzer*. — Lettre du professeur *Hebra* … drargirose. — 42. Organes de l'audition (suite). — Lettre du professeur … (suite). — Réunion générale de la Faculté de médecine de Vienne.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 94. Leçons sur le développement et la struct… tissus, par *Lionel Beale*. — 95. De la jaunisse, par *Hughes*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 591. Courbures du rachis, par *William* … — Corps étranger ayant séjourné six semaines dans l'orbite, par *Words*… — Ovariotomie. — 592. De la tuberculisation, par *Jenner*. — Traitement … du rétrécissement de l'urèthre, par *Holt*. — Iridectomie, par *Solomon*. — T… mission de la phthisie du mari à la femme.

THE LANCET. — N° 17. Diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, par *Brown-Séquard* — Anévrysme de l'aorte, par *Brinton*. — Empoisonnement par la strychnine, par *Harley*. — Fracture du crâne. — 18. Hémorrhagie cérébrale (suite). — De … utérin, par *Ellis*. — Du bain chaud, par *Hunter*. — Empoisonnement par l'acide prussique. — Cure de la hernie ombilicale.

THE MEDICAL AND SURGICAL REPORTER (Philadelphie). — N° 258. Hygiène militaire. — Fistule vésico-vaginale, par *Agnew*. — 59. L'eau et son usage hygiénique et thérapeutique, par *Francis*. — Réduction des luxations de l'épaule par manipulation, par *Crampton*.

THE CINCINNATI LANCET AND OBSERVER. — N° 10. Résection du genou pour plaie d'arme à feu, par *Cooper*. — Empoisonnement par la belladone; guérison, par *Willey*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 34. L'œil dans ses rapports avec … l'organisme, par *Torresini*. — 35. Rhumatisme musculaire, par *Pizzamiglio*. — Statistique de la pellagre dans la province de Bellune, par *Facen*. — 36. Nature … traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Vio Bonato*. — 37. Nature et traitement des rétrécissements de l'urèthre (suite). — 38. Études médicales sur la Valteline, par *Besta*. — 39. Anencéphalie complète, par *Pietro Lussana*. — 40. Quelles sont les formes de délire qui précèdent ou accompagnent la par… générale, par *Verga*. — Analogie de la rétine et du cerveau, par *Lomb…* — 41. De la physiologie comme base de la pathologie et de la thérapeutique, par *Lussana*. — 42. De la physiologie comme base de la pathologie et de la thérapeutique (suite). — Emploi du curare dans un cas d'hydrophobie, par *Gualla*. — 43. L… caire intermittent, par *Barbieri*.

### Livres.

LES MÉDECINS MORALISTES, code philosophique et religieux extrait des écrits des médecins anciens et modernes, notamment des docteurs français contemporains … madame *Woillez*, avec un discours préliminaire de feu le professeur Br… Lyon) et une notice par le docteur *Descuret*. In-8. Paris, Germer Baillière.

A MANUAL OF THE DISEASES OF INDIA (Manuel des maladies des Indes), par … In-12 de 230 pages. Londres, Churchill.

MILITÆR-CHIRURGISCHE STUDIEN IN DEN ITALIENISCHEN LAZARETHEN VON 185… le docteur *Hermann Demme*.

Première partie : *Allgemeine Chirurgie der Kriegswunden*. In-8 de 190 p… Würzbourg, Stahel.

Deuxième partie : *Specielle Chirurgie des Schusswunden*. In-8 de 285 p… Würzbourg, Stahel.

THE PATHOLOGY AND TREATMENT OF VENEREAL DISEASES (Pathologie et trait… des maladies vénériennes), par *Bumstead*. 686 pages. Philadelphie.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE
## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL
Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 13 DÉCEMBRE 1861. N° 50.

**TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.**

I. **Paris.** Académie de médecine : Résection de la hanche. Question de la salubrité des hôpitaux français.— Documents sur les hôpitaux anglais. — II. **Revue clinique.** Sur un cas de symphyse cardiaque avec dilatation des orifices gauches, et insuffisance consécutive de leurs valvules. — III. **Sociétés savantes.** Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Bibliographie.** Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

## I

Paris, le 12 décembre 1861.

*Académie de médecine :* RÉSECTION DE LA HANCHE. — QUESTION DE LA SALUBRITÉ DES HÔPITAUX FRANÇAIS. — DOCUMENTS SUR LES HÔPITAUX ANGLAIS.

La discussion poursuit son cours à l'Académie, et l'on peut dire même qu'elle s'est animée grâce aux assertions tout à fait contradictoires qui ont été émises. De la résection coxo-fémorale, plus un mot. Nous l'avions prévu. La question plus large et plus importante de la salubrité des hôpitaux a seule alimenté le débat. Deux orateurs représentant des principes bien différents ont occupé la tribune. L'administration et la pratique chirurgicale en sont venues aux mains; l'une, solennelle dans sa défense, comme il convient à toute grande machine organisée; l'autre, hardie dans l'attaque, ce qui est le propre de toute opposition constitutionnelle qui exige de justes réformes.

M. Malgaigne, énonçant tout haut ce que chacun de nous pense tout bas, avait en termes concis formulé, sur la salubrité de nos hôpitaux de Paris, un jugement peu favorable. M. Davenne, tout ému, a relevé le gant; il s'est efforcé de prouver que les reproches manquaient de fondement et surtout de preuves, et que l'accusation, ayant été lancée à la légère, n'en était que plus regrettable; aussi, après avoir fourni des arguments puisés comme de juste dans les archives administratives, et qu'il croyait naturellement sans réplique, l'honorable orateur a semblé demander à M. Malgaigne, désormais mieux informé, une sorte de rétractation pour des paroles imprudentes et pour une improvisation capable d'agiter les consciences timorées.

Tel a été le sens général du discours lu par M. Davenne; discours dont il est juste de louer la forme parfaite et l'agencement habile. Examinons en quelque mots les arguments qu'il renferme.

On reproche à l'administration de n'avoir point fait appel aux gens de l'art, lors de la construction des hôpitaux les plus modernes, de Lariboisière en particulier. Mais, répond l'orateur, une commission spéciale a été nommée pour assurer l'observation des principes de l'hygiène, et l'élément médical y était largement représenté; mais les médecins et chirurgiens des hôpitaux, M. Malgaigne lui-même, ont été invités par une circulaire, à donner leur avis. Par malheur, peu ont répondu à l'appel; l'administration n'en avait pas moins fait son devoir. Ceci n'est pas sans réplique. Nous ignorons comment la commission était composée; aussi nous sommes fort à l'aise pour donner, sans crainte de blesser personne, notre avis sur son œuvre. Nous dirons donc, ou qu'elle n'a point rempli son mandat, ou qu'elle connaissait peu la question. Si elle est responsable, en effet, des résultats obtenus à Lariboisière, il faut bien qu'elle sache que ce magnifique et somptueux monument occupe l'un des premiers, sinon le premier rang, parmi les hôpitaux insalubres; que la mortalité y est formidable dans les services de chirurgie, et qu'en résumé, si le susdit hôpital reste un modèle, c'est essentiellement sous le rapport architectural, à moins qu'on préfère le donner comme spécimen irrécusable d'une prodigalité inouïe.

Nous sommes sérieusement persuadé que l'administration a conçu l'espoir d'approcher, sinon d'atteindre, la perfection, et qu'elle n'a rien épargné pour cela; mais nous sommes tout aussi convaincu qu'elle s'est trompée ou a été trompée, et il n'est pas inutile de l'en avertir, afin que d'aussi ruineuses expériences ne se renouvellent plus.

En ce qui concerne la circulaire, l'inefficacité d'un pareil expédient est notoire : d'abord l'apathie des hommes est grande en général; puis on se décide difficilement à donner des avis sans savoir quel compte en sera tenu, et à écrire des mémoires fort exposés à moisir honorablement dans des cartons.

Pour stimuler le zèle, il n'est rien que les débats publics. Si donc l'administration veut, quelque jour, provoquer une enquête utile, qu'elle porte, comme le lui conseille M. Malgaigne, la question devant l'Académie rassemblée; qu'un rapport soit fait, que la controverse s'engage, et il en surgira certainement des enseignements sérieux.

M. Davenne a cherché à démontrer ensuite que les hôpitaux anglais n'étaient nullement comparables aux nôtres, et qu'il fallait distinguer à Londres deux sortes d'établissements destinés à recevoir et à soigner les malades, savoir les *hôpitaux proprement dits* et les *infirmeries*. M. Bouvier est monté un instant à la tribune pour appuyer cette distinction qui, suivant les deux honorables académiciens, rendrait tout parallèle impossible, et servirait au besoin à disculper nos hôpitaux.

Ils ont avoué, du reste, ne pas connaître personnellement la question et tirer leurs renseignements de seconde main; or, si nous en croyons des personnes mieux informées, ces renseignements ne seraient pas exacts; ils obscurcissent donc le problème plus qu'ils ne l'éclairent; il eût peut-être mieux valu s'abstenir; il eût été préférable encore d'entendre la lecture du mémoire de M. Le Fort, qui aurait appris aux académiciens ce qu'ils ignorent; tout le monde en aurait profité. Mais le formalisme, qui ne perd jamais ses droits, a mis son *veto* : un méchant article du règlement défend, paraît-il, de faire intervenir, dans le cours d'une discussion, un membre étranger à l'Académie. Esprit sacré du règlement, c'est donc à toi qu'il faut s'en prendre, si la question principale continue à flotter dans les limbes, et nous te maudissons de grand cœur tout en nous inclinant devant ta majesté! Heureusement nous sommes en mesure de réparer ce dommage (voir page 796).

M. Davenne enfin a parlé des hôpitaux français et a cité des chiffres nombreux pour établir que depuis 1804 la mortalité générale avait toujours été en décroissant; que, de plus, la moyenne de la durée de séjour avait de son côté toujours diminué, rapport qui se comprend et qu'on pourrait expliquer certainement par les progrès de l'hygiène, mais aussi par la multiplication des hôpitaux et la facilité plus grande des admissions.

Concession précieuse : l'orateur a reconnu que *la mortalité n'avait pas sensiblement diminué dans les services de chirurgie*, qu'elle restait toujours à peu près de 1 sur 20 pour les opérés. On pourrait en conclure que les bienfaits tant célébrés n'ont pas pénétré dans les salles consacrées aux maladies chirurgicales; M. Davenne préfère éditer une petite hypothèse; il pense que les grands travaux de l'industrie, des chemins de fer, des constructions, ont multiplié les accidents graves et surchargé le bilan des décès qu'amoindrit en sens inverse le perfectionnement successif de nos hôpitaux.

Nous souhaiterions que cette ingénieuse explication fût vérifiée, et cela dans le délai le plus bref; si, en effet, elle n'était pas exacte, elle aurait l'inconvénient grave de toutes les hypothèses consolantes qui assoupissent les inquiétudes légitimes et écartent indéfiniment les réformes.

Dans sa péroraison, M. Davenne demande qu'on juge l'administration avec plus de réserve, il réclame l'impartialité et aussi la patience, car il y a sans doute des perfectionnements à réaliser, mais ils seront l'œuvre du temps. Il faut améliorer et non détruire; en d'autres termes, s'en rapporter à l'administration qui fait tout pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles.

Nous connaissons cette conclusion inévitable de tous discours officiels, et nous savons qu'elle est toujours approuvée par les majorités conservatrices. — Aussi n'avons-nous pas été surpris des marques d'approbation nombreuses, des quasi-applaudissements donnés à ces paroles. S'il ne fallait que louer la forme, nous serions du côté des adhérents; mais en revanche nous serions surpris que le fond ait convaincu les médecins et chirurgiens de la compagnie.

Pour notre part nous approuvons sans réserve la réplique de M. Malgaigne, qui a démontré une fois de plus qu'il n'était pas facile de le prendre au dépourvu, et qui a réduit bientôt à de justes proportions le petit triomphe de son contradicteur. Nous affirmons que tous ses arguments sont bons et solides, et qu'il est dans le vrai en demandant, au moins pour l'avenir, des réformes radicales.

Et qu'on ne prenne pas le change sur nos intentions. Il ne s'agit point ici de dénigrer une administration à laquelle nous nous honorons d'appartenir et d'offrir notre concours; il ne s'agit pas davantage de méconnaître les immenses sacrifices et les efforts incessants qu'elle fait pour réaliser le bien. Nous ne voulons être ni ingrat, ni injuste; nous cherchons uniquement le progrès et la vérité. Les améliorations à réaliser sont nombreuses, et nous n'avons besoin d'aucun renseignement étranger pour en être assuré et pour le dire. Peu nous importe que l'infection purulente, que l'érysipèle, que les affections septiques qui moissonnent nos malheureux opérés, soient aussi fréquentes, ou plus ou moins rares à Londres, à Berlin, à Vienne qu'à Lyon ou à Paris; mais ce qu'il convient de savoir c'est que la mortalité est énorme dans nos hôpitaux, que nos opérés succombent pour la plupart à des complications dont la médecine opératoire n'est pas responsable, et que ces complications peuvent être prévenues, car elles manquent le plus ordinairement dans la pratique civile, dans la province et dans les campagnes.

Ce qu'il faut dire, c'est que bien souvent nous sommes saisis de découragement en présence de revers inattendus et multipliés contre lesquels ne peuvent nous garantir, ni notre instruction, ni notre habileté, ni notre sollicitude; et que, sans cesse en lutte avec d'aussi formidables auxiliaires de la mort, nous avons l'alternative ou de devenir indifférents aux revers et d'agir en dépit d'eux, ou d'en être impressionnés au point d'arriver à une abstention presque coupable.

Ce n'est point à sa verve éloquente, à sa parole incisive, à ses brillantes qualités d'improvisateur, que M. Malgaigne a demandé les éléments de sa plaidoirie; on avait voulu le réfuter avec des chiffres et des dossiers administratifs; il a employé les mêmes armes, mais il a concentré ses efforts sur des points circonscrits; c'est pourquoi il n'a point parlé des hôpitaux d'enfants, ni de ceux de Londres, dont il ne connaît pas la construction et les détails intérieurs; il ne veut pas davantage accepter les statistiques générales, où la médecine et la chirurgie sont confondues dans un total commun; il veut parler des choses qu'il sait et ne comparer que des choses comparables. Voilà qui caractérise une argumentation pressante et serrée.

Et d'abord la mortalité après les grandes opérations est très considérable dans les hôpitaux; 15 trépans successivement pratiqués à Paris, 15 morts; 512 amputations de cuisse, 282 morts, soit 56 pour 100; ainsi de suite. A ses débuts dans la carrière, M. Malgaigne, croyait la chirurgie moins funeste, il a voulu savoir à quoi s'en tenir et s'est adressé aux chiffres; ses illusions se sont envolées, mais en revanche il s'est appliqué à la recherche des causes. Après s'

longues méditations il est arrivé à en signaler un certain nombre que nous allons énumerer.

Les salles sont trop grandes; elles contiennent trop de lits; les étages sont trop multipliés; les services sont trop nombreux et par conséquence trop lourds pour un seul chirurgien. Nous pourrions ajouter pour notre part que les gens de service sont en nombre très insuffisant, que les infirmiers sont souvent inhabiles et peu propres aux fonctions importantes qui leur sont dévolues, sans compter d'autres défauts dont les effets fâcheux retentissent sur les malades.

Chacune des propositions précédentes est d'une démonstration facile. M. Malgaigne cite des salles qui ne renferment pas moins de quatre-vingts lits. Les miasmes émanés de quatre-vingts malades accumulés vicient singulièrement l'atmosphère que n'épure pas suffisamment une ventilation souvent imparfaite, et qu'altèrent encore des moyens de chauffage et d'éclairage défectueux. Qu'il me soit permis de mêler mes propres remarques à celles de mon savant collègue. Il disait que, forcé pour arriver dans ses salles de la Charité de traverser un service voisin, il arrivait à destination presque asphyxié. Or, dans le mois d'octobre dernier nous faisions un service à l'hôpital Saint-Louis. C'était l'époque des premiers froids; portes et fenêtres étaient closes. Nous affirmons qu'à plusieurs reprises, en entrant dans la salle Sainte-Marthe (division des hommes), nous avons été impressionné jusqu'au dégoût par l'odeur infecte dont la salle était imprégnée. Je ferais mieux de dire les odeurs, car un jour c'était le gaz, un autre jour les émanations des plaies, d'autres fois des puanteurs qui, pour n'avoir pas de nom spécial, n'en étaient pas moins nauséabondes et incommodes au dernier degré.

Comment croire qu'on puisse impunément vivre un mois dans un tel foyer, y subir de grandes opérations, y fournir une suppuration prolongée, etc.? Notons qu'à mon arrivée, c'est-à-dire à l'heure de la visite, l'infection était relativement minime, car dès le petit jour on avait balayé, nettoyé, changé les malades; les fenêtres pour cela étaient longtemps restées ouvertes et n'avaient été fermées que peu de temps avant mon arrivée. Jugez de ce que devait être l'atmosphère à quatre heures du matin. Plusieurs fois j'ai été appelé d'urgence pendant la nuit, pour visiter des blessés gravement atteints, des hernies étranglées, etc.; alors j'ai pu constater que l'air confiné des salles offensait souvent l'odorat. Ajouterai-je que des expériences récentes faites, pour la première fois en Bohême (*Gaz. hebd.*, 1861, n° 36, p. 572), répétées et confirmées à l'hôpital Saint-Louis par un interne aussi laborieux que distingué (M. Chalvet), ont démontré la contamination de l'air des salles par une quantité énorme de débris organiques, cellules d'épithélium, peut-être même globules purulents désséchés, etc. Tout prouve donc une ventilation incomplète et défectueuse; plus la salle sera grande, plus les émanations et peut-être les germes contagieux ou infectieux seront multipliés. Il est clair que, si les salles étaient petites, bien isolées les unes des autres et séparées par des espaces larges, incessamment balayés par l'air pur, il y aurait chance de voir un foyer d'infection se circonscrire, tandis que sa diffusion est presque assurée dans les conditions inverses.

Citons encore un exemple : Les deux services chirurgicaux de l'hôpital Saint-Louis occupent le premier étage; ils sont accolés l'un à l'autre et prennent la moitié du grand quadrilatère que représente ce vaste établissement. Chaque service contient d'ordinaire un peu plus de quatre-vingts malades; un vestibule assez élevé dans lequel l'air se renouvelle peu établit, à la vérité, une séparation entre les deux; mais la communication et le transport des miasmes n'en restent pas moins d'autant plus faciles qu'une simple cloison vitrée ferme les deux salles de ce côté. La salle Saint-Augustin disposée en équerre ne forme qu'une chambre. La salle Sainte-Marthe située de l'autre côté du vestibule, est cloisonnée à son fond pour séparer les deux sexes, mais aucun courant d'air ne répond à cette intersection, d'où il résulte que, par le fait d'interruption très insuffisante, les deux services n'en font presque qu'un; c'est-à-dire une agglomération de 160 malades au minimum sur lesquels la proportion des blessés qui suppurent est très considérable. En 1860, j'y fis un remplacement, mes malades furent décimés par l'érysipèle ou d'autres affections analogues. L'épidémie était née au bout de la salle Saint-Augustin opposé au vestibule; elle se propagea bientôt à toute la salle, en marchant assez régulièrement dans la même direction. La salle Sainte-Marthe était alors tout à fait exempte; mais bientôt le vestibule fut franchi et l'érysipèle sévit sur la salle consacrée aux hommes; il fut encore arrêté par la muraille qui ferme, de ce côté, la salle des femmes, mais au bout de quelques jours, ce dernier obstacle était surmonté et l'endémie frappait les deux services. C'est également dans la grande salle Saint-Augustin qu'elle persista le plus longtemps, et il me paraît prouvé que, toutes choses égales d'ailleurs, cette partie du service fournit un contingent d'érysipèles supérieur à celui de la salle Sainte-Marthe, divisée en deux sections secondaires d'une trentaine de lits.

Faut-il un autre argument? je le prends dans le même hôpital, parce que je suis sûr de ce que j'avance, et qu'en pareille occurrence, les faits précis et tangibles valent plus que les raisonnements. J'ai dit qu'à Saint-Louis la ventilation était défectueuse; on y remédie en ouvrant les fenêtres; aussi, lorsque je précédais de quelques instants l'heure habituelle de la visite, je trouvais les croisées largement ouvertes et souvent des deux côtés de la salle à la fois, d'où le développement de courants d'air froid, dans la matinée, au moment du réveil, c'est-à-dire à l'instant même où l'on est le plus disposé au refroidissement. Je donnais des ordres sévères pour que les issues fussent scrupuleusement fermées pendant la visite; mais souvent une fenêtre était oubliée et je m'en apercevais en faisant un pansement pour lequel il était nécessaire de découvrir le blessé. Or, si je sentais le courant d'air, moi bien portant et bien couvert, que devait-il en être pour le malade fébricitant et moitié nu? Dans les salles trop grandes, il est très difficile de conserver une température égale et également répartie. Près des foyers, il fait trop chaud; loin d'eux, il fait trop froid. Je prends toujours la salle Sainte-Marthe pour exemple; elle est séparée par un immense vitrage d'un vestibule glacial. La porte, étant la seule issue pour les malades, le personnel médical et les gens de service, est naturellement ouverte à chaque minute; chaque fois que cela arrive, une bouffée d'air froid se précipite dans la salle et glace les premiers lits. Un homme couché en cet endroit et atteint de retrécissement de l'urèthre y fut pris, cette année même, d'une pneumonie franche, dont il eut le bonheur de guérir, mais qui avait certainement pour vrai cause un refroidissement. Un tambour serait indispensable devant cette porte; j'ignore pourquoi il n'existe pas. De même pour la partie de la salle Sainte-Marthe, destinée aux femmes. Le bout de la pièce renferme peu de lits, l'espace y est large et bien aéré, mais la chaleur en revanche y parvient peu, et les malades s'en sont plaints cent fois à moi-même.

Autre inconvénient des salles immenses; j'ai pu l'observer au moins quatre fois dans un espace fort court. Notre service

a renfermé trois malades affectés de *delirium tremens* et un autre dont la moitié du corps était brûlée ; pendant plusieurs nuits consécutives, ces malheureux poussèrent des cris continuels qui, répétés par les échos de cette vaste enceinte, troublaient le repos de tous les malades. Rien n'est lugubre comme ces clameurs interrompant le silence de la nuit ; il faut les avoir entendues pour s'en faire une juste idée. On comprend aisément comment elles peuvent agir sur les voisins affaiblis par la maladie ou effrayés déjà par le spectacle des misères qui les entourent. Je ne fais point ici de lyrisme inopportun, mais j'affirme qu'après une ou deux nuits d'une telle insomnie, les opérés ou les grands blessés se trouvent dans des conditions morales et physiques bien mauvaises.

Voici des faits qu'on ne saurait contester ; j'ai choisi mes exemples de manière à pouvoir garantir leur authenticité. Je les ai pris dans un des services chirurgicaux les plus importants de Paris, où j'ai exercé pendant près de six mois, et où j'ai compté des revers nombreux et imprévus. Que chacun de nos collègues en fasse autant, et l'on verra si les reproches formulés par M. Malgaigne sont vrais ou faux, s'ils constituent l'exception ou la règle.

Si nous prenions une à une les propositions énoncées par le savant chirurgien, il nous serait facile de montrer leur rigoureuse exactitude. Que répondre d'ailleurs aux résultats de cette remarquable expérience faite en 1814 dans les abattoires transformés subitement en hôpitaux improvisés ? Qu'opposer à ces chiffres nets et concluants ? Comment expliquer cette concordance entre Tenon et M. Malgaigne qui, à de longues années d'intervalle, après de longues méditations, reconnaissent les mêmes vices, et proposent des remèdes analogues ? Où sont les enquêtes contradictoires sérieuses, qui infirment ces documents, dont l'administration elle-même a reconnu la valeur à une autre époque, et dont elle semble pourtant avoir oublié la signification et les enseignements ? Que nous sert d'avoir des hôpitaux splendides comme des palais s'ils sont plus malsains que le réduit des paysans de nos campagnes ? Quel bénéfice trouve-t-on à agglomérer des centaines de malades, si chacun d'eux contribue à vicier l'air que respire son voisin ? Quel avantage pour les patients d'être opérés et soignés dans la Grande ville par les princes de l'art, s'ils ont plus de chances d'être guéris par d'obscurs praticiens et dans des cabanes de bois et de boue ?

Nous ne demandons certes pas qu'on mette le marteau dans nos hôpitaux actuels et qu'on cesse d'y admettre les malheureux qui souffrent ; mais nous voudrions qu'on y introduisît sur-le-champ toutes les améliorations possibles en attendant mieux. D'ailleurs, le moment n'est pas mal choisi pour indiquer les réformes ; on va construire un Hôtel-Dieu, on agrandit en ce moment l'hôpital Saint-Antoine : pourquoi sur une échelle grande ou petite ne ferait-on pas l'expérience que nous demandons ; pourquoi ne bâtirait-on pas à peu de frais de modestes pavillons bien isolés, bien aérés, renfermant huit ou dix lits, et qu'on consacrerait exclusivement aux malades blessés ou devant subir des opérations ; ou bien pourquoi ne remplirait-on pas ces salles de telle sorte qu'il ne s'y trouvât en même temps que deux ou trois opérés, les autres malades étant choisis parmi ceux qui n'ont point de plaies, et seulement des affections bénignes ? Je propose cette répartition sans y attacher autrement d'importance, et simplement pour faire comprendre ma pensée.

Au bout de trois ans, avec cent lits de chirurgie et une *statistique intégrale bien faite* on aurait déjà, j'en suis certain, des éléments de comparaison. Nous avons la ferme conviction que le zèle des chirurgiens ne ferait pas défaut et aideraient avec ardeur l'administration dans une expér[ience] innocente d'ailleurs, et qui pourrait être féconde pour [l'hu]manité.

AR. VERNEUIL.

---

A propos du rapport de M. Gosselin, l'Académie, dans une [de] ses dernières séances, a soulevé une question plus important[e que] celle des résections articulaires, car elle est d'un intérêt [plus] général, celle de la construction, de la salubrité de nos hôpit[aux] comparés à ceux de l'étranger, et des améliorations dont l'hy[giène] hospitalière est susceptible. J'ai pensé que, à défaut d'autre [mé]rite, celui de l'opportunité ferait accueillir avec quelque intérêt [le] résultat d'observations faites à ce sujet dans les hôpitaux étr[an]gers.

En 1858, désireux d'étudier *de visu* la chirurgie anglaise, [et] surtout la question des résections, dont les observations se mu[lti]pliaient chaque jour, je suis allé passer cinq mois dans les hôp[i]taux de Londres. Certains faits m'y frappèrent vivement. Lorsqu'en 1859 je présentai à la Société de chirurgie un mémoire sur les résections du genou, je dus comparer cette opération à l'amputation de la cuisse ; mais, pour établir un parallèle aussi exact [que] possible, je devais prendre les faits d'amputation dans le mê[me] milieu que celui d'où provenaient les observations de résection[s] articulaires.

La statistique comparée des amputations de *cuisse en France* et en Angleterre, me montra une différence *inattendue et trop* considérable entre la pratique anglaise et française. Prenant non plus la statistique de faits épars dans les journaux scientifiques, mais celle des hôpitaux seulement pendant *un certain nombre d'années*, je suis arrivé aux résultats suivants :

A côté d'un nombre de 485 opérations donnant en Angleterre 327 guérisons sur 162 morts ou 32,9 pour 100 de mortalité, la statistique de M. Malgaigne pour les hôpitaux de Paris donnait les chiffres de 201 amputations pour lesquelles il y eut 75 guérisons et 126 morts ou 62,6 pour 100 de mortalité, presque le double. Le premier, je crois, je cherchai à attirer le plus vivement possible sur ce point qui me parut d'une haute gravité l'attention des chirurgiens français ; l'année suivante, la thèse remarquable de M. Topinard sur les opérations et les pansements en Angleterre étendit la comparaison défavorable pour nous aux autres amputations. Je crus pouvoir rapporter cette différence à deux causes : *aux soins chirurgicaux*, c'est-à-dire au pansement, à l'alimentation, au régime des opérés ; *aux soins hygiéniques*, c'est-à-dire à la construction différente, à l'aménagement meilleur des hôpitaux anglais.

En 1859, la campagne d'Italie me permit de voir en détail les hôpitaux de Gênes et de Milan, auxquels je fus attaché pendant quatre mois, et me permit également de visiter ensuite, mais très rapidement, ceux de la Vénétie et du reste de l'Italie, à l'exception toutefois de ceux de Naples.

Ce que j'avais vu m'engagea à continuer cette étude et à re[tourner] tourner une troisième fois en Angleterre pour recueillir et com[plé]ter les matériaux d'un travail sur les hôpitaux, les écoles [de] dissection et les collections anatomiques ou anatomo-pathologiques en Angleterre, en Écosse, en Irlande, en Hollande et en Belgique.

J'ai pu rassembler un certain nombre de matériaux, mais je [ne] puis même effleurer un sujet très vaste et qui exigerait de longs développements : celui de l'organisation de l'assistance publi[que] et hospitalière à l'étranger, de ses ressources, des devoirs et des charges qui lui sont imposés, du mode de fonctionnement des hôpitaux au point de vue administratif et médical, de l'organisation [des] services de médecine et de chirurgie, de la manière dont se trouve dispensée l'éducation médicale. Sur tous ces points, des différences très grandes existent entre l'Angleterre et la France. Si c'est [à] Leyde que j'ai trouvé l'école de dissection la mieux appropriée

la destination spéciale, c'est en Angleterre que j'ai trouvé les meilleurs hôpitaux, les plus vastes collections scientifiques.

Je n'entrerai dans aucun détail sur les hôpitaux d'Italie : le climat seul suffirait pour expliquer l'importance moindre qu'on doit attacher dans ce pays au chauffage et à la ventilation. Le grand hôpital de Milan dont on parle souvent ne saurait être proposé comme modèle. C'est un vaste édifice élevé en 1456 par les ordres de François Sforza, duc de Milan, agrandi en 1797 et pouvant recevoir 2,000 malades. La façade, admirable œuvre d'art par ses figures et ses bas-reliefs en terre cuite mérite seule d'être citée, car les salles immenses, voûtées et renfermant chacune un nombre considérable de malades, ne me paraissent pas convenir à leur destination. — Le Naviglio, canal boueux, coule sur un des côtés de l'hôpital et devient une cause d'insalubrité.

Je me bornerai donc à donner quelques renseignements seulement sur les hôpitaux de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Irlande.

La différence dans les deux statistiques anglaise et française ayant été le point de départ de mes recherches et aussi celui de la discussion actuelle, il faut d'abord fixer son exactitude et sa valeur.

Pour ce qui regarde les résections, la statistique des hôpitaux ne pouvait me suffire ; je désirais avoir, autant que possible, celle de la pratique civile, et être fixé sur l'état définitif d'opérés guéris depuis longtemps. J'ai écrit à tous les chirurgiens anglais qui avaient publié des faits de résection du genou : tous m'ont répondu avec un empressement dont j'ai été vivement touché, et dont je suis d'autant plus reconnaissant que j'étais plus inconnu. J'ai pu avoir ainsi quelques faits non publiés et des renseignements postérieurs aux publications faites.

Quant aux statistiques d'amputation puisées dans les hôpitaux, elles doivent être considérées sous deux points de vue : leur exactitude, leur valeur. Pour ce qui concerne leur exactitude, il me suffira de dire que toutes les observations de presque tous les hôpitaux anglais, sont prises par des élèves chargés spécialement de cette fonction et rétribués à cet effet ; que ces cahiers, comme cela se faisait, dit-on, dans le service de Dupuytren, sont contrôlés par les chefs de service ; enfin, depuis quelques années, *The Medical Times and Gazette* donne le relevé trimestriel des opérations faites dans les grands hôpitaux d'Angleterre en donnant le nom du chirurgien, celui du malade, son âge, la cause, la nature et le résultat de l'opération ; tout cela très brièvement, mais d'une manière suffisante comme exactitude *numérique*. L'exactitude numérique des statistiques anglaises ne saurait être attaquée, je l'affirme sans hésiter ; ce que je dirai plus tard pourra faire apprécier leur valeur.

Or, comme résultat purement numérique, ces statistiques sont plus favorables que celles de nos hôpitaux. M. le docteur Steele, directeur de l'hôpital de Guy's à Londres, m'a envoyé un exemplaire de celle de cet établissement, relevée depuis 1854 jusqu'en 1860.

M. le docteur Mac-Ghie, directeur de l'infirmerie royale de Glascow, a bien voulu détacher d'un de ses registres et m'envoyer les feuillets concernant les opérations faites depuis 1846. M. Whitfield, directeur de l'hôpital Saint-Thomas, m'a envoyé celle de quelques amputations dans ces trois dernières années. La différence signalée plus haut se continue, comme on va le voir.

Hôpital de Guy's (Londres) : 107 opérés, 74 guéris, 33 morts, 30,8 pour 100 de mortalité ;

Hôpital de Glascow : 152 opérés, 71 guéris, 81 morts, 53,6 pour 100 de mortalité ;

Hôpital de Saint-Thomas : 20 opérés, 15 guéris, 5 morts, 25 pour 100 de mortalité.

On voit la différence entre ces chiffres et celui de 62 pour 100 donné par M. Malgaigne pour la mortalité des hôpitaux de Paris. Peut-être cette statistique est-elle meilleure pour nous dans ces dernières années ; j'aurais désiré m'en assurer ; mais je n'ai pu avoir en France ce que, bien qu'inconnu, j'ai si libéralement obtenu en Angleterre. L'administration à laquelle j'ai appartenu comme interne m'a refusé communication des documents. « Ces » documents, m'a-t-on répondu, n'ont été communiqués, d'ailleurs » fort rarement, qu'à des chefs de service ; la publicité qui leur » serait donnée aujourd'hui aurait peut-être des inconvénients et » pourrait éveiller des susceptibilités. » (Lettre du 23 février 1860.)

Quoi qu'il en soit, c'est aussi au point de vue de leur valeur qu'il faut examiner les statistiques, et il est évident qu'il y a inconvénient à mélanger les amputations pour causes traumatiques et celles pour causes pathologiques, car, dans un même hôpital, à Guy's, par exemple, les premières ont donné 70,3 pour 100 de mortalité, à peu près le même chiffre qu'à Paris, et les secondes 17,5 pour 100, nombre hors de toute proportion avec celui de 60 pour 100 indiqué pour Paris. On semble donc en droit d'invoquer ici une différence de pratique dans le cas d'amputations pour causes pathologiques ; mais la même différence se constate encore si l'on consulte la statistique de la mortalité comparée de quelques établissements en Angleterre avec celle des hôpitaux de Paris.

La mortalité générale a été à Guy's, pendant une période de six années, de 1 sur 10,8 malades ; à Glascow de 1 sur 13,3 ; à Paris de 1 sur 9, chiffre descendant pour Lariboisière à 1 sur 5,81. La différence entre Paris et Londres pour la mortalité générale est moindre que pour celle résultant des opérations.

Mais celle-ci est considérable, il suffit de jeter les yeux sur les tableaux suivants.

| | GLASCOW R. INFIRMARY. — 1846-1860. | | GUYS'HOSPITAL. — 1854-1860. | | PARIS. — 1836-1841. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Guéris. | Morts. | Guéris. | Morts. | Guéris. | Morts. |
| Epaule traumatique . . . . | 20 | 13 | » | 3 | » | 7 |
| Epaule pathologique. . . . | » | 5 | » | » | 3 | 3 |
| Bras traumatique.. . . . . | 33 | 13 | 14 | 8 | 13 | 17 |
| Bras pathologique. . . . . | 19 | 14 | 3 | » | 37 | 24 |
| Avant-bras traumatique . . | 38 | 9 | 12 | 1 | 8 | 3 |
| Avant-bras pathologique. . | 19 | 1 | 11 | 1 | 12 | 5 |
| Hanche traumatique. . . . | » | 2 | » | » | 1 | » |
| Hanche pathologique. . . . | 1 | 2 | » | » | » | » |
| Cuisse traumatique . . . . | 13 | 21 | 8 | 19 | 13 | 34 |
| Cuisse pathologique. . . . | 58 | 60 | 66 | 14 | 61 | 92 |
| Genou traumatique . . . . | » | 2 | » | » | » | 2 |
| Genou pathologique. . . . | » | 1 | » | » | » | 1 |
| Jambe traumatique . . . . | 25 | 25 | » | 13 | 29 | 50 |
| Jambe pathologique. . . . | 46 | 24 | 23 | 7 | 58 | 55 |
| Cou-de-pied traumatique. . | 7 | 2 | » | » | » | » |
| Cou-de-pied pathologique.. | 26 | 5 | 2 | » | » | » |

Si à l'aide de ces chiffres on cherche à comparer quelle est pour 100 opérés la proportion de la mortalité, on arrive aux résultats suivants :

*Mortalité pour 100 amputés.*

| | GLASCOW INFIRMARY. — 1846-1860. | GUY. — 1854-1860. | PARIS. — 1836-1841. |
|---|---|---|---|
| Epaule traumatique. . . . . . . . | 39,3 | 100,0 | 100,0 |
| Epaule pathologique. . . . . . . . | 100,0 | » | 50,0 |
| Bras traumatique. . . . . . . . . | 28,2 | 36,3 | 56,6 |
| Bras pathologique. . . . . . . . . | 42,4 | » | 39,3 |
| Avant-bras traumatique. . . . . . | 19,1 | 7,6 | 27,2 |
| Avant-bras pathologique. . . . . . | 5,0 | 8,3 | 29,4 |
| Hanche traumatique. . . . . . . . | 100,0 | » | 100,0 |
| Hanche pathologique . . . . . . . | 66,6 | » | » |
| Cuisse traumatique. . . . . . . . | 61,7 | 70,3 | 72,3 |
| Cuisse pathologique. . . . . . . . | 50,8 | 17,5 | 60,1 |
| Genou traumatique. . . . . . . . | 100,0 | » | 100,0 |
| Genou pathologique. . . . . . . . | 100,0 | » | 100,0 |
| Jambe traumatique. . . . . . . . | 52,8 | 54,1 | 63,2 |
| Jambe pathologique. . . . . . . . | 34,2 | » | 48,6 |
| Cou-de-pied traumatique. . . . . | 16,6 | » | » |
| Cou-de-pied pathologique. . . . . | 19,3 | » | » |

Je montrerai tout à l'heure qu'outre les conditions hygiéniques des hôpitaux il faut tenir compte d'une différence dans les conditions sociales et hygiéniques antérieures des malades reçus dans les hôpitaux de Londres et de Paris.

Une différence profonde dans le caractère des deux nations distingue singulièrement l'Angleterre de la France. L'esprit d'as-

sociation, l'initiative individuelle, le désir de s'affranchir aussi complétement que possible de la tutelle de l'État, de l'ingérence du gouvernement, dans tout ce qui n'est pas absolument de son ressort, ces qualités pour les uns, ces défauts pour quelques autres se retrouvent surtout dans l'organisation hospitalière et médicale de l'Angleterre.

La charité privée, j'insiste sur ce point, soutient seule les dépenses énormes des hôpitaux anglais, l'État, la commune n'y interviennent pour rien. La taxe des pauvres n'est pas destinée aux hôpitaux.

La taxe des pauvres (poor-rate) est une taxe votée chaque année par chacune des paroisses du royaume, pour le soutien des pauvres et des malheureux de ces paroisses, et quoique l'ensemble de cette taxe annuelle monte à plus de 100 millions de francs, pas un seul *penny* ne va aux hôpitaux. Elle sert à donner la nourriture, des vêtements et un abri aux pauvres sans travail ou incapables de travailler par l'âge et les infirmités, à élever les enfants malheureux ou orphelins. Ces établissements où les pauvres résident quand ils ne peuvent travailler (poor house), ceux où ils demeurent quand ils peuvent se livrer au travail (work house), ont une infirmerie ou sont placés les malades, mais ces infirmeries n'ont rien de commun avec les hôpitaux. Les asiles du pauvre reçoivent tous les malheureux sans abri et sans ressources; les hôpitaux reçoivent ceux qui par maladie ou accident sont temporairement incapables de se livrer à leurs travaux. Ils sont entièrement soutenus par des contributions volontaires, c'est-à-dire des souscriptions annuelles, des dons, des legs d'argent, de terre, etc. Le revenu de deux ou trois seulement provient en partie de propriétés qui leur ont été données à l'époque de la suppression des monastères au temps de la réforme, mais ils sont en partie aussi soutenus par des contributions volontaires, et tous les autres le sont entièrement. Aucun ne reçoit la plus petite part du produit de la taxe des pauvres.

Avec cette ressource de la charité privée, ressource si grande en Angleterre, qui serait, je le crains, si faible en France, de grands établissements hospitaliers ont été construits.

Mais à côté de l'éloge doit se placer le blâme, car je n'ai pas à faire le panégyrique de l'Angleterre.

Les hôpitaux anglais sont élevés à l'aide de souscriptions, et, par une déduction logique, mais peu charitable, du principe, ces hôpitaux n'appartiennent qu'aux souscripteurs. L'admission n'a lieu en général qu'à de certains jours de la semaine, et, pour être reçu, le malade a besoin de la recommandation d'un des souscripteurs, qui devient, suivant le chiffre de sa cotisation, gouverneur annuel ou à vie. Cette mesure, qui réglemente la charité à la façon de quelques-unes de nos sociétés dites de bienfaisance, semble toute naturelle en Angleterre; on ne saurait trop s'élever contre elle. La règle n'est pas absolue, j'ai pu souvent m'en assurer; elle n'est pas non plus générale à tous les hôpitaux, et cède partout devant l'urgence des secours; mais il n'en résulte pas moins que le malheureux sans ressources, sans appui, est trop souvent, en Angleterre, dans la même situation, que celle où se trouvent à Paris les malades pauvres et étrangers au département de la Seine : les portes de l'hôpital sont administrativement fermées devant eux.

Où peut alors se faire admettre en Angleterre le malheureux sans abri et sans protecteur? Au Poor-House, et, s'il est malade, il entre à l'infirmerie, mais non à l'hôpital ; directement du moins, CAR LES POOR-HOUSES *comptant presque partout au nombre des souscripteurs des hôpitaux y envoient leurs malades.* Où peut se faire admettre à Paris le malade pauvre, mais étranger au département? Nulle part.

On voit donc qu'il doit y avoir et qu'il y a une différence dans la condition sociale, et, par suite, dans la condition de santé antérieure des malades reçus dans les hôpitaux de Londres et de Paris. En Angleterre, c'est le système de l'association, de l'assurance mutuelle ; à Paris, l'assistance publique, qui puise une partie de ses ressources dans des impôts pesant sur la généralité, et doit ses secours à tous les malades. A Londres, il est parfois difficile d'entrer à l'hôpital ; mais le séjour en est toujours gratuit. A Paris, l'administration a cru devoir faire payer ceux de ses protégés qui ne sont pas absolument sans ressources.

Elle renoncera bientôt, nous l'espérons, à cette mesure ... lui a rapporté en 1860, pour ses hôpitaux généraux, les seul... lesquels elle soit critiquable, que 45,301 fr. 80 c., sur un b... dépenses de 21,297,341 fr. 38 c. Nous avons l'égalité de... misère, nous devrions avoir l'égalité devant la maladie.

Quoi qu'il en soit, il y a, il faut le reconnaître, une diff... dans la population des hôpitaux anglais et français. Cette diff... influe-t-elle sur la mortalité générale, sur le résultat des ... tions? Cela doit être, mais il faut se garder de l'exagérer et ... faire une fin de non-recevoir. La mortalité générale dans les ... taux de Paris et ceux de l'Angleterre est à peu près la même ... différence paraît et devient énorme lorsqu'il s'agit d'opérati... surtout d'opérations pour causes pathologiques. Il ne faut p... nier, car elle existe ; il faut chercher pourquoi des opérations ... réunissent à Londres échouent à Paris, pour modifier notre p... tique si elle est mauvaise, pour modifier nos hôpitaux si leur c... truction et leur aménagement sont la cause de ces différences.

Parmi les hôpitaux d'Angleterre, ceux de King's college, Saint-Thomas, de Guy's à Londres, et l'Infirmerie royale ... Glascow, méritent une mention spéciale.

L'hôpital de King's college à Londres se compose d'ancie... bâtiments et de nouveaux pavillons, desquels seuls je m'occup...

L'établissement, situé au centre de Londres, est formé ... grand bâtiment parallèle à Portugal street, et en arrière duquel ... trouvent en retour trois ailes moins étendues, renfermant trois étages de salles. Celles-ci sont disposées de la manière suivante.

Une grande salle règne dans chaque moitié de l'étendue du bâtiment principal ; sa longueur est de 25 mètres, sa hauteur de 4 mètres 1/2. Cette salle est divisée par une cloison longitudinale percée de deux fausses portes et d'ouvertures en forme de fenêtres en deux parties communiquant ensemble. L'une, régnant sur toute la longueur du bâtiment et sur une largeur de 7 mètres, renferme treize lits ; l'autre est subdivisée en deux salles de six lits et un office dans lequel se trouvent une baignoire de marbre, des cuvettes et tout ce qui est nécessaire pour les soins journaliers de la toilette.

Cette grande salle ainsi subdivisée est éclairée par dix-huit fenêtres, neuf de chaque côté, ayant 1m,27 d'ouverture, et séparées l'une de l'autre par un intervalle de 1m,50. Un lit correspon... à chacune de ces séparations. Trois cheminées pour la grande, une pour chacune des petites, donnent un total de six cheminées pour la salle entière. Ajoutons que les corridors et les escaliers sont chauffés également par de vastes cheminées ouvertes, alimentées au charbon de terre.

Les nouvelles salles Philips, Mary et Stephen, de l'hôpital de Guy, présentent la même disposition. Elles sont ventilées natur... lement et chauffées par quatre cheminées ouvertes. Il en est à peu près de même pour les nouveaux bâtiments de l'hôpital Saint-Thomas.

De tous les hôpitaux que j'ai visités, celui de Glascow, ou du moins le nouvel hôpital chirurgical que renferme cet établissement, m'a paru le meilleur sous le rapport de l'hygiène hospitalière ... de la simplicité avec laquelle on y obtient une ventilation et ... chauffage parfaits. Je demande la permission d'entrer sur ce p... dans quelques détails et de communiquer à l'Académie quelques-uns des renseignements que m'a fournis la bienveillance de M. ... docteur M. Ghie, directeur de l'hôpital, sous la surveillance du... s'est élevé cet établissement, que j'ai visité avec un grand int... le mois d'août dernier, en compagnie de M. de Valcourt, élève ... nos hôpitaux.

L'Infirmerie royale de Glascow, fondée en 1792, est située ... les confins de la cité, dans le quartier populeux et pauvre. Pl... sur une élévation, près du palais archiépiscopal et contre la cat... drale, elle est éloignée des habitations par un espace considérable. Lors de sa fondation, elle ne renfermait que 150 lits p... une population de 70,000 habitants. En 1815, une aile nouv... fut ajoutée à l'arrière du bâtiment primitif, perpendiculairem... son centre ; de nouveaux bâtiments séparés des précédents fur... encore ajoutés en 1828 et 1832. Enfin, en 1853, alors q... chiffre de la population était monté, en cinquante ans, de 77...

à 358,926, on décida la création d'un nouveau bâtiment; commencé en 1859, il fut achevé et inauguré cette année même, le 24 mai. C'est de lui seul que je demande la permission de parler.

La façade est en ligne droite; mais, en arrière, un prolongement de forme quadrilatère renferme les salles destinées aux internes et aux surveillantes. L'escalier est placé au centre de l'édifice; les salles, au nombre de huit, deux pour chaque étage, s'ouvrent à gauche et à droite. Elles occupent toute la largeur du bâtiment; chacune est éclairée par quatorze fenêtres, sept de chaque côté; ces fenêtres montent presque au niveau du plafond; leur base est placée à 1m,20 au-dessus du sol de la chambre. L'espace occupé par elles occupe un tiers de la longueur des murs de façade; un lit correspond à chaque fenêtre.

La longueur de la salle est de 18m,24, sa largeur de 8m,56, sa hauteur de 4m,25. Sa capacité est, par conséquent, 663 mètres 571 centimètres cubes, et, comme elle renferme 19 lits, dont 3 d'enfants, il en résulte que chaque malade a pour partage 35 mètres cubes d'air atmosphérique (34m,924). Mais cette quantité, déjà suffisante, grâce à la ventilation, est considérablement augmentée, comme on va le voir.

A l'extrémité de la salle opposée à la porte d'entrée s'ouvre un corridor dont la longueur égale les deux tiers de celle de la salle principale. A gauche de ce corridor se trouvent deux chambres destinées chacune à un malade grave ou à un opéré. Chacune d'elles a sa cheminée particulière. La troisième porte donne accès dans une salle très grande éclairée par deux larges fenêtres, chauffée par une grande cheminée. Cette salle sert dans la journée de bibliothèque, d'ouvroir; c'est le salon de conversation des malades de la grande salle, et tous ceux qui ne sont pas retenus au lit doivent s'y tenir pendant le jour; c'est là également, et sur la table qui en occupe le centre, que les repas sont servis à l'heure réglementaire.

A droite du corridor s'ouvrent successivement: 1° la chambre de la surveillante; 2° l'office ou lavoir; 3° une salle de bain, renfermant de plus cuvettes, serviettes et tout ce qui est nécessaire pour les soins de la toilette; des lieux à l'anglaise, tenus dans un remarquable état de propreté, s'ouvrent, non sur le corridor, mais dans la salle de bain. Enfin, au fond du couloir, on trouve la cage de l'escalier mobile, dont la plate-forme s'élève et s'abaisse pour faciliter le transport à tous les étages des malades invalides, des aliments, du charbon, etc.

Ces annexes de la salle principale ont une utilité sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Augmentent-elles notablement les frais de construction? C'est un point dont je parlerai tout à l'heure.

La moitié de l'étage supérieur est occupée par l'amphithéâtre des cours et opérations, de même que par la salle où se réunissent les médecins. Telle est la disposition de la moitié droite de l'hôpital chirurgical; la moitié gauche, limitée par la rue qui longe d'un côté l'établissement, ne possède pas de salle de réunion ni de chambre séparée; celle dont nous avons parlé est destinée aux malades des deux salles d'un même étage.

Le chauffage est effectué par des foyers ouverts, alimentés au charbon de terre et placés au centre de la salle, à chaque extrémité d'une cheminée quadrangulaire. Ses dimensions lui permettent de contenir dans son épaisseur tous les tuyaux des foyers des autres étages, et un espace de 1 mètre sur 1m,20, réservé au centre, est séparé en tubes d'aspiration destinés à enlever des salles l'air vicié par la respiration.

Sur deux des côtés du corps de cette cheminée centrale, et près du plafond de la salle, existe une ouverture qui conduit cet air dans le tuyau à fumée; sur les deux autres côtés, et au même niveau, deux autres ouvertures l'amènent dans les tubes d'aspiration. Si l'on ajoute à ces quatre ouvertures celles des deux cheminées, on aura six orifices pour l'écoulement de l'air vicié de la grande salle, écoulement qui se fait naturellement, la chaleur des foyers suffisant pour échauffer les tubes aspirateurs et déterminer le tirage.

L'air frais entre dans la salle par trente-cinq ouvertures, sans compter les portes. Six orifices (trois de chaque côté), placés dans le plafond, communiquent par un canal placé entre deux planchers contigus avec un orifice s'ouvrant dans la façade.

Les murs, par une disposition analogue à celle qu'emploie le génie militaire dans la construction des magasins à poudre, sont, en quelque façon, dédoublés et interceptent dans leur épaisseur une sorte de canal. Ce canal intra-pariétal, facile à comprendre sur la coupe du bâtiment, s'ouvre au niveau de la partie supérieure et de la partie inférieure des quatorze fenêtres. L'air pénètre ainsi entre les murs et arrive dans la salle par vingt-huit ouvertures placées dans l'angle que forment les murs latéraux avec le plafond et le plancher. Il suffit de lever de 2 pouces la moitié supérieure, de baisser de la même quantité la moitié inférieure de chaque fenêtre pour intercepter l'entrée de l'air par cette voie indirecte. Enfin, au-dessus de la porte, se trouve une large ouverture à claire-voie qu'on ouvre et ferme à volonté. Ces moyens permettent une ventilation graduée de la salle, parfaite, alors même que les fenêtres restent fermées, car l'on a pu ventiler les angles supérieurs et inférieurs là où l'air a de la tendance à séjourner. Le chauffage et la ventilation de chaque salle sont parfaitement indépendants. Les petites salles, la bibliothèque, la chambre de la surveillante, ont chacune leur cheminée et leur fenêtre. L'office, la salle de bain, le water-closet, ont une ventilation séparée.

Les murs des salles sont recouverts d'une couche de ciment analogue au stuc.

L'étage inférieur, placé en sous-sol par rapport au niveau de la rue, comme dans toutes les maisons anglaises, mais éclairé directement, et isolé de toute part par un large fossé qui en fait presque un rez-de-chaussée, renferme la cuisine, le dortoir des infirmiers, la soute aux provisions, etc.

Mais si cet hôpital renferme peu de lits et beaucoup d'espace pour chaque malade, ne doit-il pas coûter un prix excessif, qui rende l'exemple impossible à suivre à nos administrations?

LÉON LE FORT.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

II

## REVUE CLINIQUE.

SUR UN CAS DE SYMPHYSE CARDIAQUE AVEC DILATATION DES ORIFICES GAUCHES, ET INSUFFISANCE CONSÉCUTIVE DE LEURS VALVULES, par le docteur JACCOUD.

Malgré la rareté relative de l'adhérence totale du péricarde, malgré l'intérêt qui se rattache à l'étude de cet état anomal du cœur, surtout lorsque ces conditions anatomiques ont été reconnues pendant la vie, je n'aurais point songé à faire connaître un nouvel exemple de cette lésion, si le fait actuel n'avait présenté certaines particularités exceptionnelles, qui lui donnent une valeur considérable au double point de vue de la pathologie et de la physiologie (1).

Le 12 septembre dernier un jeune homme de vingt-deux ans entrait à l'hôpital Beaujon, salle Beaujon, n° 61, pour de violents battements de cœur, et une tuméfaction considérable des membres inférieurs et du ventre. Ce garçon, d'une constitution primitivement robuste, exerçait la profession d'ébéniste; mais, depuis trois mois, il avait dû renoncer à toute espèce de travail; il nous arrivait épuisé déjà par de longues souffrances, et il nous présentait un type si parfait du *facies cardiaque*, qu'un coup d'œil suffisait vraiment pour reconnaître la nature de l'affection dont il était atteint. A voir ce malheureux, assis plutôt que couché dans son lit, en proie à une dyspnée apyrétique des plus intenses; à voir la bouffissure et la teinte jaunâtre de la face, le gonflement des paupières et la dilatation des veines du col, on ne pouvait pas hésiter sur un diagnostic que venait bientôt confirmer l'examen ultérieur. Les membres inférieurs, jusqu'à leur racine, étaient le siége d'un œdème considérable; le scrotum et le prépuce étaient infiltrés; le gonflement du ventre tenait à un épanchement ascitique qui remontait jusqu'au niveau de l'ombilic;

(1) J'ai observé ce fait à l'hôpital Beaujon. M. le docteur Béhier, dont j'étais alors l'interne, avait bien voulu me confier le service pendant son absence.

le foie, dont la limite supérieure n'était pas modifiée, dépassait de trois travers de doigt le bord inférieur des côtes; des râles sous-crépitants à la base des deux poumons, en avant et en arrière, et une expectoration sanguinolente, démontraient l'existence d'une légère congestion de l'appareil broncho-pulmonaire; l'urine était rare, haute en couleur, non albumineuse. Si j'ajoute que ce malade avait eu, en 1859, une scarlatine grave qui l'avait retenu cinq semaines à l'hôpital, et, au printemps de 1860, un rhumatisme articulaire aigu, qui avait nécessité le séjour au lit pendant vingt-cinq jours environ, on conviendra sans doute avec moi, que le diagnostic, affection du cœur, était d'une complète évidence, et qu'il pouvait être formulé avec une certitude presque absolue, avant toute exploration de la région précordiale et du pouls.

Or, voici ce que révélait l'examen direct :

Il n'existe pas de voussure; les mouvements du cœur sont parfaitement appréciables à la vue, à travers les parois thoraciques, bien que l'amaigrissement ne soit pas considérable. Au niveau de la pointe, frémissement intense qui n'est plus perceptible à la base; la palpation permet de reconnaître que les battements sont tout à fait superficiels, et qu'ils occupent une grande étendue, mais ils ne présentent pas l'énergie que ces conditions feraient supposer tout d'abord. Ils sont réguliers; leur fréquence oscille entre 80 et 84. Le choc de la pointe contre la paroi de la poitrine coïncide exactement avec le pouls carotidien. — L'étendue de la matité précordiale est notablement augmentée; la limite supérieure correspond à la troisième côte gauche, l'inférieure à la septième. La pointe du cœur bat en effet dans le sixième espace intercostal; elle est même plus rapprochée de la septième côte que de la sixième. Dans le sens transversal, les résultats de la percussion ne sont pas moins nets : la matité commence au niveau de la ligne médiane, et se prolonge jusqu'à cinq travers de doigt en dehors du bord gauche du sternum. Du reste, la matité normale est beaucoup plus modifiée dans ses limites, qu'elle ne l'est dans sa nature. Je constate, en effet, une submatité bien plutôt qu'une matité absolue, et la résistance au doigt n'est pas beaucoup accrue.

A l'auscultation, les battements du cœur sont éclatants; ils ont lieu immédiatement sous l'oreille, mais l'impulsion n'est point en rapport avec l'augmentation de volume considérable qu'a révélée la percussion. En fait, cette impulsion n'est guère plus forte que celle d'un cœur normal. Je trouve dans la région précordiale deux bruits de souffle parfaitement distincts; il n'y a pas d'erreur possible au sujet de la dualité de ces souffles; il n'y a pas même lieu de se demander si cette dualité n'est qu'apparente, et si elle ne tiendrait pas tout simplement à un phénomène de propagation, car les deux bruits anomaux diffèrent, non-seulement par leur timbre et par leur tonalité, mais ils diffèrent aussi par le temps qu'ils occupent dans la révolution cardiaque; l'un de ces souffles présente son maximum d'intensité dans le sixième espace intercostal, au niveau même de la pointe du cœur; c'est lorsqu'on couvre cette partie de l'organe avec le pavillon du stéthoscope que l'on apprécie avec le plus de netteté les caractères de ce bruit; le timbre en est rude, presque râpeux; le ton en est très élevé; ce souffle masque complétement le premier bruit normal, qu'il égale en durée; c'est au moment précis où a lieu le choc du cœur contre la paroi thoracique que le souffle présente son intensité la plus grande. Au niveau de la base de l'organe, le premier bruit normal est altéré par la propagation du souffle de la pointe; le second bruit est remplacé par un souffle doux, prolongé, dont le ton est moins aigu que celui du précédent; ce murmure est perçu, soit dans le troisième espace intercostal gauche, le long du sternum, soit dans le point correspondant du côté droit, où il est même plus net et plus fort. — Il n'existe pas de souffle dans les gros vaisseaux du cou. Les carotides primitives et les sous-clavières, dans leur portion cervicale, présentent un *thrill* manifeste. Il n'y a pas de pulsations dans les jugulaires. — Le pouls est médiocrement plein; par sa force, il est en rapport avec l'impulsion du cœur, mais non avec le volume de l'organe; il est inégal en ce sens qu'il a dans certaines pulsations le caractère bondissant, tandis que dans les battements suivants, la petitesse est le phénomène principal. Il n'existe pas d'intermittences; l'élévation du membre supérieur ne modifie pas les pulsations radiales, dont la fréquence est la même que celle des battements cardiaques.

Prenant en considération, d'une part, les signes physiques fournis par l'examen du cœur, d'autre part, les troubles déjà très prononcés de la circulation générale, je formule le diagnostic suivant : *dilatation du cœur sans hypertrophie notable; — insuffisance de la valvule mitrale avec rétrécissement probable de l'orifice; — insuffisance aortique.* J'attribuais à la lésion mitrale l'absence de deux des signes caractéristiques de l'insuffisance aortique, je veux dire le souffle, dans les vaisseaux du cou et l'ampleur du pouls.

Le lendemain, j'appelai l'attention des élèves du service sur un phénomène qui m'avait déjà frappé la veille; mais j'avais évité de me prononcer sur la valeur de ce signe, parce que je v[oulais] avant tout être assuré de sa persistance : mon malade pré[sentait] une ondulation épigastrique des plus marquées, et chac[un des] chocs du cœur contre la paroi thoracique antérieure était ac[com]pagné d'une dépression notable, qui apparaissait immédiate[ment] au-dessous des fausses côtes gauches. Ces symptômes étaient [tels] qu'ils me remirent tout de suite en mémoire les assertions de H[eim] et de Sander (1) : aussi, lorsque des explorations répétées, le 13 [sep]tembre au soir, et le 14 au matin, m'eurent convaincu de la [con]stance de ces phénomènes, je n'hésitai pas à compléter [le] diagnostic en annonçant une *adhérence générale du péricar[de au] cœur.*

Il serait fort inutile de consigner ici les détails quotidiens de [cette] observation d'affection cardiaque, qui n'a présenté d'autre ano[malie] que la rapidité de sa marche; la thérapeutique est restée ab[solu]ment impuissante, même pour atténuer momentanément *les a[cci]dents*; je dirai seulement que le malade a vécu jusqu'au 5 octob[re], et que pendant vingt-deux jours je n'ai pas manqué une *seule [fois]* d'examiner l'état de son cœur, et de m'assurer de la persista[nce] des signes physiques que j'ai décrits plus haut; je les ai cons[tam]ment retrouvés avec les mêmes caractères, du moins pend[ant] vingt jours. Ce jeune homme a succombé à cet état d'asphy[xie] lente qui est un des modes de terminaison des *affections cardia*ques, et pendant les deux derniers jours de sa vie, la puissance con tractile du cœur était tellement annihilée que l'auscultation [ne] faisait plus entendre qu'un bruit sourd, tumultueux et confus.

L'autopsie, pratiquée vingt-cinq heures après la mort, est venue confirmer la plus grande partie de mon diagnostic; *mais je ne* m'attendais point, je l'avoue, à la déception qu'elle me réservait quant à la nature des lésions valvulaires.

La cavité du péricarde a entièrement disparu, par *suite de l'adhérence* totale des deux feuillets séreux; cette adhérence *n'est point immédiate*; la néo-membrane, qui a subi la transformation *celluleuse*, a une épaisseur peu considérable : aussi l'union est-elle facilement rompue à l'aide de tractions légères; néanmoins, je le répète, cette union est générale et totale, le péricarde n'adhère point à la *paroi thoracique* antérieure; il n'est pas non plus soudé à la plèvre.

Le volume du cœur est considérable, et parfaitement en rapport avec les résultats que donnait la percussion pendant la vie; mais la dilatation des cavités a marché sans hypertrophie proportionnelle, et elle a porté principalement sur la moitié gauche. La capacité du ventricule gauche, en particulier, est notablement accrue; elle dépasse d'une bonne moitié les dimensions normales; l'oreillette correspondante est également distendue. l'aorte est dilatée dans toute l'étendue de son trajet intra-péricardique. Ces modifications remarquables, dont le mécanisme est si facile à saisir, sont moins prononcées dans l'oreillette et dans le ventricule droits; cependant les parois du cœur droit sont évidemment amincies.

Jusque-là rien de mieux, et j'avais tout lieu d'être satisfait de l'exactitude de mon diagnostic. Je soumets alors les sigmoïdes de l'aorte à l'épreuve par l'eau, et je constate que le liquide coule abondamment dans le ventricule; renversant le cœur de façon qu'il présente sa pointe en haut, je verse de l'eau par l'ouverture que j'ai pratiquée au sommet du ventricule gauche, et l'insuffisance de la mitrale est aussitôt démontrée par l'écoulement du liquide à travers les orifices béants des veines pulmonaires. Désireux enfin de connaître les lésions qui ont déterminé cette double insuffisance, j'ouvre largement le ventricule et l'oreillette gauches, ainsi que l'aorte ascendante, et, à ma grande surprise, je trouve l'endocarde parfaitement sain; il n'a pas même perdu l'état lisse et poli qui lui est naturel; les replis valvulaires examinés sur leurs deux faces, les cercles fibreux auxquels ils sont attachés, la surface interne de l'aorte, ne présentent pas la moindre altération; les orifices sont parfaitement libres, et ils ont subi une dilatation proportionnelle à celle des cavités. Cette dilatation, qui reconnaît évidemment pour cause une traction toute mécanique, a porté principalement sur l'orifice mitral, dont la circonférence ne mesure pas moins de 122 millimètres.

Je m'étais donc trompé en rapportant à une endo-péricardite antérieure l'affection que j'avais observée, je m'étais trompé en admettant l'existence d'une lésion organique des valvules, je m'étais trompé enfin en concluant (d'après la rudesse et l'intensité [du] premier bruit de souffle, et d'après les troubles précoces de [la]

(1) Heim, cité par Kreysig dans un ouvrage dont je donne plus bas l'indica[tion] bibliographique. — Sander, *Hufeland's Journal der praktischen Heilkunde*, 18[..]

circulation générale) que l'insuffisance mitrale était compliquée de rétrécissement; une péricardite était, en réalité, la cause unique de tous les accidents, et cette phlegmasie remontait, sans doute, au printemps de 1860, époque à laquelle le malade, on s'en souvient, avait été atteint de rhumatisme articulaire aigu; peut-être même la scarlatine de 1859 n'était-elle pas complétement étrangère à cette inflammation du péricarde. Il importe d'ajouter que les valvules du cœur droit auraient également pu servir de modèles pour la démonstration de l'état normal.

Les orifices étaient aussi dilatés, mais cet agrandissement n'était point comparable à celui des orifices gauches (1): aussi les valvules étaient-elles encore suffisantes. L'artère pulmonaire était parfaitement saine.

Tel est ce fait, qui présente, selon moi, une importance considérable à plusieurs points de vue, et qui mérite, je crois, la plus sérieuse attention.

Et d'abord, cette observation est unique dans la science; la dilatation du cœur sans hypertrophie proportionnelle a été signalée comme une des suites possibles de l'adhérence du péricarde; l'insuffisance aortique pure, par augmentation du calibre de l'artère, est connue depuis longtemps, mais le défaut d'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche par dilatation simple de l'ouverture mitrale et du ventricule gauche, dilatation qui a eu pour conséquence immédiate l'*insuffisance* de la valvule bicuspide, voilà ce qui n'a point encore été noté. En fait, je n'ai trouvé dans aucune observation cet ensemble pathologique dont les divers éléments ont présenté chez mon malade une corrélation si nette, si facilement saisissable : péricardite laissant après elle une symphyse cardiaque générale; — dilatation de l'origine de l'aorte par rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation, d'où insuffisance des sigmoïdes; — dilatation du ventricule gauche et de l'orifice mitral reconnaissant une double origine, l'adhérence du péricarde et le défaut d'occlusion de l'orifice aortique; cette dilatation sans hypertrophie avait amené l'insuffisance de la valvule bicuspide. C'est ainsi que ce jeune homme, avec un endocarde parfaitement sain, avec des valvules, des orifices et des vaisseaux parfaitement intacts, se trouvait exposé à tous les accidents, à tous les dangers des affections organiques du cœur les plus graves; l'événement ne l'a que trop prouvé.

J'ai insisté à plusieurs reprises sur ce fait que les parois du cœur n'étaient point épaissies; c'est qu'en effet cette absence d'hypertrophie me paraît avoir joué un rôle considérable, sinon dans la production des phénomènes morbides, au moins dans la rapidité de leur marche; nul doute qu'avec une hypertrophie pariétale marchant parallèlement à la dilatation cavitaire, l'insuffisance des valvules eût pu être longtemps prévenue. Ce fait vient donc prouver une fois de plus que l'hypertrophie du cœur n'est point un résultat constant de l'adhérence du péricarde : déjà Barlow (2), Chevers (3), Walshe (4) et Gairdner (5) avaient insisté sur ce point; plus récemment, W. Stokes (6) a justifié par de nouvelles observations une assertion qu'il avait déjà émise dans ses travaux antérieurs, à savoir que l'adhérence du péricarde peut avoir pour l'état du cœur les résultats les plus opposés; et Kennedy (7) parle de cinq cas dans lesquels on a noté l'atrophie de l'organe.

On admet généralement aujourd'hui que la symphyse cardiaque n'entraîne par elle-même aucun accident, et que les symptômes graves signalés par Lancisi (1), Sénac (2), Corvisart (3), Kreysig (4) doivent être rapportés aux altérations valvulaires concomitantes. Cette conclusion est parfaitement juste, et j'ai fait connaître, il y a trois ans, l'histoire d'un malade chez lequel, en raison de l'intégrité parfaite des orifices et des valvules, une adhérence générale du péricarde n'avait déterminé aucun accident appréciable (5); mais il ne faudrait cependant pas aller trop loin dans cette voie, et, pour ma part, je ne crois pas qu'on doive attribuer à l'adhérence du péricarde une innocuité absolue, du moment que cette lésion, en modifiant les dimensions des orifices du cœur, peut amener, à elle seule, des troubles graves dans la circulation intra-cardiaque.

Mais quelque intérêt que présente cette observation en elle-même, puisqu'elle nous montre un cas type d'*insuffisance mitrale pure*, elle acquiert plus d'importance encore lorsqu'on songe aux conséquences qu'il est permis d'en déduire.

Malgré l'absence de toute production anomale sur les valvules ou leurs anneaux, malgré l'absence de tout rétrécissement même relatif (les orifices étaient dilatés, j'ai eu soin de le noter), malgré la conservation de l'état lisse et poli de la surface interne du cœur et des gros vaisseaux, le défaut d'occlusion de l'orifice mitral et de l'aortique avait déterminé deux bruits de souffle; bien plus, le premier de ces souffles, celui qu'on percevait à la pointe de l'organe, et qui se rattachait à l'insuffisance de la valvule bicuspide, était rude, presque râpeux.

Il n'est donc pas exact de dire que l'insuffisance mitrale *pure* ne donne lieu à aucun bruit de souffle. Dans le cas particulier, ce souffle ne pouvait avoir d'autre cause que le reflux anomal du sang au moment de la contraction du ventricule, c'est-à-dire que la collision des molécules sanguines rétrogrades avec celles de l'ondée progressive de l'oreillette suffisait pour déterminer un bruit de souffle, qui avait toute l'intensité, toute la rudesse des *souffles organiques* les mieux caractérisés. La connaissance de ce fait pourra, si je ne me trompe, rendre compte d'un grand nombre de ces cas, inexplicables en apparence, dans lesquels on ne trouve à l'autopsie aucune altération appréciable ni de l'endocarde, ni des valvules, ni des gros vaisseaux, bien qu'on ait constaté nettement, pendant la vie, l'existence de souffles rudes et permanents.

Un mot encore, et je finis.

Une insuffisance mitrale pure, dégagée de tout rétrécissement, ne peut modifier la circulation intra-cardiaque qu'au moment de la contraction du ventricule; par conséquent, le bruit de souffle produit par cette insuffisance doit correspondre exactement à la systole ventriculaire; mais chez mon malade, ce bruit de souffle masquait complétement le premier bruit normal du cœur, et il coïncidait de la façon la plus nette avec le choc de la pointe contre la paroi thoracique; *donc le premier bruit normal du cœur est produit au moment de la systole, et la contraction des ventricules est parfaitement isochrone au choc de la pointe.*

L'importance de ces conclusions apparaît d'elle-même; il serait superflu d'y insister.

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en

(1) L'orifice auriculo-ventriculaire droit présentait dans sa circonférence 10 millimètres environ de moins que le gauche, et l'on sait que ses dimensions naturelles sont toujours supérieures à celles de l'ouverture mitrale. Il y a donc dans ce renversement de l'état normal une preuve indirecte de la dilatation considérable qu'avait subie l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

(2) *Medical Gazette*, 1847.

(3) *Guy's Hospital Reports*, IX.

(4) *Practical Treatise on Disease of the Lungs and Heart, and of other Organs*, London, 1851.

(5) *On the Favourable Termination of Pericarditis, and especially in Adhesion of the Pericardium*, etc. (*Edinburgh Monthly Journal of Medical Science*, 1851).

(6) W. Stokes, *The Diseases of the Heart and the Aorta*, Dublin, 1854.

(7) *On adherent Pericardium; its Diagnosis and its Results* (*Edinburgh Medical Journal*, 1858).

(1) *De motu cordis et aneurysmatibus*, Romæ, 1728.

(2) *De la structure du cœur, de son action et de ses maladies*, Paris, 1749.

(3) *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, Paris, 1811.

(4) *Die Krankheiten des Herzens, systematisch bearbeitet und durch eigene Beobachtungen erlæutert*, Berlin, 1814-1817.

(5) Jaccoud, *Note sur un cas de tuberculisation généralisée avec adhérence totale du cœur*, in *Bulletins de la Société anatomique*, 1858.

date du 5 décembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Vernois*.

M. Vernois, sur l'invitation de M. le président, prend séance.

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Tavernier* (de la Nièvre), intitulé : *Expériences sur la pénétration, dans les poumons, des poussières liquides tenant en dissolution des réactifs chimiques ou des médicaments.* — *b*. Une note de M. *Guitteau* (de Poitiers) sur l'analogie de l'extrait de feuilles d'artichaut et l'aloès du commerce. (*Comm.*: MM. Guibourt et Chatin.) — *c*. Un mémoire sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques de l'extrait de malt, par M. *Jean Hoff* (de Berlin). (*Comm.*: M. Robinet.)

*d*. Un mémoire de M. le docteur *Sales-Girons*, ayant pour titre : *Théorie physiologique de la pénétration des poussières liquides et autres dans les voies respiratoires.*

« La question de la pénétration des poussières liquides dans les bronches, dit l'auteur, qui vient de recevoir des solutions si diamétralement contradictoires, ne pouvait être résolue pour la science que dans une théorie fondée sur la physiologie des organes et de la fonction respiratoire. J'ai cherché cette théorie, je crois l'avoir trouvée, et je viens humblement la soumettre au jugement de l'Académie, vous priant, monsieur le président, de vouloir bien désigner une commission à cet effet. » (*Commission des eaux minérales.*)

*e*. Un travail de M. le docteur *Vinci* (de Naples), relatif à une nouvelle manière de traiter la blennorrhagie, les rétrécissements de l'urèthre, certaines affections du vagin, du sac lacrymal et du canal nasal. (*Comm.*: M. Robert.)

« Il est évident, dit l'auteur, que les médicaments liquides ne peuvent jamais constituer qu'une médication temporaire et d'une courte durée ; que les médicaments solides produisent de l'irritation. Les médicaments mous sont un terme moyen entre les deux espèces précédentes ; ils sont le plus rationnellement applicables dans les blennorrhagies chroniques, fistules lacrymales, etc., et les instruments que j'ai imaginés n'ont qu'un but, celui de permettre l'application de cette dernière médication. »

Voici les instruments proposés par l'auteur :

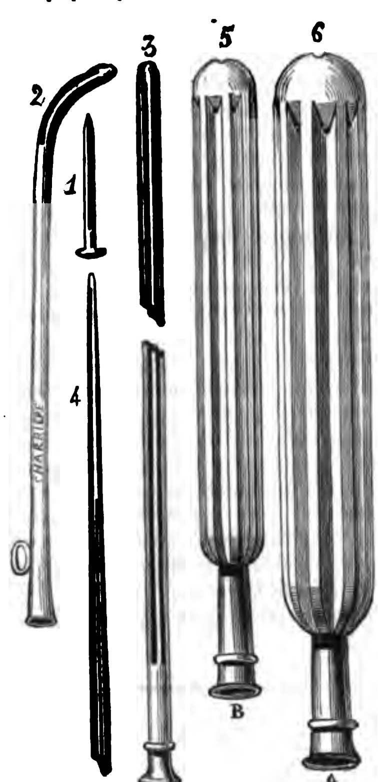



FIG. 1 : — Porte-topique en ivoire, flexible, à plusieurs cannelures, pour les fistules lacrymales.

FIG. 2. — Porte-topique métallique, avec cannelures dans la longueur de la courbure, destiné à la trompe d'Eustache.

FIG. 3 et 4. — Porte-topique cylindrique et porte-topique conique en ivoire, flexibles, avec cannelures dans toute leur étendue, destinés au canal de l'urèthre.

FIG. 5. — Porte-topique cannelé, en ivoire flexible ou en caoutchouc, pour l'anus.

FIG. 6. — Porte-topique cannelé, en ivoire flexible ou en caoutchouc, pour le vagin.

*Nota*. — Les figures 5 et 6 sont, suivant le besoin, pleines ou creuses, c'est-à-dire pleines pour topiques et creuses pour des irrigations ou lavages.

Ces instruments sont fabriqués par M. *Charrière*.

M. le *Président* donne lecture de la lettre de M. le docteur *Natzer Szulicki*, qui fait part à l'Académie du décès de M. le docteur *Bricheteau*, membre titulaire.

M. le *Président* annonce ensuite que la séance annuelle et distribution des prix de l'Académie auront lieu mardi proch... trois heures précises.

Sur la proposition du bureau, l'Académie charge une co... sion composée de MM. Bouvier, Littré, Jobert (de Lamballe), ... et Devergie, de présenter prochainement une liste de candid... titre de membre associé étranger.

*Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.*

M. *Davenne* constate d'abord que, contrairement à l'asser... de M. Gosselin, il existe à Londres un hôpital destiné aux enf... mais de création récente. Ce qui prouve l'excellence et l'utili... cette mesure, c'est qu'elle a obtenu les suffrages de tout le c... médical anglais.

Répondant ensuite à chacun des arguments invoqués par M. Go... selin, l'orateur n'y voit qu'autant de motifs pour maintenir le sy... tème de la spécialisation, et pour l'étendre à la création d'hôpit... nouveaux.

« M. Malgaigne, ajoute M. Davenne, s'est plaint avec beaucoup de vivacité du vice de construction de nos établissements hospitaliers et des inconvénients qui en résultent, surtout au point de vue de l'hygiène et de la salubrité... C'est principalement contre les hôpitaux nouveaux que M. Malgaigne a lancé son anathème. Il s'est plaint surtout de ce que l'administration n'avait point consulté les hommes spéciaux quand il a été question de construire l'hôpital Lariboisière. »

M. Davenne établit par des documents officiels que, par les soins de M. Robinet, chargé de l'instruction de cette grande affaire, non-seulement une commission de médecins avait été spécialement consultée, mais que tout le corps médical des hôpitaux avait été appelé par une circulaire à donner son avis.

« Le point que je tiens particulièrement à bien établir, poursuit l'orateur, c'est que, dans la construction du seul hôpital nouveau qui existe à Paris, l'administration a pris toutes les précautions nécessaires pour assurer, autant qu'il était en elle, la salubrité des salles, le bien-être des malades et la facilité du service, et que, parmi ces précautions, celle qui consistait à s'entourer des lumières de la science médicale n'a point été négligée. »

M. Davenne s'applique à démontrer que le système des hôpitaux de Londres n'est en rien comparable à l'organisation de ceux de Paris ; qu'on ne peut donc rien conclure logiquement du parallèle qui en a été fait. Ainsi, les individus inscrits à la paroisse comme participant à la taxe des pauvres n'y sont pas reçus, et on en exclut, autant que possible, les sujets atteints de maladies incurables, comme les phthisiques, et les individus atteints d'affections contagieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, etc. « En vertu de leur organisation, les hôpitaux de Londres ne reçoivent donc que les malades qui leur conviennent et renvoient les autres au dispensaire, c'est-à-dire au traitement à domicile. On ne peut nier que cette faculté ne doive diminuer singulièrement en leur faveur les chances de mortalité, et cependant il résulte d'un compte moral récemment publié par les administrateurs de Guy's hospital que la mortalité, qui, en 1800, était dans cet hôpital de 11,3 pour 100, s'élevait encore en 1860 à 9,1, c'est-à-dire à un chiffre très peu différent de celui que constatent pour Paris les comptes rendus par l'administration de l'assistance publique.

» Quant aux reproches adressés à nos hôpitaux par M. Gosselin, ils ne touchent guère qu'à des choses d'ordre intérieur, à des points de détail et à des questions accessoires. L'épreuve des réfectoires a déjà été faite à Lariboisière, à Saint-Antoine, à la Charité ; mais les médecins se sont trouvés divisés à ce sujet, de telle sorte que l'institution est tombée, parce qu'ils lui ont refusé leur appui. »

On a vivement critiqué la situation de la plupart des hôpitaux ... centre de la capitale ; « mais aurait-on la pensée de les transporter hors de l'enceinte et loin de Paris, pour les établir dans un milieu plus pur ? Eh ! qui donc oserait prendre l'initiative d'une mesure qui, sans parler des énormes difficultés de l'exécution, viendr...

troubler les habitudes séculaires de la population parisienne et jeter la désolation au sein de tant de malheureuses familles?

« Une observation qui doit pleinement rassurer les amis de l'humanité, ajoute l'orateur, c'est que, depuis 1804, époque de la réorganisation des secours publics à Paris et de la publication de ses comptes annuels, on remarque une diminution graduelle et constante, tant dans le chiffre de la mortalité que dans celui de la durée du séjour des malades à l'hôpital.

» Ainsi, la proportion du nombre des morts par rapport à celui des malades était, en 1804, pour tous les hôpitaux et services réunis, de 1 à 5,73, c'est-à-dire que près d'un cinquième des malades succombaient. En 1824, la mortalité n'était déjà plus que de 1 sur 8,14. En 1834, elle a été de 1 sur 11,71 ; en 1844, de 1 sur 10,61 ; enfin, en 1854, de 1 sur 8,05 seulement; mais cette augmentation s'explique par l'épidémie de choléra qui a régné dans tout le cours de cette dernière année.

» Quant à la durée de séjour, elle a suivi plus exactement encore une progression décroissante. De 42 jours en 1804, elle est successivement descendue à 34 en 1824; à 25,88 en 1834; à 25,73 en 1844; enfin en 1854 à 22,73.

» Si, dans les services de chirurgie, la mortalité ne paraît pas avoir diminué autant que dans les services de médecine, elle semble du moins être restée à peu près stationnaire. Ainsi, le même relevé constate qu'elle a été, en 1844, de 1 sur 19,98; en 1854, de 1 sur 20,21 ; et en 1858, de 1 sur 19,56.

» Sans doute cette proportion, qui représente environ un vingtième de décès sur le nombre des opérés, est considérable, mais si l'on songe que, depuis plusieurs années, les accidents causés par les machines de l'industrie et surtout par les chemins de fer se multiplient au point de nécessiter chaque jour de grandes et nombreuses opérations, on cessera de s'étonner d'une situation qui est plus satisfaisante peut-être en réalité qu'en apparence, et qui ne peut d'ailleurs que s'améliorer à l'aide du temps, des conseils de l'expérience et du concours de tous les dévouements.

» Ne nous calomnions donc pas nous-mêmes aux yeux de nos concitoyens comme à ceux des étrangers. Il ne faut pas que, sur la foi d'une parole échappée à la rapidité de l'improvisation, le public puisse croire que les hôpitaux de Paris sont plus malsains, plus meurtriers que ceux des autres pays! Il ne faut pas que le retentissement d'une répartie spirituelle, mais trop vive pour avoir été réfléchie, propage une erreur dont son auteur serait le premier, j'en suis certain, à regretter les fâcheuses conséquences. »

M. *Bouvier*. L'honorable M. Davenne n'a fait qu'effleurer la question des hôpitaux de Londres ; je viens ajouter quelques renseignements à ce qu'il en a dit. Ce que je vais rapporter, je ne l'ai pas vu ; mais je le tiens de la bouche de M. Giraldès, qui a visité les établissements hospitaliers de la Grande-Bretagne.

Il en existe de deux ordres à Londres : les hôpitaux et les infirmeries des paroisses. Les hôpitaux ne ressemblent nullement à ceux de Paris. Comme vous l'a dit M. Davenne, ce sont des asiles privilégiés où l'on n'admet que des personnes choisies, des malades selon le gré des administrateurs ou des médecins ; de sorte que les statistiques empruntées à ces établissements ne sont aucunement assimilables à celles de nos hôpitaux, tant les éléments en sont différents.

Quant aux infirmeries des paroisses, on y reçoit des indigents et toutes sortes de malades. Sous ce rapport, elles ont une évidente analogie avec nos hôpitaux ; c'est donc là qu'il faut chercher le terme de comparaison. Eh bien, on verra combien ces infirmeries sont à tous égards inférieures à nos grands et beaux établissements hospitaliers! On verra quels ravages y exercent les contagions de toute espèce, et à la vue de tant de fléaux on sera peut-être moins disposé à l'enthousiasme pour le système de l'assistance publique en Angleterre.

M. *Malgaigne*, en réponse à une allégation de M. Davenne, déclare qu'il ne se souvient pas d'avoir reçu de circulaire, à l'époque où fut construit l'hôpital Lariboisière, bien qu'il fût alors chirurgien des hôpitaux. Il maintient donc qu'il n'a pas été appelé à donner son avis dans cette importante question.

Puis, abordant l'objet principal de la discussion, il fait observer que M. Davenne, dans son remarquable discours, a beaucoup plus parlé de médecine que de chirurgie, surtout dans la comparaison qu'il a faite des hôpitaux de Londres avec ceux de Paris.

» Je suis chirurgien, ajoute l'orateur, je vais donc replacer la question sur le terrain de la chirurgie, où je l'avais portée d'abord. J'essayerai de la résoudre, non point par de simples affirmations, mais par des faits; non pas par des arguments de sentiment ou de raison, mais par des chiffres.

J'ai fait autrefois le relevé numérique de toutes les grandes opérations pratiquées dans tous les hôpitaux de Paris pendant une période de six années. Or, voici ce que j'ai trouvé : sur 512 amputations, 282 morts ou 56 pour 100! Sur 15 opérations de trépan pour plaies de tête, 15 morts! En présence de résultats aussi déplorables, n'étais-je pas autorisé à chercher la cause d'une si grande mortalité, et ne devais-je pas soupçonner la funeste influence de la constitution des hôpitaux et des services, l'étendue démesurée des salles, la superposition d'un très grand nombre d'étages, l'accumulation des lits, l'encombrement, et une trop grande quantité de malades confiés aux soins d'un seul chirurgien! La lecture des travaux de Bailly et de Tenon contribua à m'entretenir dans cette pensée. Ces deux médecins, qui avaient fait une étude approfondie de la question, et qui avaient visité les hôpitaux de Londres, trouvaient les hôpitaux de Paris mal construits et trop encombrés; ils sont d'avis que le meilleur système consisterait à avoir des pavillons séparés, à deux étages, avec vingt-quatre lits par salle.

Je veux rappeler ici une statistique curieuse et peu connue qui fera ressortir indirectement l'excellence de ce système et tout ce qu'il y a de défectueux dans l'organisation matérielle de nos hôpitaux. En 1814, quand Paris fut occupé par les alliés, les hôpitaux furent tellement encombrés de blessés, qu'on fut obligé de transformer les abattoirs en ambulances. Or, on sait que les abattoirs sont constitués par des pavillons isolés n'ayant qu'un rez-de-chaussée. Eh bien! tandis qu'il mourait dans les hôpitaux 1 malade sur 5, 8 et 9 blessés français, et 1 sur 7, 10 et 13 blessés étrangers, il ne mourait dans les abattoirs que 1 sur 9, 10 et 13 Français, et 1 sur 10 et 19 étrangers. Ces chiffres sont officiels; ils parlent assez ouvertement en faveur des abattoirs, c'est-à-dire d'un système de pavillons isolés, avec le moins d'étages possible.

Voyons maintenant ce qui se fait à Londres, et comparons nos statistiques avec celles des chirurgiens anglais. Je sais bien que la comparaison ne satisfera pas M. Davenne et qu'il objectera que ce parallèle est impossible, vu qu'à Paris les hôpitaux sont ouverts à tous les malades, tandis qu'à Londres ils sont destinés à des malades de choix. Quant à moi, je crois qu'un pareil système devrait être plutôt défavorable aux chirurgiens des hôpitaux de Londres qu'à ceux des hôpitaux de Paris. En effet, les chirurgiens de Londres n'usent du droit de choisir leurs malades que pour prendre ceux dont l'état réclame une opération. Nous, nous admettons des malades atteints de plaies simples, de contusions, de fractures, etc.; nos confrères d'outre-Manche ne les reçoivent pas dans leurs infirmeries; ils ne prennent guère, je le répète, que des malades à opérer. Ils font donc beaucoup plus d'opérations que nous, et surtout ils en pratiquent de plus graves, telles que la résection du col fémoral et l'extirpation de l'ovaire. Un pareil système devrait donc être plus nuisible qu'avantageux à leur statistique. Or, il n'en est rien, ainsi qu'on va pouvoir s'en convaincre.

Ainsi, j'ai dit qu'à Paris 512 grandes amputations avaient donné 56 morts pour 100; à Londres, dans des conditions analogues, je ne trouve que 30 morts pour 100; et à l'hôpital de Massachussets (en Amérique), 22 morts sur 100 opérés.

Pour les amputations pathologiques, dont les résultats sont relativement plus satisfaisants, la proportion est toujours au désavantage des hôpitaux de Paris, où je trouve 30 morts sur 100 opérés, tandis que je n'en trouve que 22 à Londres et 11 à Massachussets.

Les amputations de la cuisse donnent les résultats suivants : à Paris, 60 morts sur 100 opérés; à Londres, 21 sur 100; à Massachussets, 19 sur 100.

*Opérations de hernie étranglée.* — A Paris, sur 220 opérations,

133 morts, ou 60 pour 100; à Londres, sur 266 opérations, 135 morts, ou 50 pour 100; à Wurzbourg, sur 56 opérations, 24 morts, ou 43 pour 100.

*Opérations de la taille.* — A Paris, sur 75 opérations, 28 morts, ou 37 pour 100; à Londres, sur 186 opérations, 40 morts, ou 22 pour 100.

Ces chiffres paraîtront-ils assez éloquents? Et trouvera-t-on qu'ils ne proclament pas assez haut la supériorité hygiénique des hôpitaux de Londres sur ceux de Paris, au point de vue chirurgical?

A quoi tient donc cette supériorité? Assurément, on ne prétendra pas que l'air de la Tamise soit plus salubre que celui de la Seine. Mais alors ne faut-il pas admettre que cela tient sans doute à ce que les salles des hôpitaux de Londres sont parfaitement aérées et n'ont que 12 lits, tandis que les nôtres en ont jusqu'à 80?

Pourquoi une opération réussit-elle mieux en ville qu'à l'hôpital? C'est surtout parce qu'en ville le malade n'est exposé qu'à un seul foyer d'infection, tandis que l'opéré dans les hôpitaux est entouré de 79 foyers d'infection.

Desgenettes avait choisi, au Val-de-Grâce, un service au premier étage, au-dessus d'un rez-de-chaussée non habité par d'autres malades. La mortalité était infiniment moindre dans ses salles que dans celles de ses collègues.

M. Velpeau nous a dit que sa salle des femmes, qui est plus élevée d'un étage que celle des hommes, est aussi plus exposée aux complications traumatiques, et particulièrement à l'érysipèle.

Dans le désir de bien faire, dans le désir de soulager le plus de malades possible et d'admettre un plus grand nombre de malheureux aux bienfaits de l'assistance publique, on a accumulé dans nos hôpitaux étages sur étages; on a fait d'immenses salles, et on les a encombrées de lits. Cet excès de charité n'est-il pas plus nuisible qu'utile aux malades confiés à nos soins? On en reçoit un plus grand nombre, c'est vrai, mais on en voit mourir aussi un plus grand nombre. Ne serait-il pas possible de mieux concilier les aspirations de la charité avec les exigences de l'hygiène et de la salubrité, en construisant des hôpitaux d'après les principes établis par Tenon, des hôpitaux où les malades trouveraient plus d'espace et respireraient un air plus pur?

Je m'associe aux éloges donnés par M. Davenne aux efforts et au bon vouloir de l'administration de l'assistance publique. Depuis quelques années, elle a fait de grandes choses, je le reconnais; mais je déclare qu'il lui reste encore beaucoup à faire pour améliorer le sort des malades et surtout celui des opérés.

M. *Bonnefont* donne lecture d'une note renfermant une esquisse comparative des hôpitaux de Paris et de ceux des principales villes d'Allemagne. M. Bonnefont a visité les hôpitaux de Berlin, de Vienne, de Munich, etc., et il déclare qu'ils sont à tous égards de beaucoup inférieurs aux établissements hospitaliers de Paris.

M. *Renault* demande la parole pour la prochaine séance.

A cinq heures moins un quart l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport annuel de M. le trésorier.

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 NOV. 1861. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

### PARALYSIE DIPHTHÉRITIQUE ET STATISTIQUE DU CROUP.

M. *Henri Roger* lit ou plutôt analyse devant la Société un mémoire volumineux intitulé : *Recherches cliniques et statistiques sur la paralysie consécutive à la diphthérite; statistique du croup à l'hôpital des Enfants en 1859 et 1860*. Ce travail est divisé en trois parties : dans la première, l'auteur établit par des chiffres le degré de fréquence de la paralysie dans la diphthérite; dans la seconde, il étudie cette paralysie en elle-même sous le rapport clinique; dans la troisième partie, il donne la statistique de la diphthérite, et particulièrement du croup et de l'angine couenneuse à l'hôpital des Enfants en 1859 et 1860.

Dans une communication antérieure faite au moment de l[a dis]cussion qui a eu lieu sur ce sujet au commencement d[e l']année, et que nous avons analysée (voy. *Gaz. hebd.*, 1860, [...] p. 60), M. Roger faisait ressortir l'importance que l'on devai[t atta]cher au degré de fréquence des paralysies secondaires pour [...] si elles étaient ou non spéciales à telle ou telle maladie. Cette [fré]quence avait été montrée pour les paralysies diphthéritiques pa[r les] travaux de MM. Maingault (*Mémoire sur la paralysie diphthér[ique]*, Paris, 1859), Trousseau (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, [...] p. 380), Sée (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, t. IV, p. [...]) où plus de 150 cas avaient été relevés. On pouvait tout[efois] objecter que ces faits avaient été choisis au milieu de tous [ceux] qu'enregistre la science, sans indiquer la proportion exacte [qui] existait entre les cas de paralysie et le nombre total des diphth[érites] observées dans un lieu et dans un temps donné. Des essai[s de] statistique indiquant cette proportion ont été faits par MM. Moyn[ier] (*Compte rendu des faits de diphthérite observés à l'Hôtel-Dieu*, 1859) et Garnier (*Thèse*, Paris, 1860).

M. Roger a relevé, dans tous les services médicaux de l'hôpit[al] des Enfants, la totalité des cas de diphthérite plus ou moins généralisée; ces cas sont au nombre de 210 pour l'année 1860, et sur ce nombre, déduction faite de quelques cas douteux, les accidents paralytiques se sont montrés dans 31 cas, ce qui fixe à un sixième environ (6, 7) le rapport à établir. Or, cette proportion doit être encore plus considérable, parce que, d'une part, un certain nombre d'enfants quittent l'hôpital à une époque peu avancée de la convalescence, et sont perdus de vue avant le développement possible des paralysies consécutives, et parce que, d'autre part, un grand nombre succombent dans les premiers jours, sans avoir eu le temps de devenir paralytiques; l'auteur pense donc être en droit d'élever la proportion probable à un quart ou même un tiers au lieu d'un sixième. Dès lors, il ne suffit pas de faire de ces accidents une mention stérile, mais il faut les regarder comme une complication particulière aux affections diphthéritiques, au même titre, par exemple, que les hydropisies sont spéciales à la scarlatine.

Les paralysies secondaires sont aussi rares après les autres maladies aiguës qu'elles sont communes après la diphthérite. L'angine pharyngée simple et la fièvre typhoïde sont les affections qui ont présenté le plus souvent cette complication, encore faut-il remarquer que, dans certaines angines, il est facile de méconnaître l'existence d'une pseudo-membrane qui est vite tombée, ou qui, résidant sur la face postérieure du voile du palais ou des piliers, a échappé aux regards, et que, dans la fièvre typhoïde, il existe presque toujours au début une angine érythémateuse qui se complique plus souvent qu'on ne l'a remarqué d'une sécrétion pultacée et même couenneuse, avec pseudo-membrane molle, comme dans le muguet. Les cas de paralysie palatine ou généralisée, que l'on a notés dans ces affections, pourraient donc être attribués à la même cause. Quant aux autres affections aiguës, M. Roger admet la possibilité de paralysies consécutives, mais les cas sont tellement rares que la valeur étiologique lui en semble presque nulle. La statistique de son service à l'hôpital des Enfants en 1860 lui a donné 61 cas d'angine simple, 12 de fièvre typhoïde, 33 de rougeole, 12 de scarlatine, 4 de variole, et 24 de pneumonie, sans qu'un seul ait été compliqué de paralysie secondaire. Les relevés faits dans le service de M. Blache donnent le même résultat négatif. Si donc la paralysie est si fréquente après la diphthérite, et si rare après les maladies aiguës autres que la dothiénentérie, il est légitime de ne pas confondre toutes les paralysies secondaires dans un même groupe où irait se perdre la paralysie diphthéritique.

Dans la seconde partie de son mémoire, qui ne comprend pas moins de 40 observations, l'auteur étudie, au point de vue clinique, les caractères des paralysies diphthéritiques, et, sans vouloir en faire la description complète, il fait ressortir, à titre de contribution à l'histoire de cet épiphénomène, quelques points particuliers relatifs à l'étiologie, à la marche, à l'enchaînement des accidents, à leur durée, à leur traitement. Ainsi, les paralysies diphthéritiques se sont montrées le plus fréquemment : pour l'âge

de quatre à six ans; pour le sexe, 21 fois chez les filles contre 17 chez les garçons; les saisons ne paraissent avoir aucune influence; il n'en est pas de même des diverses localisations de la diphthérite : sur 38 cas de paralysie, 12 survinrent à la suite d'angine couenneuse, 23 à la suite de croup, 2 à la suite de diphthérite cutanée, plus un cas indéterminé. Mais il y avait eu en tout 54 cas d'angine couenneuse et 154 de croup, de sorte que la proportion maximum est du côté de l'angine.

Sous le rapport de la marche des accidents, la paralysie a presque toujours commencé par le pharynx et le voile du palais, accident révélé par le nasonnement de la voix ou la dysphagie. Souvent (4 fois sur 10 à la suite d'angine couenneuse) tout se borne à ces premiers symptômes; d'autres fois, les accidents s'étendent aux membres inférieurs seuls (2 fois sur 10), ou se généralisent sous la forme diffuse, portant sur les membres inférieurs d'abord, puis sur les supérieurs (4 fois sur 10). Le croup n'a présenté, en général, que des paralysies pharyngées : enfin la paralysie palatine et la paraplégie peuvent se montrer à la suite de diphthérite cutanée sans qu'il y ait eu manifestation sur la gorge. La paralysie du rectum et de la vessie a été observée deux fois, dont une indépendamment de toute autre paralysie, et une fois coïncidant avec une paraplégie. L'amaurose a été notée une fois, et l'examen des urines n'avait révélé aucune trace d'albuminurie.

Il est difficile d'établir un rapport entre le développement des accidents paralytiques et la gravité de la maladie primitive, quoiqu'on soit tenté de considérer les premiers comme une preuve d'une intoxication plus grande. Non-seulement ces accidents ont apparu dans des diphthérites légères, mais la statistique semblerait montrer que c'est dans ces cas bénins qu'on les rencontre le plus souvent. Il faut remarquer, toutefois, que la diphthérite étant ordinairement une affection promptement mortelle, ce n'est que parmi les sujets le moins gravement atteints qu'on pourra observer des paralysies. On a supposé aussi que ces dernières complications étaient peut-être en rapport avec l'albuminurie qui s'observe souvent dans la diphthérite. Les faits de M. Roger ne peuvent résoudre la question, car l'urine n'a été convenablement examinée que six fois, et sur ce nombre trois fois on a trouvé de l'albumine, trois fois on n'a rien trouvé. Ces trois derniers faits prouvent au moins que l'albuminurie n'est pas une condition essentielle de la paralysie. L'époque d'apparition des phénomènes est assez variable, ordinairement c'est dans l'espace de quatre à huit jours; quelquefois on observe de la dysphagie dès le début; d'autres fois, au contraire, c'est après un intervalle plus long que se produisent les accidents secondaires. Quant au mode d'évolution, on a vu les paralysies généralisées apparaître tantôt en même temps que la paralysie palatine, tantôt après un intervalle marqué. La durée totale a été d'un mois en terme moyen : des maladies intercurrentes ont pu prolonger cette durée et aggraver les accidents. Le pronostic de la paralysie n'est pas grave en général; cependant on a vu, dans des cas exceptionnels, la mort survenir par la paralysie des muscles respiratoires ou par une dysphagie amenant une suffocation soudaine. Quant au traitement, M. Roger, comme les premiers observateurs, recommande surtout l'usage des toniques, des ferrugineux, des sulfureux, et l'électrisation. Dans la troisième partie de son travail, M. Roger établit la statistique générale de la diphthérite relativement au croup et à la trachéotomie, joignant au tableau de 210 cas relevés par lui en 1860 les chiffres obtenus par M. Bricheteau dans le même service en 1859, et qui comprennent 231 cas. Et d'abord, ces chiffres de 210 et de 231, où le croup figure pour 154 et pour 208 cas, ne représentent que les faits d'un seul des deux hôpitaux d'enfants de Paris ; en 1859, M. Garnier relevait de son côté, à Sainte-Eugénie, 95 cas de croup; on doit donc s'étonner de la fréquence extrême d'une affection qui auparavant passait pour rare. De 1820 à 1840, en vingt années, l'hôpital des Enfants, à cette époque le seul qui reçût les jeunes sujets de Paris, ne fournit que 100 à 120 cas; de 1840 à 1850, en dix ans cette fois, le chiffre n'est encore que de 112; il a déjà doublé; mais, dès 1858, en une seule année, il monte à 142 pour un hôpital qui ne représente plus que la moitié des jeunes malades de Paris. La maladie a donc été, dans ces six dernières années, 30, 50, 60 et 100 fois plus fréquente qu'il y a quarante ans. Sans doute la population de Paris a presque doublé dans l'intervalle, sans doute les succès de la trachéotomie ont attiré à l'hôpital bien des enfants qui n'y étaient pas amenés autrefois; mais ces deux influences très réelles ne suffisent pas pour expliquer la multiplication de la diphthérite. Cette affection n'est pas de celles qui ont pu passer longtemps inaperçues, comme le diabète et l'albuminurie ; elle s'est donc développée dans une effrayante proportion et souvent sous forme épidémique.

La statistique générale fournit des données sur l'étiologie des affections diphthéritiques : le sexe paraît sans influence ; l'âge de deux à quatre ans est celui qui fournit la proportion la plus forte (85 sur 210), tandis qu'il n'y a que 8 cas de dix à douze ans, et que 14 d'un à deux. Les saisons froides, les quatre premiers et les deux derniers mois de l'année, sont ceux qui fournissent les cas les plus nombreux. La contagion a été démontrée 35 fois sur 60, et il faut redouter à cet égard l'influence de l'encombrement.

Quant aux formes de la maladie, sur 215 observations, on compte 54 cas d'angine couenneuse, 154 de croup simple ou compliqué d'angine, et 5 de diphthérite disséminée, sans que la gorge fût intéressée. En 1859, on avait trouvé sur 231 cas : croups, 208; angines couenneuses, 21 ; diphthérite cutanée, 2. Les fausses membranes ayant presque toujours débuté par la gorge, on voit, par le nombre des croups, combien la diphthérite a de tendance à progresser.

La mortalité, en 1860, a été de 150 contre 64 guérisons. En 1859, elle avait été de 160 contre 71 guérisons. Dans l'angine couenneuse, plus de la moitié des sujets ont survécu (30 sur 56). En 1859, M. Bricheteau avait trouvé 15 sur 21, et M. Garnier 14 sur 20. Les 154 cas de croup relevés par M. Roger comptent 31 guérisons, 122 morts et 1 cas douteux, soit une guérison sur cinq malades (ou 4,9), en comprenant ceux qui ont été trachéotomisés et ceux qui ne l'ont pas été. En 1859, il y avait eu 54 guérisons sur 208 croups, ou plus d'une guérison sur quatre (1 sur 3,8). Sur 130 enfants trachéotomisés, il y eut 25 guérisons et 105 morts, soit 1 sur 5,2. Une de ces guérisons fut obtenue chez un enfant de vingt mois, et une autre sur un enfant opéré *in extremis*. Ces résultats, déjà satisfaisants, le seraient davantage si l'on n'avait écarté de la liste des succès des enfants que l'on pourrait, sans abuser de la qualification de *morts guéris*, ranger parmi ceux qui guérirent du croup. On en voit, par exemple, qui succombèrent à des rougeoles ou à des pneumonies trente et un ou trente-sept jours après l'opération. Il est bon de rappeler en outre que les malades n'ont jamais été opérés avant la période d'asphyxie, que plus ordinairement l'asphyxie était avancée, et que plusieurs fois on opéra *in extremis*. La plupart des enfants qui ont succombé ont été enlevés très rapidement, ordinairement dans les quatre premiers jours; dès le second septénaire, les chances de guérison sont très augmentées.

Parmi les causes de mort, on peut mentionner au premier rang la pneumonie simple ou compliquée de bronchite (23 fois sur 40), puis l'extension de l'intoxication diphthéritique; l'entérite cholériforme, souvent due à l'abus des antimoniaux ; les convulsions, les suppurations du médiastin, la gangrène ou l'érysipèle des bords de la plaie, et enfin l'emphysème sous-pleural ou sous-cutané.

23 enfants ne furent pas opérés, sur lesquels on compte 7 guérisons. M. Bricheteau avait noté, dans les mêmes circonstances, 14 guérisons sur 44 cas. C'est, dans chaque année, 1 sur 3 qui a guéri par le traitement médical. Il ne faudrait pas conclure de cette proportion que le traitement médical compte plus de succès que le traitement chirurgical. En effet, on s'abstient ordinairement d'opérer pour deux raisons très différentes, ou bien parce que la diphthérite laryngée est très légère et sans menace de suffocation (c'est à cette catégorie qu'appartiennent les cas de succès), ou bien parce que l'opération ne présente plus aucune chance de réussite, à cause de complications telles que la pneumonie double, la bronchite capillaire, etc., ou à cause du caractère de généralité de l'intoxication diphthéritique. Ce sont ces cas désespérés qui ont succombé.

En somme, la statistique de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants a donné :

En 1859, sur 164 opérations, 40 guérisons ou 24,39 pour 100;

En 1860, sur 130 opérations, 23 guérisons ou 19,23 pour 100;

En 1861 (les dix premiers mois), sur 82 opérations, 25 guérisons, soit 30,48 pour 100.

La moyenne des succès pour les trois ans est de 24,68 pour 100, chiffre presque identique avec celui que MM. Roger et Sée avaient donné dans une statistique adressée à l'Académie de médecine en 1858, lors de la discussion sur le tubage de la glotte (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 180, novembre 1858).

En résumé, dit en terminant M. Roger, on peut conclure qu'à l'hôpital des Enfants on guérit par la trachéotomie *un quart* des malades atteints de croup. En tenant compte des cas désespérés que l'on n'opère pas, et dont le chiffre est d'un neuvième du total des malades, on augmente d'autant la proportion des décès, et la somme des chances totales de salut se réduit à 19 ou 20 pour 100.

Dr E. Isambert.

---

IV

## BIBLIOGRAPHIE.

**Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique,** par le docteur J.-B. Fonssagrives, médecin en chef de la marine, professeur de pathologie interne et de thérapeutique générale à l'École de médecine de Brest. Paris, 1861, chez J.-B. Baillière et fils. In-8 de XXVII et 660 pages.

Les livres originaux deviennent de plus en plus rares; ce n'est que de loin en loin qu'on voit surgir une idée nouvelle à l'horizon un peu banal de notre littérature médicale. Il est pourtant des esprits privilégiés auxquels une sorte d'intuition donne le secret de ces bonnes fortunes et qui excellent à découvrir dans le terrain si profondément remué de la science des filons encore inaperçus. M. Fonssagrives est de ce nombre. Cinq années sont à peine écoulées depuis la publication de son *Traité d'hygiène navale*. Cette œuvre, dont l'apparition coïncidait avec une réforme radicale dans les conditions de la vie maritime, a obtenu un succès bien rarement réservé aux ouvrages spéciaux. Déjà traduit dans plusieurs langues, couronné par l'Institut, il a été pour son auteur la source de distinctions nombreuses. Aujourd'hui M. Fonssagrives, abandonnant le sentier de la médecine navale, entre franchement dans la voie de l'hygiène vers laquelle le dirigent des aptitudes spéciales, et le livre dont nous allons rendre compte sera, nous n'en doutons pas, accueilli avec la même faveur que son devancier. Il est appelé, comme celui-ci, à combler une lacune. Depuis une vingtaine d'années, les études hygiéniques ont pris dans la littérature médicale une place des plus importantes. Cette impulsion, bien que répondant à l'un des besoins de notre époque, leur a surtout été imprimée par le bel ouvrage de M. Lévy, et l'auteur lui rend dans sa préface un hommage auquel nous nous associons complétement. Mais, tandis que l'hygiène prophylactique prenait ainsi son essor, l'hygiène thérapeutique, au contraire, est restée dans un état incontestable d'infériorité. Les ressources qu'elle peut offrir à la médecine, et dont les anciens savaient tirer un si grand parti, sont beaucoup trop négligées de nos jours, parce que leurs effets, semblables aux procédés de la nature, sont lents à se manifester, et que notre impatience s'accommode mal de ces retards. Cet abandon de la thérapeutique hygiénique est, aux yeux de l'auteur, une émanation directe de l'esprit de matérialisme qui pèse sur notre époque. « Il nous faut, dit-il, à toute force, et sur l'heure, un résultat tangible, saisissable. Pour que le vulgaire croie à l'utilité de notre intervention, pour que nous y croyions nous-mêmes, il faut qu'elle se traduise immédiatement au dehors par quelque perturbation brusque imprimée à l'économie. » Tout en reconnaissant l'efficacité de ces médications énergiques, et sans renier aucune des conquêtes de la thérapeutique moderne, l'auteur pense qu'elle ne doit pas se renfermer dans ce cercle trop étroit. Son avenir est dans l'union intelligente de l'hygiène et de la matière médicale; le secret de son avancement futur est autant dans l'exhumation du passé que dans l'investigation de l'avenir. Reconquérir sur l'oubli ce que la médecine a laissé tomber de ses mains dans sa course à travers les siècles, tout en conservant les richesses qu'elle a recueillies sur sa route, telle est la tendance de notre époque, et tel est aussi le but de ce livre, dont la pensée dominante est traduite par l'épigraphe de son Introduction : « Le progrès est un Janus dont l'une des faces regarde le passé, l'autre l'avenir. » C'est donc plutôt encore une œuvre conciliatrice que le travail de restauration qu'a entrepris M. Fonssagrives, et le *Traité d'hygiène alimentaire* n'est qu'un premier pas fait dans cette voie, que le commencement d'une série d'études convergeant vers le même but et dont l'Introduction peut être considérée comme le frontispice. C'est, à notre avis, la partie la plus remarquable de l'ouvrage, tant par la profondeur des vues qui y sont exposées que par l'élégance et la vigueur du style. Après cette profession de foi médicale, l'auteur, s'emparant magistralement de son sujet, retrace, dans un rapide historique, les phases qu'a subies la diététique depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, et remet en lumière les richesses méconnues de cet arsenal dans lequel il va bientôt puiser à pleines mains.

On ne marche pas sans peine dans les routes *non frayées*, et M. Fonssagrives, en abordant ce sujet encore neuf, s'est trouvé dès le début aux prises avec des difficultés qui eussent paru insurmontables à beaucoup d'autres. Il s'agissait de renfermer dans un cadre méthodique les innombrables objets sur lesquels son attention allait se porter; il fallait trouver le secret de donner à des détails souvent infimes une forme scientifique et de rester sur le terrain étroit de la pratique sans côtoyer la vulgarité. L'auteur a senti cet écueil; il s'est attaché à l'éviter, et il y a si bien réussi que le lecteur ne s'aperçoit même pas de l'effort qu'il lui a fallu faire. C'est là, du reste, un des côtés les plus saillants de ce talent souple et facile que de savoir donner de l'attrait aux sujets les plus arides et relever la sécheresse du fond par l'élégance de la forme.

Le *Traité d'hygiène alimentaire* est divisé en quatre livres : le premier est consacré aux éléments du régime, le deuxième aux voies et modes d'administration, le troisième a trait aux conditions physiologiques et morbides qui le déterminent, le quatrième aux différentes diètes ou régimes exclusifs. C'est, à peu de chose près, on le voit, la méthode suivie dans les traités de matière médicale pour l'étude des médicaments.

Le premier livre est le plus important : il représente à lui seul plus d'un tiers de l'ouvrage et se trouve naturellement partagé en deux sections, relatives aux aliments liquides ou boissons et aux aliments solides ou aliments proprement dits. Les boissons marchent en première ligne, parce qu'elles constituent toute l'alimentation du malade dans les affections aiguës, et que c'est la forme sous laquelle les médicaments lui sont le plus souvent administrés. Après les avoir envisagées sous les rapports de la quantité et de la température, l'auteur les divise en deux groupes : les boissons médicamenteuses ou tisanes et les boissons alcooliques. Dans le chapitre essentiellement médical consacré aux tisanes, il en indique les variétés principales, leur mode de préparation, leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques, et réduit à leur juste valeur les prétentions de ces agents douteux auxquels la routine attache tant de prix. Comme correctif de cette étude, on lira avec plaisir le paragraphe consacré au thé, au café et au chocolat, qui ont pris dans nos habitudes un empire tyrannique. Les vins et les alcools sont traités de la même manière. L'auteur insiste sur les bons effets du vin pris à doses modérées dans les pyrexies et dans les maladies chroniques; il apprécie son rôle dans le traitement du diabète. Il dit un mot en passant des importations de la thérapeutique anglaise, du traitement abortif des fièvres intermittentes par l'alcool, et des remarquables succès obtenus récemment dans

les métrorrhagies graves par l'administration de l'eau-de-vie à l'intérieur et des lavements de vin de Porto.

Les aliments solides sont divisés en cinq catégories : les viandes, les féculents, les aliments gras, les fruits et les végétaux herbacés. Les viandes sont envisagées, tour à tour, sous le rapport de leur provenance et des transformations que l'art culinaire leur fait subir. Bien que l'homme soit omnivore, il a, sous nos latitudes du moins, une préférence très marquée pour les aliments tirés du règne animal. Il en met à contribution toutes les classes, depuis les grands mammifères qu'il élève exclusivement dans ce but, jusqu'aux représentants les plus modestes de l'embranchement des invertébrés. Ces ressources gastronomiques sont inventoriées avec une sorte de complaisance propre à rassurer le malade, en lui prouvant que l'hygiène n'est point une prude et qu'elle peut au besoin s'accommoder d'un certain degré de sybaritisme. Leur degré de digestibilité, leur valeur nutritive sont indiqués avec le plus grand soin. Les préparations dont elles sont la base, les bouillons, les consommés, les jus, les coulis, les extraits, les viandes bouillies ou rôties, les fritures, les hachis, les ragoûts sont sont soumis à un contrôle sévère, et l'auteur ne craint pas d'entrer, à leur égard, dans des détails dont l'infimité apparente est singulièrement compensée à ses yeux par l'utilité pratique qui s'y rattache. Le médecin, dans l'intérêt de son malade, ne doit rien ignorer de ce qui le concerne; et, dans son intérêt propre, il ne doit pas s'en laisser remontrer par les personnes qui l'entourent. Or, quel est celui de nous qui peut se flatter de n'être pas pris en défaut, lorsqu'il s'agit de ces menus soins auxquels le monde des souffreteux attache tant de prix? « Tel médecin, dit M. Fonssagrives, qui saurait varier à merveille les formes de la strychnine ou de l'acide arsénieux, balbutierait peut-être si on l'interrogeait sur la meilleure manière de faire un bouillon aux herbes. » On trouvera, du reste, dans cet article des renseignements d'un ordre plus élevé sur la préparation du bouillon dans les grands établissements hospitaliers, sur la quantité proportionnelle de chacune des substances qui entrent dans la composition de cet élément si important de la nourriture des malades, sur sa densité, son analyse, son prix de revient, etc., etc. La valeur relative des aliments féculents ajoutés aux bouillons pour fortifier les potages, des tablettes d'osmazome, de la gélatine; la substitution du sang au fer dans la chlorose et l'anémie, sous forme de capsules hématiques, terminent ce paragraphe.

Le suivant est consacré à l'étude des transformations que subissent les viandes sous l'influence des différents modes de cuisson, et par l'addition de ces condiments dont l'art culinaire, dans sa dangereuse fécondité, abuse d'une si singulière façon.

Le chapitre consacré aux féculents est une étude complète, faite à tous les points de vue, des ressources que l'hygiène thérapeutique peut emprunter à cette classe de composés organiques qui entre à elle seule pour plus de moitié dans l'alimentation de l'espèce humaine. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements qu'il a donnés à cette partie de son travail; un résumé, quelque concis qu'il soit, dépasserait de beaucoup les bornes d'une simple analyse, et nous avons eu seulement pour but de montrer par quelques exemples la marche suivie dans l'étude de ces questions. Nous passerons avec la même rapidité sur les chapitres dans lesquels il est traité des corps gras et des mets qui en dérivent, des fruits, des légumes et des condiments; nous ne pourrions que reproduire à leur égard les mêmes observations, et nous préférons renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même. Nous lui signalerons toutefois en passant les paragraphes consacrés aux pains médicamenteux, aux huiles comestibles, à l'emploi de la crème comme moyen de remplacer l'huile de foie de morue chez les sujets auxquels celle-ci inspire une répugnance invincible, et le paragraphe consacré aux condiments pepsiques. Les travaux récemment publiés sur ces sujets y sont présentés d'une manière concise et appréciés avec la sûreté de jugement habituelle à l'auteur.

Le second livre traite, dans autant de sections séparées, des voies et modes d'alimentation, de l'ordonnance des repas et du régime hospitalier. La première section comprend l'étude des moyens auxquels le médecin peut recourir, dans ces cas difficiles où la déglutition ne peut pas s'effectuer et où le malade serait menacé de périr d'inanition. Ces moyens se rangent autour de trois chefs principaux : l'alimentation indirecte, l'alimentation artificielle volontaire et l'alimentation artificielle forcée. Lorsqu'un obstacle mécanique intercepte le conduit œsophagien et que le cathétérisme ne peut en triompher, lorsque rien n'arrive plus dans l'estomac, il faut ou laisser mourir son malade ou chercher à le nourrir par une voie indirecte. Les clystères nutritifs, l'œsophagotomie lorsque l'obstacle siége à la partie supérieure de ce conduit, la gastrotomie dans le cas contraire, sont des ressources précaires ou terribles que l'auteur passe en revue, sans en dissimuler ni l'insuffisance ni les dangers. En ce qui a trait à cette dernière opération, qui ne compte encore que des revers, il émet, sous toutes réserves et sous forme de doute, une opinion qui nous paraît soutenable. « La nature, dit-il, parvient à créer des fistules gastriques, de nombreux exemples sont là pour l'attester; si jusqu'ici l'art n'a pu la suivre dans cette voie, cela tient peut-être à ce qu'il n'a pas su imiter la sage lenteur de ses opérations. En s'y prenant de meilleure heure, en n'attendant pas au dernier moment, ne pourrait-on pas se ménager le temps nécessaire pour arriver dans l'estomac, à l'aide de cautérisations successives, séparées par des intervalles assez longs pour laisser aux adhérences protectrices le loisir de se former et de se fortifier? » C'est une question qu'il se pose et qu'il soumet en même temps aux chirurgiens. L'ensemble des moyens à l'aide desquels on peut suppléer à l'impuissance des malades, lorsqu'une lésion chirurgicale intéressant les mâchoires ou la cavité buccale, lorsqu'une débilité profonde, s'opposent à la déglutition, constitue l'alimentation artificielle volontaire. Elle comprend le cathétérisme œsophagien chez l'adulte, les injections de lait par les narines chez le nouveau-né. L'alimentation artificielle forcée embrasse la série de procédés à l'aide desquels on triomphe de l'obstination des malades atteints de sitiophobie. La deuxième section de ce chapitre contient l'indication du nombre, de la durée, des heures des repas, le choix des mets qui le composent, les quantités qui peuvent en être permises et la variété qu'il est indispensable d'y introduire dans la convalescence, comme dans l'état de maladie. C'est une série de conseils éminemment pratiques présentés sous une forme assez attrayante pour en masquer l'aridité. La troisième section a pour objet le régime, dans les hôpitaux civils, militaires et maritimes de la France et de l'étranger, sous le rapport de ses éléments, de sa composition, des quantités allouées par les règlements, des soins apportés dans la préparation des heures et de la distribution des repas. Ce sujet, que l'auteur a traité avec une prédilection marquée, n'avait encore été abordé par personne sous des aspects aussi variés et aussi complets. Indépendamment des documents officiels, M. Fonssagrives a mis à profit, pour la rédaction de ce travail essentiellement original, une expérience de vingt années dans les hôpitaux de la marine, les observations qu'il a faites dans le cours de ses campagnes, et les renseignements qu'il a recueillis près des médecins étrangers que la navigation conduit chaque jour dans nos ports de guerre.

Le troisième livre est consacré à l'examen des conditions physiologiques ou morbides qui déterminent le régime alimentaire. L'âge, le sexe, les habitudes, les idiosyncrasies, les conditions sociales, la race, le climat, rentrent dans la première catégorie. Toutes les questions relatives à l'allaitement, au sevrage, aux modifications qu'il convient d'apporter dans l'alimentation des enfants à l'époque de la dentition et à l'occasion des troubles dont elle s'accompagne, le régime des vieillards, celui des femmes à l'approche de la puberté, pendant la gestation, après l'accouchement; l'alimentation des nourrices, viennent naturellement se ranger dans ce cadre, et y sont l'objet de développements en rapport avec leur importance. Les conditions morbides sont relatives principalement à l'état de maladie, à la convalescence et à l'état valétudinaire. Les limites de cette analyse ne nous permettent pas de reproduire, même sous la forme la plus abrégée, les considérations que renferme cette section véritablement médicale. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans cette partie de son travail, et notamment dans la discussion sérieuse à laquelle il se livre au sujet de la fièvre typhoïde et des singuliers écarts que l'esprit de système a

fait subir au traitement de cette maladie, et à travers lesquels nous l'avons vu glisser, en quelques années, sur la pente rapide des exagérations, de la médication antiphlogistique à outrance, et de la diète la plus sévère jusqu'à l'alimentation forcée Le défaut d'espace nous interdit également d'aborder les questions qui se rattachent à la diététique chirurgicale, au régime des convalescents et des valétudinaires.

Dans le quatrième livre, l'auteur passe en revue les diètes exclusives et leur application au traitement des maladies. Si la variété dans le régime est une condition de santé dans l'état physiologique, l'usage longtemps continué d'un même aliment doit apporter dans la nutrition des troubles profonds, et peut, dans des conditions déterminées, s'élever à la hauteur des médications altérantes les plus énergiques. C'est ainsi que l'abstinence ou diète négative, par laquelle l'auteur débute, est l'agent le plus efficace de la médication spoliative, et il envisage ses effets dans l'état physiologique, dans les maladies diathésiques et dans les affections chirurgicales. La diète sèche ou xérophagie est ensuite étudiée dans ses applications principales, comme moyen de diminuer l'abondance de quelques sécrétions normales ou pathologiques, de favoriser la résorption des épanchements séreux, d'activer l'absorption des médicaments, et enfin comme agent principal du traitement arabique de la syphilis. La diète végétale sous ses différents aspects; son utilité dans la goutte et dans la gravelle; la diète animale et son importance dans le traitement de la glycosurie, des diarrhées chroniques, du rachitisme, du cancer; le régime lacté dans les hydropisies, dans les maladies organiques; son emploi comme moyen d'introduction des médicaments dans l'organisme; le lait de chèvre chloruré du docteur Amédée Latour dans la phthisie pulmonaire; les récents travaux de M. Labourdette sur la galactothérapie, et enfin les cures de petit-lait que M. Edmond Carrière signalait, il y a deux ans environ, à l'attention des médecins, terminent cette dernière partie de l'ouvrage, dans laquelle l'auteur, fidèle à son programme, a réuni à l'héritage du passé les promesses de l'avenir.

Ce compte rendu ne peut donner une idée suffisante d'un livre qui se distingue surtout par la richesse, nous allions dire par le luxe des détails, et qui, par cela même, échappe à l'analyse. Nous l'avons loué sans réserve et sans tenir compte de quelques imperfections inséparables de toute œuvre nouvelle édifiée sur une aussi large base. Nous ne nous sommes pas arrêté à contester à l'auteur la valeur de certaines opinions personnelles, à lui demander compte de sa prédilection pour quelques aliments mis au ban de l'opinion médicale, de son antipathie pour des mets considérés en général comme assez inoffensifs. Entraîné par la lecture attrayante de plusieurs de ses chapitres, nous ne nous sommes pas demandé s'il n'eût pas été possible de les faire plus courts, et si ces développements, d'un intérêt incontestable, ne l'avaient pas entraîné à sortir parfois de son plan. Ces légers défauts ne nous ont pas paru de nature à devoir entrer dans la balance, et nous nous sommes attaché surtout à faire ressortir la portée et la signification générale d'un livre plein d'idées neuves, riche de science et d'observation, écrit dans un style dont l'élégance soutenue ne s'abaisse au contact d'aucun détail, et que nous croyons appelé à rendre à la pratique d'importants services en appelant l'attention des médecins sur une des branches les plus négligées de la thérapeutique. Il est aussi de nature à exciter l'intérêt des gens du monde, dont l'attention est si facilement éveillée par tout ce qui touche à la santé, et que la vulgarisation des idées scientifiques a familiarisés depuis longtemps avec les sujets dont il traite. Quel que soit du reste l'avenir que le sort réserve à cet ouvrage, il suffit dès aujourd'hui pour assurer à M. Fonssagrives, parmi les hygiénistes les plus distingués de notre époque, une place qu'ils lui ont assignée eux-mêmes en l'appelant à participer avec eux à la rédaction des *Annales d'hygiène et de médecine légale*.

D[r] JULES ROCHARD.

---

## V

## VARIÉTÉS.

Nous avons reçu une nouvelle lettre de M. J. Guérin; l[...] dance des matières nous oblige à en renvoyer l'insertion a[...] chain numéro. Notre intention, du reste, n'est pas de p[...] cette controverse, en présence de faits incontestables.

— Par arrêté du 7 décembre, M. Paul Dubois, professeur de [...] nique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, est [...] se faire suppléer dans cette chaire, pendant le premier sem[...] l'année 1861-1862, par M. Pajot, agrégé près ladite Faculté.

— M. le docteur Marcé commencera son cours public sur les m[...] mentales le lundi 16 décembre, de une heure à deux heures, dans [...] phithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis et [...] dredis à la même heure.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'École supérieure de [...] macie de Montpellier a eu lieu le 15 novembre, sous la présidence [...] M. Donné, recteur de l'Académie. Voici les noms des lauréats [...] Faculté de médecine :

1[re] année. Prix : M. Trélatin-Bascou; Mention très honorable : M. [...] rayon. — 2[e] année. Mention honorable : M. Masse. — 3[e] année. Prix [...] M. Coural; 1[re] mention honorable : M. Sartre; 2[e] mention honorable [...] M. Blancard. — 4[e] année. Prix : M. Grynfelt.

MM. les docteurs de Seynes, Chauvin, Chabrier et Dussaud, ont, sur la présentation de la Faculté, été désignés par son excellence M. le ministre de l'instruction publique, comme ayant fait les thèses les plus remarquables pendant l'année 1859-60.

---

## VI

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

DOCUMENTS INÉDITS TIRÉS DES ARCHIVES DE L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE, publiés par *Ar. Verneuil*, sous les auspices de *Fréd. Dubois*. Deuxième fascicule [...] *Découverte de la staphylorrhaphie au* XVIII[e] *siècle*. Paris, Victor Masson et f[...] 1 fr. [...]

DE L'EMPLOI MÉTHODIQUE DES ANESTHÉSIQUES, ET PRINCIPALEMENT DU CHLOROFORME A L'AIDE DE L'APPAREIL RÉGLEMENTAIRE, DANS LE SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE, par le docteur *Ernest Berchon*. In-8 de 92 pages, avec une planche. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. [...]

RECHERCHES THÉORIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR L'ÉLECTRICITÉ, CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE MÉCANIQUE, par le docteur *Marié Davy*. In-8 de VIII-96 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 [...]

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE, par le docteur *Félix Roubaud*. 14[e] année. Paris, Labé. 4 fr.
Par la poste. 5 f[...]

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par *Ch. Deval*. Grand in-8 avec 44 figures intercalées dans le texte, 12 planches, et l'épreuve de la vue ou échelle typographique d'E. Jæger. Paris, Ch. Albessard et Bérard. 15 [...]

---

MM. les docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 31 décembre 1861 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de *vingt-quatre francs*, payable le 31 *janvier* 1862.

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

## BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. | PARIS, 20 DÉCEMBRE 1861. | N° 51.

### TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Séance annuelle. Éloge de Chomel. — Question de la salubrité des hôpitaux français. — Documents sur les hôpitaux anglais. — II. **Revue clinique.** De la paralysie agitante, à propos d'un cas tiré de la clinique du professeur Oppolzer. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Mémoire pour servir à l'histoire de l'hypertrophie simple plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques sans leucémie. — V. **Bibliographie.** Système de chirurgie théorique et pratique par plusieurs auteurs, sous la direction de E. Holmes. — VI. **Variétés.**

## I

Paris, le 19 décembre 1861.

*Académie de médecine :* SÉANCE ANNUELLE ; ÉLOGE DE CHOMEL. — QUESTION DE LA SALUBRITÉ DES HÔPITAUX FRANÇAIS. — DOCUMENTS SUR LES HÔPITAUX ANGLAIS.

La nécessité où nous sommes d'achever la publication du travail de M. Le Fort concernant l'hygiène hospitalière avant la reprise du débat engagé sur cette question ne nous permet pas de nous arrêter à la séance annuelle de l'Académie, et au discours qu'y a prononcé M. le Secrétaire perpétuel. C'en est fait, M. Dubois a définitivement adopté pour ces sortes de discours annuels le genre critique. Ce ne sont plus des *éloges*, comme le promettent les programmes officiels ; à peine peut-on les appeler des *panégyriques*, car la signification grammaticale de ce mot a été, pour ainsi dire, effacée par sa signification traditionnelle. Ce sont des *jugements*, tels qu'on pourrait les exprimer dans un article de journal.

Ce point de vue, nous l'avons dit bien des fois, manque d'à-propos. L'usage pieux d'évoquer devant un corps savant l'ombre d'un collègue illustre proteste de soi contre l'application rigoureuse des procédés et des sévérités de l'histoire ; et s'il en était autrement, si le Secrétaire perpétuel n'était qu'un historien, il serait convenable de ne remuer que des cendres depuis longtemps refroidies ; il le serait surtout de ne pas convier une famille, une mère, une épouse, des enfants, des frères, des sœurs à venir entendre des appréciations capables de les blesser au cœur, alors même que ces appréciations seraient d'une équité parfaite. Tout le talent de M. Dubois, — il en a montré un réel dans cette circonstance, et il a touché juste en beaucoup de points, — n'a pu sauver l'impression désagréable qu'ont fait ressentir à l'auditoire certains traits de sa critique. A. D.

Quoique ne touchant pas directement à la science médicale, ce détail (le coût de l'hôpital de Glascow) me paraît mériter d'être rapporté, et on lira je pense avec intérêt quelques passages d'une lettre que m'adressait M. le docteur Mac-Ghie, directeur de l'hôpital de Glascow, en réponse aux renseignements que je lui avais demandés.

« Les comptes des dépenses du nouvel hôpital sont maintenant
» presque tous rendus : la somme totale sera 13,000 livres ster-
» ling (325,000 fr.), comprenant les frais du mobilier. Sur cette
» somme, il faut déduire 50,000 fr. pour le terrain et les murs de
» clôture, ce qui porte les frais de construction de l'hôpital à
» 275,000 fr., y compris le mobilier. Le bâtiment peut contenir
» 200 malades ; mais en temps ordinaire il n'en renfermera que
» 160 seulement, ce qui fait monter le prix de revient de chaque
» lit à 1,375 fr. dans le premier cas, à 1,750 fr. dans le second.
» 2,500 fr. par lit est la limite posée par les architectes anglais.
» Notre bâtiment coûte peut-être un peu moins qu'ailleurs, par
» suite de la facilité que nous avons à nous procurer les maté-
» riaux.

» Notre nouvel hôpital a ses murs recouverts avec le ciment de
» Portland, de Keene ; plus cher que le plâtre, il est semblable,
» mais supérieur, au stuc employé à Lariboisière. Comme à Lari-
» boisière aussi, les lits ont des matelas élastiques, excepté les lits
» à fractures, dont le fond est formé par une lame de tôle et dont
» les matelas sont en crin.

» Je vous envoie un exemplaire du budget ; ce que je puis dire
» en résumé, c'est que les dépenses, y compris les honoraires des
» employés, les gages et la nourriture des domestiques, le blanchis-
» sage, les frais d'alimentation et de traitement des malades, le
» charbon, le gaz, etc., se sont montées l'année dernière à
» 215,100 fr. (8,604 livres), ce qui donne 57 fr. 20 c. par ma-
» lade.

» La durée du séjour a été de 23 jours pour les malades de mé-
» decine, de 31 pour ceux de chirurgie, de 26 pour ceux des salles
» de fiévreux ; moyenne, 26 jours et demi. La journée d'un ma-
» lade revient à 1 shelling 8 d. (2 fr.), à peu près comme à Paris. La
» dépense annuelle d'un lit est de 625 à 750 fr. ; elle est, je crois,
» à Londres, de 1,000 fr.

» Vous verrez à la page 21 du compte rendu que la mortalité a
» été en chirurgie de 1 sur 17 chez les hommes, de 1 sur 12 chez
» les femmes ; dans les salles de médecine, de 1 sur 9,8 pour les

» hommes, de 1 sur 11 pour les femmes; dans les salles de fiévreux, de 1 sur 5 pour les hommes, de 1 sur 9,9 pour les femmes. Plus de la moitié des décès sont dus à la phthisie, aux maladies du cœur, à l'hydropisie. »

Tels sont les renseignements *directs* que je me suis procurés sur ce point d'une source irréprochable et indiscutable. Chaque lit du nouvel hôpital de Glascow revient donc, tout compris, à 1,500 fr., chiffre qu'il est curieux de rapprocher de celui de 15,000 fr. qu'a coûté chaque lit de l'hôpital Lariboisière, en prenant pour point de départ 9 millions et en laissant, bien entendu, de côté, dans cette évaluation, le prix du terrain, la dépense totale ayant été, dit-on, de plus de 12 millions.

De sorte que le loyer annuel seul du lit d'un malade, qui revient à Glascow à 66 fr. 40 cent., coûterait à Lariboisière 660 francs.

S'il faut en croire une évaluation prématurée, le nouvel Hôtel-Dieu coûterait une vingtaine de millions, dont sept ou huit inutilement perdus en expropriations pour le placer là où il ne devrait pas être; chaque lit, en comptant sur un chiffre de 600 malades, reviendrait donc à 30,000 fr. Que coûte à Londres un lit d'hôpital? M. le docteur Steele a bien voulu m'envoyer des détails sur les trois hôpitaux de Londres construits récemment, et dans lesquels les malades ont ce qu'ils n'ont pas assez à Lariboisière, de l'air, de la lumière et de l'espace :

King's college, 1,750,000 fr. pour 220 lits, soit 7,954 fr. par lit; Guy's, 875,000 fr. pour 150 lits, ou 5,800 fr. par lit; Saint-Thomas, 1,000,000 pour 200 lits, ou 5,000 fr. par lit.

Il est vrai que les Anglais, avec leur sens éminemment pratique, ont compris qu'il fallait élever des asiles pour beaucoup de malades, et non des palais pour un petit nombre.

Pour suffire à toutes ses dépenses, l'hôpital de Glascow ne puise que dans la charité privée; il me paraît intéressant d'en indiquer, pour cette année, les principales sources. Les ouvriers employés dans les nombreuses manufactures de Glascow, et ceux qui travaillent dans les mines de fer et de houille qui entourent de toute part la ville ont souscrit en 1860 pour 56,285 fr. 40 c.; les capitaines et les équipages des steamers de la Clyde ont donné, dans la même année, 2,844 fr. On voit la large part que prend dans la charité publique la classe ouvrière en Angleterre, puisque ces deux souscriptions réunies montent à 59,129 fr. 50 c.

Il est juste, cependant, de réduire à sa véritable valeur le mérite de ces souscriptions. C'est, en quelque sorte, un payement anticipé des frais de séjour, une assurance mutuelle contre la maladie; chaque atelier, chaque équipage souscrit en nom collectif, et, grâce à cette souscription, il peut envoyer à l'hôpital un certain nombre d'ouvriers et de marins malades.

Les souscriptions reçues d'autres sources atteignent le chiffre de 86,976 fr. 25 c.; dans ce chiffre entrent les contributions payées par les conseils de paroisse pour le traitement des indigents sans ressources et sans amis. (City Parochial Board, 4,025; Barony Parochial Board, 2,225; Govan Parochial Board, 1,525, etc.)

A ces diverses souscriptions, il faut encore ajouter 7,794 fr. de legs particuliers reçus dans l'année, et 47,551 fr. 85 c. revenu de legs reçus antérieurement.

36,093 fr. proviennent du payement par les élèves des frais d'éducation; sur cette somme, la moitié ou 18,046 fr., 50 c. sont partagés entre les professeurs de clinique médicale et chirurgicale.

217,103 fr. 50 c. ont suffi pour donner en 1860 des soins à 3,407 malades reçus à l'intérieur de l'hôpital, donnant un total de 83,418 journées, ce qui porte le prix d'une journée d'hôpital à 2 fr. 59 c. Mais cette somme comprend aussi les frais de médicaments distribués à 10,811 malades, soignés au traitement externe.

### APERÇU GÉNÉRAL SUR LES HÔPITAUX ANGLAIS.

Ce qui distingue les hôpitaux d'Angleterre, c'est leur multiplicité et le petit nombre relatif de lits qu'ils renferment.

Londres, Liverpool, Manchester, Édimbourg, Glascow possèdent de grands hôpitaux; mais, en général, le nombre de ceux qui les habitent est moins grand qu'à Paris. Nous trouvons comme n... des lits dans les principaux hôpitaux de Londres les chiffr... vants :

| | |
|---|---|
| Saint-Barthélemy en renferme.... | 650 |
| Guy's................ | 550 |
| Saint-Thomas,............... | 520 |
| London Hospital ............ | 445 |
| Saint-Georges. .............. | 350 |
| Mary le Bone.............. | 320 |
| Middlesex.................. | 305 |
| Westminster.............. | 175 |
| Saint-Mary.............. | 150 |
| King's College.............. | 120 |
| Charing Cross .............. | 100 |
| Hôpital des maladies de poitrine... | 80 |
| | 3765 |

Ce qui donne un total de 3765 lits partagés entre douze é... blissements principaux, car je laisse de côté les moins importan... dont le nombre est considérable.

L'infirmerie royale de Glascow renferme 600 lits pour une po... lation de 358,926 habitants.

A Dublin, le système des petits hôpitaux a prévalu, la ville a... possède treize ou quatorze. Voici le chiffre de la population des principaux d'entre eux :

| | |
|---|---|
| Stevens Hospital renferme....... | 250 lits. |
| Hôpital royal.............. | 200 |
| Sir Patrick Dun's.............. | 100 |
| Courty Infirmary.............. | 112 |
| Adelaïde .............. | 100 |
| Saint-Patrick.............. | 80 |
| Mercers.............. | 40 |
| | 882 |

Total : 882 lits pour sept établissements. Dublin possède, en outre, un hôpital d'accouchement (Rotundo Hospital) de 140 lits, et un hôpital d'enfants.

Leur multiplicité, le petit nombre de malades qu'ils sont destinés à abriter, ne sont pas la seule différence qui sépare les hôpitaux de Dublin de ceux de l'Écosse et de l'Angleterre. L'indolence, la malpropreté, l'insouciance et la paresse, qui caractérisent, en général, les Irlandais, impriment à leurs hôpitaux, à ceux du moins que nous avons visités, un caractère spécial, qui établit avec ceux du Royaume-Uni une différence aussi profonde que celle qui existe entre les deux peuples auxquels ils sont destinés.

Les nouveaux hôpitaux que j'ai visités sont, pour la plupart, situés sur les limites des villes qui les possèdent. Cette situation a un double avantage : si les quartiers pauvres sont souvent placés au centre et dans le berceau même de la cité, les hôpitaux sont placés là où l'existence d'ateliers, de manufactures, exige leur présence, car c'est là et non dans sa demeure que l'ouvrier devient la victime d'accidents imprévus. A Paris même, j'ai pu constater, pendant mon internat, l'énorme différence qui existe dans le mouvement chirurgical entre Saint-Louis, par exemple, et l'Hôtel-Dieu. Cette position excentrique, en éloignant l'hôpital du centre des habitations, le place dans de meilleures conditions de salubrité, d'utilité même, et l'on ne perd pas en expropriations des millions avec lesquels on secourerait des milliers de malheureux. Tous les auteurs qui ont écrit sur la construction des hôpitaux recommandent surtout de rechercher pour leur emplacement les collines, les lieux élevés, bien aérés, et d'éviter avec soin les vallées, les bords encaissés des fleuves et les quartiers populeux.

Le mode de construction des hôpitaux anglais, le plan qui a présidé à leur distribution diffèrent évidemment pour chacun d'... en particulier. Dans quelques-uns, les bâtiments forment un quadrilatère complet, mais composé de bâtiments isolés (Saint-Barthélemy de Londres), ou incomplet par la suppression d'un des c... (London Hospital). Dans d'autres, ils se rapprochent de la fo... de l'H (San-Ambrogio de Milan); du T (ancienne infirm...

de Glascow); de l'X (hôpital Saint-Louis de Turin) D'autres fois, sur le bâtiment principal, viennent tomber perpendiculairement plusieurs ailes plus courtes, disposées d'une manière alterne (Blackburn Infirmary). Cependant, dans ces derniers temps, la création, comme à Lariboisière et à Beaujon, de pavillons séparés, a été le plan adopté à Saint-Jean de Bruxelles; mais à Saint-Thomas, à Guy's, à Glascow, les pavillons sont complétement isolés, de manière à empêcher l'arrivée par les galeries de communication de l'air vicié d'une salle dans l'autre.

Cette disposition, moins commode peut-être au point de vue du service, paraît offrir certains avantages sous le rapport de l'hygiène. La disposition des salles de Beaujon et de Lariboisière, semble réunir les avantages et supprimer les inconvénients des galeries de communication :

Nous leur faisons cependant un reproche, qui s'adresse surtout à Lariboisière. Les galeries de cet hôpital viennent s'ouvrir à leurs deux extrémités, d'un côté à la grille d'entrée, de l'autre au pérystile de la chapelle, de telle sorte qu'il s'établit, l'hiver surtout, entre l'air froid du dehors et l'air chaud des escaliers et des salles, un courant violent et la galerie devient une véritable glacière, qu'il est pour les malades dangereux de traverser. La disposition est bonne, à la condition que ces galeries soient complétement closes l'hiver, complétement ouvertes l'été.

Comme spécimen d'architecture pour de grands hôpitaux, Lariboisière, Beaujon sont construits sur un modèle à suivre au point de vue de l'agencement des pavillons, à la condition de laisser entre chacun d'eux un espace libre égal au moins à leur hauteur.

Je n'insiste pas davantage sur ce point, on trouvera sur cette question tous les renseignements désirables dans les nombreux travaux publiés en Angleterre sur l'hygiène et la construction des hôpitaux, par MM. Robertson, Parkes, Thompson, Brunel, Steele, Mac-Ghie et surtout par Miss Nightingale.

Quel peut être le nombre des étages? M. Malgaigne a montré qu'il serait à désirer que les hôpitaux n'eussent qu'un rez-de-chaussée ou un étage au plus. Cette disposition, excellente pour de très petits hôpitaux, est difficile à mettre en pratique, par suite des frais qu'entraîneraient l'achat d'un immense terrain et la dépense de construction; les fondations d'un bâtiment à un seul étage coûteraient presque autant que le reste de l'édifice.

La plupart des hôpitaux anglais ont trois étages de salles, mais les étages supérieurs sont presque partout réservés aux maladies qui donnent peu de mortalité, la syphilis, par exemple, ou à l'amphithéâtre des cours et des opérations, comme dans les infirmeries royales de Glascow et d'Édimbourg. L'existence de plates-formes mobiles enlève tout l'inconvénient qu'aurait, sans cela, le transport des opérés à l'étage supérieur.

La situation des corridors par rapport aux salles est une question dont on s'est également préoccupé en Angleterre; il est important que l'air et la lumière puissent arriver des deux côtés de la salle. Si la largeur du pavillon oblige à le couper en deux dans le sens de sa longueur, comme à Westminster, à Woolwich, si sa longueur dépasse les dimensions d'une salle, et oblige à diviser ce pavillon en plusieurs chambres communiquant par un corridor commun, comme à Rotterdam, à Édimbourg et à Dublin, les malades ne reçoivent plus que d'un seul côté l'air et la lumière. Sous ce rapport, la disposition adoptée dans le nouvel hôpital de Glascow et à Saint-Thomas nous paraît la meilleure. La cloison médiane de King's College et de Guy's ne remédie pas à l'inconvénient, et laisse subsister celui de la réunion d'un trop grand nombre de malades dans un même lieu.

La division en petites salles est le mode qui semble prévaloir en Angleterre. Mais il faut s'entendre sur la valeur du mot. On a rejeté aujourd'hui partout les salles de 78 malades, comme à Sainte-Marthe de l'Hôtel-Dieu, de 84, comme à Saint-Louis, d'un nombre au moins égal, comme à la Charité; mais on a rejeté également le système des chambres de 6 à 8 malades, ainsi que cela existe encore dans l'ancien bâtiment de Saint-Thomas et dans quelques hôpitaux de Dublin. Les salles construites depuis dix ans renferment un minimum de 13 et un maximum de 25 à 30 malades.

Il serait très intéressant d'étudier, au point de vue de l'influence que peut avoir l'étendue de la salle, le chiffre de la mortalité dans les divers hôpitaux de Paris. Dans l'état actuel des choses, une comparaison est impossible, car elle ne porte que sur l'ensemble du service, et l'on sait quelle différence existe dans la nature des lésions chirurgicales traitées à Saint-Louis, à Beaujon, et les affections soignées à la Charité et à l'Hôtel-Dieu. En l'absence de détails sur le nombre et la nature des opérations pratiquées dans les divers services, nous ne pouvons tirer aucune déduction légitime du tableau suivant, que nous empruntons au dernier compte rendu administratif :

| *Hôpitaux.* | *Mortalité pour* 100. |
|---|---|
| Saint-Louis | 11,98 |
| Maison de santé | 12,72 |
| Lariboisière | 15,32 |
| Necker | 15,70 |
| Saint-Antoine | 16,49 |
| Beaujon | 17,14 |
| Pitié | 17,56 |
| Cochin | 18,17 |
| Hôtel-Dieu | 21,64 |
| Cliniques | 27,37 |
| Charité | 35,27 |

La question de l'encombrement des salles me paraît dominer toutes les autres. Ne voulant m'appuyer que sur des chiffres authentiques, et bien que j'eusse fait moi-même, cette année, ces mensurations avec tout le soin possible, j'ai écrit à Londres et à Glascow, et j'ai reçu des médecins chargés de la direction des hôpitaux de King's College, de Saint-Thomas et de Glascow, MM. Guy, Steele, Whitefield, Mac-Ghie et Chatto, bibliothécaire du collége des chirurgiens d'Angleterre, les mensurations que j'ai déjà rapportées en partie.

Ne prenant que l'évaluation en mètres cubes pour chaque malade, je trouve les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| London Hospital | 47,6 |
| Saint-Thomas | 49,3 |
| Saint-Barthélemy | 47,2 |
| Glascow | 49,4 |
| King's College, anciennes salles | 49,0 |
| — nouvelles salles | 70,0 |

Si nous comparons avec ces chiffres ceux de quelques-uns de nos hôpitaux proposés pour modèle, Beaujon par exemple, nous arrivons aux résultats suivants :

Ces salles, dont M. Gosselin a bien voulu me communiquer les mesures qu'il a fait prendre lui-même, ont 18 mètres de longueur sur $9^{m},90$ de largeur et $4^{m},36$ de hauteur, ce qui nous donne une capacité de 776 mètres cubes pour 18 malades, ou 43 mètres cubes pour chacun d'eux. Il y a donc entre les nouvelles salles de King's College et celles de Beaujon une différence de près de moitié.

La différence avec Lariboisière, quoique moins grande, est encore sensible. Les salles de Lariboisière ont $38^{m},50$ de longueur et $5^{m},21$ de hauteur; leur capacité est donc de 1,785 mètres cubes pour 34 malades ou 52 mètres cubes par malade, chiffre notablement inférieur à celui de 70.

Mais il ne serait pas juste de prendre pour base de comparaison les salles récemment construites, et dont la capacité est jusqu'à présent exceptionnelle. Nous rapportons surtout ces chiffres pour montrer la voie dans laquelle sont entrés nos voisins dans la construction de leurs nouveaux hôpitaux; car le chiffre de 49,4 donné par Glascow doit être presque doublé, le cubage de la salle commune, des dépendances n'entrant pas dans cette évaluation.

Quelle est la capacité de la plupart des salles des hôpitaux de Paris? Je dois à la bienveillance de M. le professeur Malgaigne la communication de ces mensurations, prises, sur sa demande, en 1844, lors de la publication de son travail sur les hôpitaux de Paris.

| NOM de la salle. | NOMBRE de lits. | MÈTRES CUBES D'AIR pour chaque lit. | NOMBRE de croisées. |
|---|---|---|---|
| *Hôpital de la Pitié.* | | | |
| Saint-Antoine | 20 | 39,93 | 10 |
| Saint-Louis | 40 | 51,82 | 22 |
| Saint-Gabriel | 40 | 44,24 | 22 |
| Saint-Jean | 24 | 40,80 | 11 |
| Saint-Augustin | 32 | 52,03 | 16 |
| Saint-Philippe | 10 | 36,72 | 10 |
| *Hôpital Saint-Antoine.* | | | |
| Saint-François | 38 | 41,60 | 28 |
| Sainte-Marthe | 22 | 36,21 | 12 |
| *Hôtel-Dieu.* | | | |
| Sainte-Marthe | 78 | 55,60 | 40 |
| Saint-Charles | 21 | 55,03 | 12 |
| — (annexe) | 4 | 43,36 | 1 |
| Saint-Jean | 20 | 55,77 | 12 |
| *Hôpital Beaujon.* | | | |
| Grandes salles | 18 | 43 | 8 |
| Petites salles | 2 | 35,38 | 1 |
| *Hôpital des Cliniques.* | | | |
| Salle des femmes | 22 | 31,42 | 20 |
| Salle des hommes | 9 | 65,94 | 4 |
| — | 12 | 52,91 | 4 |
| — | 12 | 52,91 | 4 |
| *Bicêtre.* | | | |
| Première salle | 50 | 32,90 | 26 |
| Pavillon | 12 | 24,61 | 4 |
| *Charité.* | | | |
| Sainte-Vierge et Saint-Jean | 82 | 55,20 | |
| Sainte-Catherine et Sainte-Rose | 52 | 47,70 | |
| *Salpêtrière.* | | | |
| Sainte-Anne | 30 | 42,09 | 24 |
| Saint-Antoine | 24 | 70,88 | 14 |
| Saint-Michel | 12 | 41,13 | 3 |

La moyenne de ces chiffres serait donc, pour Paris, de 44$^{m.c.}$,76 d'air par malade; elle serait, pour les hôpitaux anglais que j'ai cités, de 52$^{m.c.}$,08.

Mais je n'attache pas à cette évaluation plus d'importance qu'elle ne mérite; elle est évidemment insuffisante, car elle ne porte pas sur un assez grand nombre d'hôpitaux étrangers. Quoi qu'il en soit, après avoir suivi pendant plusieurs mois ceux de Londres, après avoir visité la plupart des grands établissements hospitaliers de l'Angleterre, il m'est resté cette impression très vive et très nette que l'espace laissé entre les lits est beaucoup plus grand dans les hôpitaux anglais que dans les nôtres, même en tenant compte de l'illusion que peut produire l'absence des rideaux.

Lorsqu'on entre pour la première fois, en Angleterre, dans une salle d'hôpital, la première impression que l'on reçoit est défavorable. Les salles paraissent vastes, mais nues, et beaucoup plus tristes qu'à Paris. Plusieurs causes tendent à produire cet effet. Les lits sont bas, généralement en fer, recouverts d'une toile à carreaux bleus et blancs, presque toujours sans rideaux qui, lorsqu'ils existent, sont attachés au mur autour d'un demi-cercle de fer. Les lits n'ont qu'un seul matelas de laine, mais comme leur fond est presque toujours formé par une toile tendue, on y est assez bien couché. Les couvertures sont en laine et en coton, les draps en toile blanche. Cependant les lits de nos hôpitaux sont incontestablement bien meilleurs. L'aspect même des malades contribue encore à assombrir le tableau; la vaste et chaude capote grise dont la sollicitude de l'administration couvre et protége ses pensionnaires, est inconnue en Angleterre; chaque malade garde ses vêtements, quelquefois ses haillons.

Mais une fois que l'habitude a émoussé cette sensation pénible, on n'est plus frappé que des avantages que ces hôpitaux présentent au point de vue de l'hygiène.

Les salles n'ont point cette odeur que l'on retrouve même à Lariboisière, et cependant il n'existe point d'appareil particulier pour le chauffage et l'aération.

*Chauffage.* Le chauffage est obtenu, dans presque tous les taux que j'ai visités, par la combustion du charbon de terre d vastes cheminées ouvertes. Chaque salle en possède toujours moins une, quelquefois trois ou quatre. Le feu est toujours a l'été comme l'hiver; mais quand il fait chaud, celui de l'offic souvent seul, et toujours les fenêtres de la salle sont larg ouvertes, même pendant la visite. Le même système sert p chauffage des corridors et des escaliers, il y a des cheminées a dans les vestibules d'entrée; cependant les escaliers de L hospital, mais les escaliers seuls, sont chauffés par des condu viennent aboutir et se recourber en serpentins dans une sor cage de fonte. Ce système de tubes appartient au genre des a reils à circulation d'air chaud ou d'eau chaude; il n'y a pas bouches de chaleur, l'air ambiant circule et s'échauffe autour tubes. L'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, est, dans sa total chauffé de la même manière, par circulation d'eau chaude.

Ce système de chauffage, par de larges et grandes chemin chauffées au charbon de terre, peut être beaucoup plus cher ceux employés à Lariboisière, par exemple; mais, au point de v de la chaleur, il est complétement suffisant, et il a un avantage d il faut bien parler. Qui de nous voudrait, au lieu du foyer domes tique, s'asseoir avec sa famille autour d'un de ces *gros cylindres* d cuivre, bien luisants, bien jaunes, recouverts de sable et percés d trous par lesquels s'échappe une chaleur humide et désagréable? I suffit, quel que soit le moyen, de chauffer le travailleur; il ne suf pas de chauffer le malade, il faut chercher à diminuer pour lui la tristesse et la solitude des salles.

L'administration de nos hôpitaux en chauffe ainsi quelques-uns; nous citerons avec éloge le pavillon Saint-Mathieu, à l'*hôpital* Saint-Louis.

*Aération.* — A la question de chauffage se rattache directement celle de l'aération. Pas plus que pour le chauffage, on n'emploie en Angleterre d'appareil ventilateur mécanique ou autre. L'air, appelé par le tirage des cheminées, *allumées, comme* je l'ai dit, une au moins par salle et en toute saison, entre librement de l'extérieur comme dans nos appartements par les jointures des portes et des fenêtres. Les expériences de M. Grassi n'ont-elles pas, du reste, montré que c'est par là que, à Lariboisière même, pénètre dans les salles, plus de la moitié de l'air qui y entre? Mais ce qui suffit dans nos habitations particulières, ne suffit point aux hôpitaux; il faut, dans quelques cas, souvent même, une ventilation plus énergique, une prise d'air plus considérable; elle est obtenue par une disposition très ingénieuse, c'est celle qui existe à l'infirmerie de Glascow, et que j'ai rapportée tout à l'heure. Guy's, Saint-Thomas de Londres, sont ventilés d'une manière analogue.

La ventilation et le chauffage artificiels ont-ils des avantages au point de vue de l'hygiène? On serait tenté d'en douter, si nous comparons les choses les mieux comparables, c'est-à-dire les services de médecine de nos différents hôpitaux au point de vue de la mortalité. Nous voyons Lariboisière l'emporter sur tous les autres, et Beaujon venir en troisième ligne. C'est encore dans le dernier compte rendu administratif que nous puisons ces documents :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Lariboisière, | 1 décès sur | ...... | 5,83 | malades. |
| Pitié, | — | ...... | 6,97 | — |
| Beaujon, | — | ...... | 7,10 | — |
| Cochin, | — | ...... | 7,16 | — |
| Charité, | — | ...... | 7,90 | — |
| Hôtel-Dieu, | — | ...... | 8,14 | — |
| Necker, | — | ...... | 8,29 | — |
| Saint-Antoine, | — | ...... | 8,41 | — |

Le chauffage direct au charbon de terre dans de grandes cheminées ouvertes peut coûter plus cher; mais, d'après tout ce que j'ai vu, il me paraît de beaucoup préférable à tout autre; je crois également malheureuses les tentatives de ventilation artificielle. Sommes-nous bien certains que cet air échauffé par ces divers procédés n'ait pas subi des modifications que ne peuvent nous faire apprécier les expérimentations physiques ou chimiques, mais que semblent nous révéler les sensations désagréables, pénibles même

que nous éprouvons lorsque nous sommes près d'une de ces ouvertures qui vomissent des torrents d'air chaud ?

La question est d'autant plus importante, que nos voisins, séduits par des vues théoriques et ne sachant pas si nous en sommes ou non satisfaits, discutent en ce moment l'opportunité de l'application du système van Ecke à la ventilation de leurs futurs hôpitaux.

Quelque parfaite que soit, dans les hôpitaux anglais, la ventilation naturelle, elle n'empêcherait pas la mauvaise odeur si les soins hygiéniques et de propreté n'étaient rigoureusement observés.

L'absence de rideaux me paraît une excellente chose, en n'emprisonnant pas le malade au milieu de l'atmosphère viciée qu'il s'est créée autour de lui, et en n'empêchant pas la ventilation générale. On invoque, pour leur défense et leur conservation, la pudeur; mais les rideaux n'existent pas en général, même en France, dans les casernes, les dortoirs des pensionnats et même des couvents. Quand les nécessités de la pratique forcent à découvrir certaines régions, lorsqu'il faut cacher aux autres malades la vue d'une agonie, les rideaux appliqués lorsqu'ils existent aux murs de la salle, un large paravent quand ils manquent, créent à volonté un isolement suffisant. Du reste, on peut sur ce point s'en rapporter à la pudeur, sinon à la pruderie d'un peuple chez lequel le chirurgien est parfois réduit à opérer une fistule vésico-vaginale à travers le trou fait à une alèze.

Rien d'inutile dans les salles; on ne voit pas en Angleterre le chevet du lit des malades garni de provisions de toute sorte ; on ne voit pas à côté de lui un meuble dans lequel se confondent pêle-mêle sa pipe, son tabac, ses souliers, son pain et son urinoir. Les repas sont servis à heure fixe ; et les malades viennent manger en commun à la table servie au milieu de la salle, ou au réfectoire qui y est annexé ; le repas fini, la table est desservie, et si la faim se renouvelle trop tôt, la surveillante donne, si elle le juge convenable, un supplément de vivres.

« L'épreuve du réfectoire a été faite à Lariboisière, et, dit M. Davenne, elle n'a pas réussi. » Cela ne saurait étonner. Ces réfectoires de Lariboisière sont au rez-de-chaussée; on y arrive en traversant une galerie qui l'hiver est, au dire même des administrateurs, une véritable glacière; il n'y a pas seulement des inconvénients, il y a du danger à ce qu'un malade descende du troisième étage, et sorte d'une salle bien chauffée pour venir s'exposer, même pendant quelques minutes, à un courant d'air violent. Il faut que la table soit servie à des heures réglementaires dans la salle, ou mieux, quand cela est possible, dans une de ses dépendances.

On ne trouve pas non plus dans les salles ces mannes remplies de linges à pansement, de charpie souillée de pus, qui y séjournent en dépit de toutes recommandations des médecins ou des directeurs. Simplicité dans les pansements, telle est la règle; un peu de *lint* suffit à tout dans la plupart des cas. Souillé ou non, aussitôt enlevé de la plaie, il est jeté au feu toujours allumé dans la salle. L'excellente thèse de M. Topinard renferme sur les pansements tous les renseignements dans le détail desquels je ne puis entrer.

On accorde également un soin tout particulier aux objets de literie. Lorsqu'un malade vient à mourir, les matelas sont toujours enlevés de la salle, la laine en est lavée, cardée, et c'est en quelque sorte un matelas nouveau qu'on rapporte dans la salle.

Les parquets sont le plus souvent construits en sapin rouge ou en bois de chêne. Ils ne sont pas cirés, mais lavés, non à grande eau, mais à l'éponge, d'une blancheur et d'une propreté hollandaise.

Cette manière de faire supprime à la fois les inconvénients de l'humidité et ceux des poussières que soulève le frottage de nos salles.

Les lieux d'aisances, qui doivent être à portée des malades, mais séparés des salles, comme à Glascow, à King's college, sont abondamment pourvus d'eau, et tenus dans un remarquable état de propreté, qu'il serait difficile, sinon impossible d'obtenir de nos malades.

*Régime.* — Le régime alimentaire est excellent; les extra sont à la volonté des médecins que ne retiennent aucun règlement administratif, et qui peuvent donner à tous leurs malades, s'ils le jugent convenable, du sucre dans leurs tisanes en même temps que des côtelettes. Les malades reçoivent de la bière, du vin et du cognac très employé en Angleterre, malgré son prix élevé, dans le traitement consécutif aux opérations, concurremment avec les opiacés.

Il n'existe d'autre cahier de visite que celui d'observation médicale, parfaitement tenu par un élève spécial, spécialement rétribué. Quant aux cahiers tels que nous les connaissons en France, ils manquent complétement. Au lit de chaque malade se trouvent deux pancartes : l'une porte la mention de l'alimentation, l'autre les prescriptions. Pas de bons signés ou écrits, même sous peine de nullité, par le médecin lui-même. Cette habitude, cette absence si l'on veut de contrôle, cette confiance, il faut bien le dire, nous l'avons retrouvée partout : en Angleterre, en Écosse, en Belgique, en Italie ; nous ne croyons pas cependant y avoir rencontré plus de probité qu'en France.

Les malades font trois repas par jour : le déjeuner, le dîner et le souper. La portion entière réglementaire, sans extra, laquelle est presque toujours donnée en chirurgie et souvent avec supplément, se compose généralement d'une demi-livre de viande, une livre de pain, un litre de pommes de terre, un litre de gruau, un quart de litre de lait.

Le service des salles est fait par les médecins et chirurgiens assistés de leur adjoint (*Assistant Surgeon*), de l'interne (*House Surgeon*), des panseurs (*Dressers*). Une salle n'est pas spécialement affectée à tel ou tel chef de service ; le jour d'entrée du malade décide en général du choix du chirurgien ; le malade entrant est placé dans le premier lit vacant, de telle sorte que, dans une salle de King's college, le n° 1 sera soigné par M. Fergusson, le n° 2 par M. Partridge, le 3 et le 4 par M. Bowman, le 5 par M. Fergusson, etc. Impraticable en France, cette disposition permet en Angleterre une excellente habitude. Dans la plupart des hôpitaux, les opérations non urgentes sont faites à un jour déterminé : le jeudi par exemple à Saint-Georges ; or, la veille de ce jour, le chirurgien traitant montre à ses collègues, en présence des élèves, le malade qu'il se propose d'opérer le lendemain ; le malade examiné, on se retire à l'amphithéâtre, et là, toujours en présence des élèves, on décide, dans une sérieuse et instructive consultation, de l'opportunité et du choix de l'opération. On voit facilement de quelles garanties une telle pratique entoure et protége le sort des malades.

Le service des salles est partout fait par des femmes (*Nurses*). Les surveillantes, bien rétribuées, entourées d'une considération qu'elles savent mériter, m'ont paru aussi attentives qu'expérimentées ; elles ont sous leurs ordres des infirmières, également plus payées qu'à Paris. Chacune d'elles est, en général, chargée de donner ses soins à douze ou quinze malades.

*Hôpitaux spéciaux.* — On ne trouve que très exceptionnellement des hôpitaux d'accouchement, plus rarement encore des hôpitaux d'enfants. Cependant il existe sur les bords de la mer, à Margate, un bel hôpital que nous avons visité avec un vif intérêt, et qui reçoit les enfants scrofuleux des hôpitaux de Londres, lorsqu'on croit l'air de la mer et les bains nécessaires à leur guérison ou à la consolidation de leur convalescence. Cet hôpital, existant depuis longtemps, a une utilité sans conteste, et l'administration française a suivi avec bonheur, sur ce point l'exemple de l'Angleterre.

Mais à Londres, comme dans toute l'Angleterre, les femmes en couches, les enfants sont reçus dans tous les hôpitaux. Chaque service de médecine et de chirurgie renferme un certain nombre de lits d'enfants, soit mêlés à ceux des adultes, soit réunis dans une salle spéciale, comme cela existe à London hospital dans le service de M. Curling.

Cependant cette dernière disposition est l'exception. Les tout jeunes enfants, quel que soit leur sexe, sont reçus dans les salles de femme, et les malades ont réellement pour eux des soins ma-

ternels. Au-dessus de l'âge de six ou sept ans, les petits garçons entrent dans les salles d'hommes.

La question de l'existence des asiles spéciaux réservés à l'enfance, celle de la dissémination des enfants malades dans les hôpitaux généraux, ont une gravité suffisante pour autoriser un examen rapide. Non-seulement l'administration défend le système de la spécialisation, mais elle veut encore l'étendre à la création d'hôpitaux nouveaux. Il y a là un immense danger que n'a pas aperçu M. Davenne.

Il existe à Londres, a dit l'honorable directeur général des hôpitaux, un hôpital destiné aux enfants, mais de création récente. Ce qui prouve l'excellence et l'utilité de cette mesure, c'est qu'elle a obtenu les suffrages de tout le corps médical.

Je combats d'autant plus vivement les idées émises par M. Davenne que j'ai pour leur auteur le respect et la profonde estime que commandent des services rendus avec un dévouement et une abnégation que nous connaissons tous. Mais c'est parce que la haute intelligence, la probité et la grande expérience de M. Davenne donnent plus de poids à ses paroles et à ses opinions que je tiens à combattre par des faits ce que je crois être une erreur.

Il y a à Londres un hôpital d'enfants; il n'existait pas lors de mes premiers voyages, en 1856 et 1858; je ne l'ai pas visité cette année, n'en ayant pas entendu parler; je ne puis donc qu'admettre son existence, sans discuter son organisation; mais ce que je sais, c'est que cette mesure n'a pas obtenu les suffrages de tout le corps médical, ou, si l'on veut même, du corps médical anglais.

J'ai souvent causé de cette spécialisation avec des chirurgiens et des médecins d'hôpitaux de Londres et d'autres villes d'Angleterre; tous y voient de grands dangers et la repoussent. Faut-il un document officiel? le voici, et je le prends encore dans le rapport de 1861, du comité médical de l'infirmerie de Glascow. En réponse à une offre d'argent pour la construction d'un bâtiment spécial affecté au traitement des maladies de l'enfance, le comité répond ceci :

« Avec trente grandes salles et cinquante-six petites, chacune contenant d'un à trois lits, nous pouvons avec peu et même sans inconvénient, fournir cent lits et plus pour le traitement des enfants, que nous pouvons disséminer dans l'hôpital, suivant la nature des maladies, et *remédier ainsi aux dangers reconnus* (*acknowledged evils*) *résultant de la réunion* (page 2) *d'un grand nombre d'enfants malades.* »

Ceux qui connaissent l'Angleterre savent très bien comment s'y créent les hôpitaux, dispensaires, infirmeries. Il y en a plus de 100 à Londres, renfermant quelquefois 3, 4 ou 6 lits seulement. Un particulier qui a vu en France des hôpitaux d'enfants, a l'idée d'en créer un de 2 ou de 200 lits; rien ne l'empêche de le faire, s'il est assez riche pour cela. Un médecin désire avoir un hôpital spécial, il envoie des circulaires dans lesquelles il vante les bienfaits de la spécialisation; s'il trouve des adhérents et des souscripteurs, l'hôpital d'enfants se fonde.

Un médecin a publié des travaux, remarquables et remarqués, sur une partie limitée de l'art de guérir. Des personnes, mues par la charité, et désirant étendre aux pauvres les bienfaits de la science, et d'une pratique éclairée, se réunissent pour trouver l'argent nécessaire, et l'hôpital d'enfant sort encore de ce troisième mode de procéder.

Il existe à Birmingham un dispensaire pour le traitement des maladies des dents (*the Birmingham and Midland Counties Dispensary for Diseases of the Teeth*), ayant son président (sir John Ratcliff), son secrétaire, ses dentistes traitants et consultants, son trésorier, ses banquiers, son conseil d'administration. Un National Dental Hospital, situé *Great Portland Street*, à Londres, a été inauguré le 11 novembre 1861 sous la présidence du docteur J. Brady, membre du Parlement. Cela prouve-t-il qu'il faille créer en France un hôpital spécial pour les névralgies et les caries dentaires, et, de ce que cet hôpital existe, s'ensuit-il qu'il a l'approbation de tout le corps médical anglais?

Il existe à Londres un hôpital d'enfant; je le veux bien; il en existerait dix que cela ne prouverait rien contre l'opinion ; veux appuyer par des faits.

L'administration craint la promiscuité; elle remplace la et doit veiller à la moralité des enfants qu'on lui confie; ce sentiments qui rencontreront toujours l'approbation des gens bien; nous devons y applaudir et non les combattre. Le plus argument est la promiscuité des âges; n'existe-t-elle donc qu' l'adulte et l'enfant? Il faut, dans cette grave question des taux, descendre au fond des choses, chercher la vérité, évitant au même degré la prudence et le cynisme, chacun faire appel à ses souvenirs, se rappeler ce qu'il a vu depuis collége jusqu'à l'hôpital des enfants.

Nous devons sans doute chercher à moraliser l'enfance, n'oublions pas non plus que les administrations hospitalières, les médecins ont un premier devoir à remplir : *guérir les ma* qu'on leur confie. Cuique suum.

La réunion des enfants dans un hôpital spécial a-t-elle quel influence sur la mortalité? C'est un fait qui paraît ne pouvoir révoqué en doute. Interne à l'hôpital Saint-Eugénie en 1854, été frappé de l'effroyable mortalité qui pèse sur le jeune âge, a même que, cédant aux instances de parents dénués de toutes ressources, on reçoit ces enfants peu ou pas malades dans les sal Bientôt ils y contractent une de ces fièvres éruptives qui y règnent en permanence, et, s'ils échappent à l'une, à peine convalescents ils en contractent une autre qui cette fois les emporte. Cet inconvénient n'existe plus au même degré dans les salles d'adultes, pe disposés, on le sait, à contracter ces maladies par voie de contagion de l'enfance. Mais ce n'est pas tout; la statistique officielle de l'administration constate pour 1859, dans nos hôpitaux d'enfants une mortalité effrayante, bien supérieure à *celle des adultes*, alors qu'en ville cette mortalité est moindre sur *les enfants* du même âge, c'est-à-dire de deux à quinze ans.

La mortalité générale a été, à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1859, de 1 sur 6,51; à l'hôpital des Enfants malades, de 1 sur 6,78.

Qu'est-elle en Angleterre? A l'hôpital de Guy, pendant une période de sept ans (1854-1860), elle a été de 1 sur 11,43 seulement (384 morts sur 4,392 enfants malades); elle a été, à l'infirmerie de Glascow, en 1860, de 1 sur 15,54.

Ici encore une comparaison rigoureuse est impossible; car, si nous possédons pour l'Angleterre le détail des maladies qui font la base de la statistique, cet élément analytique nous manque à Paris.

Un fait cependant doit nous frapper : les opérations réussissent bien plus facilement sur l'enfant que sur l'adulte; c'est un point sur lequel insiste avec raison l'habile et dévoué chirurgien de Sainte-Eugénie, M. Marjolin; et cependant la mortalité des services de chirurgie, alors qu'elle est, à Paris, dans les hôpitaux d'adultes, de 1 sur 19,18 descend, pour celui des enfants malades, à 13,86, et pour Sainte-Eugénie, à 15,40. Elle y est donc supérieure à celle des adultes.

A Guy, où les enfants sont mêlés aux adultes, la mortalité est de 1 sur 11, c'est-à-dire inférieure à celle des adultes, qui a été de 9,61. Il y a là matière à examen, d'autant plus que, à Paris, nos hôpitaux d'enfants renferment beaucoup de chroniques, lesquels donnent peu de mortalité, et qui sont soignés à Londres traitement externe, sans entrer dans les salles de l'hôpital.

Voilà le fruit de la réunion des enfants dans un même lieu. Est-ce une raison pour supprimer les hôpitaux d'enfants? Non, mais c'est une raison pour les modifier.

Ceux que nous appelons *chroniques* exigent des soins particuliers moraux, médicaux et hygiéniques, pendant la longue durée de leur séjour à l'hôpital. La gymnastique leur est non-seulement mais nécessaire; pour eux l'hôpital spécial; pour les *aigus*, la dissémination; c'est ce qui existe à Londres.

On parle de moralité, et l'on a raison; mais ne serait-elle sauvegardée en créant dans chaque établissement, comme existe à *London hospital*, un service de 20 à 25 lits seulement réservé uniquement à l'enfance?

Cette mesure concilierait les intérêts de l'humanité avec ceux de la science, car je n'oublie pas que c'est à la spécialisation que

devons les remarquables travaux de Rilliet, Legendre, ceux de M. Blache, et de mon cher et vénéré maître M. Barthez.

Quand bien même on suivrait exactement l'exemple de nos voisins, en permettant l'entrée des enfants dans les salles d'adultes, quelle objection valable peut-on faire à cette mesure ? Ouvrons à l'enfance les portes de nos hôpitaux généraux, et ne substituons pas nos règlements aux droits sacrés de la famille. Laissons les asiles spéciaux à ceux qui préfèrent la morale ; laissons les autres à ceux qui préfèrent le salut de leur enfant.

*Femmes en couches.* — Il est une autre espèce d'établissements spéciaux contre l'existence desquels je m'élève cette fois d'une manière absolue, ce sont les hôpitaux destinés aux femmes en couches. La mortalité a été, en 1859, dans la proportion suivante :

Maternité, 1 sur 13,31 accouchées ; Cliniques, 1 sur 32,62 accouchées.

Est-il besoin de rappeler les effroyables épidémies qui forcent presque chaque année l'administration à fermer la maternité ? En Angleterre, il y a aussi des établissements spéciaux, mais les femmes en couches sont reçues dans les hôpitaux ordinaires ; la mortalité y est-elle plus ou moins grande ? Ici les choses sont comparables, je ne puis mieux faire que de laisser parler les chiffres, qui vont avoir leur éloquence, et je me borne à traduire un passage du compte-rendu de l'hôpital de Guy, compte rendu que M. Davenne montrait, il y a quelques jours à l'Académie, et qu'il citait comme un argument en faveur du système de spécialisation, sans se douter certainement qu'il renfermait sa condamnation sans appel.

« La table suivante donne un résumé des cas soignés dans les » salles d'accouchements de l'hôpital, pendant ces sept dernières » années :

» Nombre des accouchées, 11,928 : naissances simples, 11,800 ; » gémellaires, 128 ; total des enfants, 12,056. Sur ce nombre, » 6,069 garçons et 5,446 filles vivaient au moment de la nais- » sance ; il y eut 541 mort-nés, dont 326 garçons et 215 filles. » Sur le nombre total des naissances, il y eut 11,668 présentations » naturelles et 388 vicieuses ; ces 388 se divisent ainsi : 162 pré- » sentations des fesses, 101 des pieds, 51 des bras, 34 de la face, » 6 du tronc et 12 du placenta,

» Sur les 11,928 accouchées, il y en avait à leur :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1er accouchement.... | 1,762 | *Report*.... | 11,812 |
| 2e — .... | 1,910 | 13e accouchement.... | 48 |
| 3e — .... | 1,806 | 14e — .... | 30 |
| 4e — .... | 1,508 | 15e — .... | 14 |
| 5e — .... | 1,308 | 16e — .... | 12 |
| 6e — .... | 1,055 | 17e — .... | 4 |
| 7e — .... | 850 | 18e — .... | 4 |
| 8e — .... | 597 | 19e — .... | 2 |
| 9e — .... | 443 | 20e — .... | 1 |
| 10e — .... | 280 | 21e — .... | 0 |
| 11e — .... | 186 | 22e — .... | 1 |
| 12e — .... | 107 | | |
| *A reporter*.... | 11,812 | TOTAL.... | 11,928 |

» Parmi les mères, il y eut 36 morts amenées par les causes » suivantes : 14 par péritonite, 7 par hémorrhagie utérine, 3 par » rupture de l'utérus, 1 par métrite, 1 par phthisie, 1 par choléra, » 2 par pneumonie, 1 par fièvre, 2 par maladie de Bright, 2 par » infection purulente et 2 par éclampsie. »

Tels sont les faits ; je n'ai pas besoin d'en tirer les conséquences.

Il existe à Londres surtout des hôpitaux spéciaux pour le traitement des maladies des yeux, de la phthisie, du cancer, de l'épilepsie, etc. Leur nombre est assez considérable, mais cela tient, comme je l'ai déjà dit, à la manière dont se fondent les établissements hospitaliers.

Le petit nombre de lits que renferme chaque hôpital, ne permettrait de secourir qu'un nombre très restreint de malades, s'il n'existait un service extérieur, sorte de consultation, mais pour lequel les malades sont immatriculés comme ceux des salles.

Ce service, fait par les médecins de l'hôpital, permet d'étendre considérablement les secours médicaux. C'est ainsi que l'hôpital de Westminster, qui ne contient que 175 lits, a donné à l'extérieur pendant l'année 1860, non-seulement des conseils, mais des soins, à 20,000 consultants.

Tels sont brièvement quelques-uns des principaux renseignements que donne sur la question d'hygiène hospitalière l'examen rapide de l'état des hôpitaux anglais. Comme on le voit, les choses sont différentes à Paris, mais cela tient moins à notre organisation hospitalière qu'à l'esprit même de la nation.

Ces différences dans la construction, l'aménagement des hôpitaux expliquent-elles seules la diminution relative de la mortalité en Angleterre après les amputations ? Je ne le pense pas. Si j'ai cité comme modèle quelques hôpitaux, je dois ajouter que ces établissements sont de date toute récente. Les nouveaux bâtiments de Guy's, de Saint-Thomas, sont élevés depuis la création de l'hôpital Lariboisière. Ceux du King's college viennent à peine d'être terminés ; le nouvel hôpital chirurgical de Glascow n'a été inauguré que le 21 mai dernier. Quant aux autres, sauf une légère différence dans le nombre proportionnel des lits, un chauffage naturel au charbon de terre, ils ne sont guère meilleurs que les nôtres, et la différence de mortalité date de longtemps. Si on ne peut l'attribuer uniquement aux conditions que je viens de signaler, il faut bien la chercher dans une observation plus stricte, de ces mille précautions, insignifiantes séparément, mais qui, réunies, acquièrent une grande importance. Le traitement, d'après tout ce que j'ai vu, doit aussi y avoir sa part.

La réunion immédiate, souvent obtenue, mais cherchée dans des conditions à pouvoir l'obtenir, en procédant au pansement quelquefois après plusieurs heures, les pansements réduits à une grande simplicité, une forte, très forte alimentation après les opérations, l'usage des toniques, des alcooliques même à hautes doses, mais aux opiacés. Toutes ces conditions m'ont paru avoir une influence notable sur l'abaissement de la mortalité, et l'on voit pratiquer journellement en Angleterre des opérations telles que les résections articulaires, l'ovariotomie, qui effrayent jusqu'à présent, et peut-être à juste titre, les chirurgiens français éclairés sur leur gravité, par la gravité déjà trop grande d'opérations qui paraissent et sont peut-être moins graves.

La solution du problème ne me paraît donc pas appartenir seulement à l'administration.

Je crois, d'après ce que j'ai vu, qu'il serait utile d'examiner au point de vue de la construction de nos nouveaux hôpitaux, la question de chauffage et d'aération. Je donne, quant à présent, la préférence aux moyens naturels avec d'autant plus d'apparence de raison, que, sans même aller chercher en Angleterre des points de comparaison, nous voyons à Paris le chiffre de la mortalité être plus élevé à Lariboisière et à Beaujon dans ces hôpitaux mêmes où les moyens artificiels sont employés.

La question d'encombrement doit aussi attirer vivement l'attention ; comme les autres, elle rencontrera des obstacles à sa solution.

Sans doute il serait utile de diminuer le nombre des lits de chacune de nos salles, mais nos hôpitaux sont déjà insuffisants. N'ayant point de maisons de refuge, l'administration ne peut se refuser à recueillir dans les hôpitaux, des malades peu gravement atteints quelquefois, mais qui, s'ils trouvent à la consultation de l'hôpital un remède à leurs maladies, n'y trouvent point le remède à la misère qu'entraîne l'incapacité de travail.

En commençant, comme en continuant ces recherches sur les conditions hygiéniques des hôpitaux étrangers, je n'ai pas eu pour dessein, il n'est pas besoin de m'en défendre, de chercher à attaquer une administration à laquelle je suis heureux d'avoir appartenu, et à laquelle je devrais, si ma voix n'était si peu autorisée, adresser des éloges. Agir autrement serait faire preuve non-seulement d'injustice, mais d'ingratitude. Car si le niveau général de l'éducation médicale est supérieur en France, à ce qu'il est partout en Europe, même en Angleterre, c'est surtout à l'administration des hôpitaux de Paris que nous le devons. C'est en voyageant à l'étranger que j'ai vu combien tous nous devions de gratitude à cette administration qui, en consacrant, en conservant le concours,

cette sauvegarde du travail, excite l'émulation de tous, parce qu'elle permet à tous un succès légitime et donne à ses élus, maîtres ou élèves, une consécration que ne saurait donner la faveur.

Ce que je dis pour les médecins je puis aussi le dire pour les hôpitaux. Le concours ouvert en 1848 par l'administration sur le meilleur mode d'aération et de chauffage applicable à l'hôpital de Lariboisière, prouve toute sa sollicitude.

Les hôpitaux anglais me paraissent, en beaucoup de points, meilleurs que les nôtres; l'administration ne le savait pas, je dirai presque ne pouvait pas le savoir. La question de mortalité est du domaine de la médecine, et non dans les attributions administratives. Nous perdions beaucoup de malades, mais il semblait que c'était là une chose toute naturelle. Comme les médecins, l'administration devait croire nos hôpitaux meilleurs que tous les autres, je le croyais moi-même, lorsqu'en 1856 je fis mon premier voyage, et ce n'est qu'en 1859 que j'ai publié les premières statistiques comparatives. Aujourd'hui nous sommes prévenus; l'expérience malheureuse de Lariboisière, de Beaujon, ne doit pas être perdue, au moment où il s'agit de créer de nouveaux hôpitaux, et nous pouvons dire à l'administration centrale : Vous êtes entrée dans une bonne voie en mettant au concours les plans de l'Opéra ; ce que vous avez fait pour augmenter les plaisirs du riche, faites-le pour sauver la vie du pauvre. Mettez au concours entre les architectes les plans d'un hôpital. Vous avez une Académie de médecine composée de l'élite des médecins et des hygiénistes, les seuls juges compétents ; soumettez-leur des projets, qu'ils puissent les discuter, les modifier, les approuver ; c'est leur droit, c'est aussi votre devoir, et si le succès ne couronne pas cette tentative, vous n'en aurez pas moins mérité des éloges, car vous aurez fait tout ce que vous pouviez faire.

Cependant, et j'espère sinon l'avoir montré, du moins l'avoir indiqué, il existe maintenant à l'étranger des sources où le médecin, mieux encore peut-être que l'architecte, pourrait aller puiser des indications, car dans l'aération des salles tout ne se réduit pas à avoir un courant d'air plus ou moins fort, et l'on ne pourrait pas, comme l'a dit un membre de la commission de Lariboisière, mettre le malade dans une boîte, pourvu qu'on y injectât assez d'air.

Du reste, la question de l'hygiène des hôpitaux se réveille en Angleterre même, par suite de la démolition et de la reconstruction de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres, renversé par l'extension de la station de London bridge, et nous pourrons bientôt profiter sur ce point des nouvelles recherches de nos voisins.

Quant à moi, j'avais constaté dans le chiffre comparé de la mortalité après les amputations une différence notable au désavantage de la France. J'ai cru que cette différence pouvait tenir à des conditions moins parfaites de nos hôpitaux, et aussi, il faut bien le dire, dans le traitement employé après les amputations, j'ai cherché à m'éclairer en allant aux sources mêmes.

Il est des travaux qui méritent à leurs auteurs des encouragements et des éloges ; il en est d'autres qui ne leur promettent que des ennuis ou des dangers. La prudence me conseillait de me taire ; le devoir m'oblige à parler ; car ce n'est pas dans la chaleur d'une improvisation, mais après douze ans d'études ou de service dans les hôpitaux de Paris, après trois voyages en Angleterre, après sept mois employés à parcourir et à étudier les hôpitaux de la Grande-Bretagne ; c'est après trois ans de réflexions sur un sujet qui m'a vivement préoccupé, que je dis à mon tour :

Les conditions hygiéniques des établissements hospitaliers (infirmeries et hôpitaux) sont, sur presque tous les points, meilleures en Angleterre qu'à Paris, et nos hôpitaux ne valent pas *pour les malades* ceux du Royaume-Uni. A ceux qui, systématiquement voudraient le nier, je dirai :

S'il est quelque état physiologique ou morbide pour lequel la comparaison soit possible et exacte, pour lequel on ne puisse invoquer une différence de pratique, pour lequel enfin l'influence des conditions hygiéniques de l'hôpital se fasse mieux sentir, c'est l'état puerpéral. Eh bien ! dans un hôpital de Londres, à Guy's, pendant une période de sept années, et sur un chiffre de 11,928 accouchées, il en est mort une sur **331** ; il meurt, depuis dix ans, à la Maternité de Paris, une femme sur **18**.

LÉON LE FORT.

---

## II

## REVUE CLINIQUE

### De la Paralysie agitante

A PROPOS D'UN CAS TIRÉ DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR OPP...

(Suite. — Voir le numéro 48.)

Il convient d'exposer d'abord dans tous leurs détails les circonstances variées qui composent l'histoire de la maladie : symptômes fondamentaux ou accessoires, considérés, soit isolément, soit dans leur mode d'enchaînement réciproque ; résultats fournis par l'examen nécroscopique, données étiologiques ; tentatives thérapeutiques. Après cela seulement, il sera permis de rechercher jusqu'à quel point il est possible d'interpréter ces divers faits pathologiques au point de vue de la physiologie actuelle.

I. — SYMPTÔMES, MODE D'ÉVOLUTION, PRONOSTIC DE LA PARALYSIE AGITANTE.

A. *Tremblement.* — Le tremblement constitue en réalité le symptôme fondamental de la paralysie agitante ; bien que, considéré abstractivement et au seul point de vue *de la forme*, il ne présente dans cette affection aucun caractère *vraiment pathognomonique*, il s'y montre habituellement avec *un degré d'intensité* et accompagné de circonstances qu'on ne *retrouve guère* ailleurs ; aussi en ferons-nous l'objet d'une étude particulière. C'est lui qui, dans la majorité des cas, ouvre la scène morbide, et il affecte tout d'abord l'un des membres ; quelquefois *cependant* il se montre en premier lieu à la tête. Enfin il n'est pas très rare de le voir porter presque simultanément, soit sur les membres supérieurs et inférieurs d'un même côté du corps, soit sur les deux membres supérieurs, soit encore sur les deux membres inférieurs. Si le membre supérieur d'un côté, comme cela est le plus fréquent, a été seul pris tout d'abord, le tremblement apparaîtra ensuite tôt ou tard dans le membre inférieur du même côté. Il est des cas où, pendant longtemps, les troubles morbides restent ainsi limités, de manière à constituer ce qu'on a quelquefois appelé la *forme hémiplégique* de la paralysie agitante.

OBS. — Marshall-Hall (*loc. cit.*) a rapporté un fait de paralysie agitante hémiplégique qu'il a pu longtemps observer : Macleod, âgé de vingt-huit ans, est affecté de faiblesse et d'agitation du bras droit et de la jambe, augmentées par toutes les causes d'agitation ou par le mouvement. On voit bien cet effet se produire, lorsque cet homme marche ou lorsqu'il passe sa canne d'une main à l'autre ; il y a, en outre, une oscillation latérale toute particulière des yeux, un léger bégayement, et une articulation défectueuse.

Nous devons à l'obligeance de notre collègue M. le docteur Hillairet (1) de pouvoir consigner ici un fait du même genre, qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis.

OBS. — Le nommé André X..., âgé de soixante ans, marinier, demeurant à Juvisy-sur-Orge, est entré, le 1er avril 1861, au pavillon Gabrielle, chambre 21, à l'hôpital Saint-Louis. C'est un homme d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution ; il a été sujet depuis dix ans jusqu'à vingt-huit ans à des migraines qui duraient cinq à six jours et qui se montraient surtout intenses dans la seconde partie de la journée. — Il a éprouvé, il y a cinq ou six ans, un lumbago qui a duré une quinzaine de jours ; à part cela, aucune affection rhumatique ; d'ailleurs, il a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais fait d'excès, mais il a toujours beaucoup travaillé manuellement sans cependant que l'un de ses me-

(1) M. le docteur Hillairet a recueilli à l'hospice des Incurables et à l'hôpital Saint-Louis plusieurs observations très intéressantes de paralysie agitante, qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, et dont nous avons tiré profit pour ce travail.

bres supérieurs fût plus exercé ou fatigué que l'autre ; pas de maladies nerveuses chez les ascendants ou collatéraux. L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté insensiblement et progressivement, il y a un an, par le membre supérieur droit, sans cause appréciable. Plus tard, le membre inférieur correspondant a été agité du même tremblement ; les membres du côté gauche sont toujours restés indemnes ; ce tremblement n'a été accompagné, à aucune époque, de douleurs, ni dans les membres agités, ni ailleurs.

*Etat actuel.* — Le membre supérieur droit est agité d'un tremblement continuel. Le tremblement est rémittent au membre inférieur correspondant ; il est beaucoup plus prononcé, plus désordonné au premier qu'au second. Au membre supérieur, il consiste en une succession de flexions et d'extensions de la main sur l'avant-bras, les mouvements d'extension étant d'ailleurs moins prononcés que ceux de flexion. Le malade fait cesser le tremblement lorsqu'il applique brusquement la main sur un objet, ou lorsqu'il la porte derrière le dos, quand il la pose solidement sur un plan résistant ou quand il lui fait exécuter des mouvements de pronation et de supination. C'est, dans la demi-pronation, lorsqu'il abandonne le bras à lui-même et qu'il ne fait aucun effort énergique que le tremblement est le plus prononcé. L'extension ou l'occlusion forcée de la main fait encore disparaître momentanément l'agitation ; mais elle reparaît bientôt faible d'abord, puis de plus en plus énergique. Le tremblement du pied a pour centre d'action, l'articulation tibio-astragalienne ; il est moins prononcé que celui de la main et se manifeste surtout lorsque le pied ne repose pas à terre ou lorsqu'il n'y est pas appuyé en totalité. Le malade assure qu'il est aussi fort et aussi adroit du bras droit que du bras gauche. Pas de douleurs dans les membres affectés, seulement un sentiment de fatigue s'y prononce lorsque le tremblement y a été intense. La sensibilité et la contractilité y sont parfaitement intactes ; aucun autre trouble appréciable du système nerveux, si ce n'est que le caractère est devenu irritable. La nutrition des parties affectées n'est en rien modifiée. Le malade a été électrisé trois fois à trois jours d'intervalle ; à la suite de ce traitement il assure pouvoir maîtriser son tremblement pendant plus longtemps qu'il ne pouvait le faire auparavant. A ce moment il est obligé de sortir de l'hôpital pour ses affaires ; il n'y reparaît plus.

Notre collègue, M. le docteur Axenfeld, nous a communiqué une observation dont nous donnons le résumé plus loin, et qui offre aussi un exemple remarquable de paralysie agitante limitée au côté droit du corps.

Plus tard, il en a été du moins ainsi dans les cas où le développement de la maladie a pu être suivi jusqu'à sa dernière période, le tremblement envahit successivement le bras, la jambe du côté opposé, et la tête enfin, si déjà elle n'a été atteinte. Les mains sont à peu près constamment les parties où il révèle surtout son intensité.

Dès son apparition, le tremblement présente déjà des caractères bien tranchés qui peuvent, par la suite, s'exagérer singulièrement, mais en conservant toutefois leur forme originelle. Il consiste en oscillations régulières et, pour ainsi dire, rhythmiques : ainsi, les bras sont-ils privés d'appui ; on voit les mains, supposées en pronation, se porter alternativement, soit de dedans en dehors, soit de haut en bas ; ou bien encore, ce qui est peut-être le plus fréquent, l'oscillation se fait dans une direction oblique intermédiaire aux deux directions que nous venons d'indiquer. Si le malade saisit et veut porter un objet un peu lourd, le sens des oscillations devient encore plus complexe, car aux mouvements latéraux, verticaux ou obliques, s'entremêlent des mouvements alternatifs et plus ou moins étendus de pronation et de supination. S'il vient enfin à presser la main du médecin, celui-ci reconnaît que la pression ainsi exercée s'accompagne de secousses plus ou moins marquées coïncidant avec les mouvements oscillatoires qu'exécute la main, bien qu'en ce moment même elle soit soutenue.

Dans les membres inférieurs, le tremblement se fait aussi dans des sens variés, et, de même que cela a lieu pour les membres supérieurs, c'est à l'extrémité des leviers, c'est-à-dire aux pieds, qu'il se manifeste dans toute sa force. Le malade est-il debout, on le voit osciller tantôt d'avant en arrière et réciproquement, tantôt ses deux genoux s'écartent et se rapprochent alternativement. Ce dernier mouvement oscillatoire peut se montrer encore parfois alors que le malade est assis, ou bien, dans cette même attitude, il y a dans quelques cas soulèvement et abaissement successifs des pieds, de manière à déterminer une sorte de percussion rhythmique du sol, ainsi qu'on le voit par l'exemple suivant, que nous empruntons à M. Toulmouche :

Obs. — M. J..., homme de loi, âgé de soixante-seize ans, d'un tempérament sanguin, commença à éprouver, à soixant-seize ans, un tremblement des extrémités inférieures, qui augmenta progressivement, au point qu'il devint nécessaire de placer une peau de mouton sous ses pieds pour empêcher que les audiences de la cour, dont il était président, ne fussent troublées par le bruit qu'occasionnait la percussion continuelle de ceux-ci sur le plancher. Une fois debout, il n'éprouvait rien de semblable. Peu à peu les mouvements involontaires envahirent les bras ; il éprouva à plusieurs reprises des congestions cérébrales, et les facultés intellectuelles diminuèrent.

Depuis un an, la marche était devenue difficile et irrégulière ; il était porté malgré lui en avant, en pas étendus et précipités, dont la vitesse diminuait peu à peu si la progression continuait, tandis que, s'il se présentait un obstacle mécanique à la marche, le malade semblait menacé de perdre l'équilibre, et était obligé, pour éviter de tomber, de se cramponner au premier corps qui s'offrait à lui. Plus tard, il succomba à une affection cérébrale (1).

Agitée par le tremblement, la tête oscille de droite à gauche, et réciproquement, ou bien, — et c'est là le cas le plus ordinaire, — le mouvement se montre complexe, mélangé qu'il est d'oscillations latérales et antéro-postérieures.

En général, le tremblement persiste d'une manière continue pendant l'état de veille ; c'est exceptionnellement qu'on y observe des périodes de repos plus ou moins longues alternant avec des périodes d'agitation. Aussi ne ferions-nous pas entrer dans la caractéristique de la maladie ce trait indiqué par Parkinson, à savoir que « si, par suite d'un brusque changement de position, le tremblement cesse dans un membre, il reparaît bientôt dans un autre membre. » Nous pensons de même qu'il faut en exclure cette autre particularité signalée par le docteur Spiess, à savoir que le tremblement de la paralysie agitante se montre sous forme d'accès plus ou moins longs, plus ou moins violents, et qui prennent quelquefois le caractère de véritables accès convulsifs (2). Mais si nous soutenons que le tremblement, dans l'état de veille, est continu, ou peu s'en faut, nous ne voulons pas dire par là qu'il n'offre aucune variation d'intensité. Il existe même telles influences qui très manifestement ont le pouvoir de l'amoindrir ou de le suspendre momentanément, pourvu toutefois que la maladie ne soit pas encore parvenue à une époque trop avancée de son développement. Il cesse, par exemple, à peu près complétement dès que l'avant-bras et la main reposent dans toute leur longueur sur un point d'appui solide. Du reste, le moindre soutien appliqué à l'avant-bras suffit pour diminuer considérablement l'étendue et la force des oscillations. En général, l'agitation est plus marquée dans la station verticale qu'elle ne l'est dans l'attitude assise. Il y a cependant des exceptions à cette règle, ainsi qu'on le voit par l'observation rapportée par M. Toulmouche : ici le tremblement des membres inférieurs, si prononcé lorsque le malade restait assis, cessait pour peu qu'il se levât. On peut, dans certains cas, comme l'a vu le docteur Blasius (3), suspendre momentanément le tremblement en appelant fortement l'attention du malade, en lui adressant, par exemple, des questions imprévues, ou par quelque autre moyen analogue. L'influence de la volonté, un effort énergique, peuvent avoir encore le même résultat (4).

S'il est des influences qui tendent à limiter la force et l'étendue des oscillations, il en est d'autres, par contre, qui agissent en sens inverse. La station verticale succédant à l'attitude assise est, on l'a vu, l'une de ces influences ; on peut en dire autant de la plupart des actes qui réclament l'emploi des parties agitées ; jamais, en effet, le tremblement ne se montre aussi énergique qu'alors que le malade veut faire usage de ses mains dans une intention quel-

(1) Toulmouche, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. II, 1833, p. 371 ; et Roth, *Mémoire cité*, p. 48.

(2) Spiess, *Pathologische Physiologie*, Francfort-sur-le-Mein, 1857, 1 Abth., p. 91.

(3) *Loc. cit.*

(4) Elliotson, *loc. cit.*

conque, pour se vêtir, par exemple, ou pour manger; mais c'est dans l'action de boire qu'il s'exagère surtout : le verre est tellement oscillant que le liquide est souvent renversé : les deux mains doivent alors être employées, et même, si l'agitation de la tête est moindre que celle des membres supérieurs, le malade saisit d'abord avec ses lèvres le bord de son verre, auquel il porte ensuite les mains; après quoi, grâce à ce triple point d'appui, il lui devient possible, en se redressant, de boire sans aide. S'il s'agit de marcher, dans les cas où l'affection est encore peu intense, le tremblement des membres inférieurs, d'abord plus ou moins accusé, s'amoindrit quelquefois ou même disparaît après quelques pas; mais le plus communément, au contraire, l'agitation de ces membres s'exaspère et se communique même aux autres parties du corps. D'ailleurs, nous verrons plus loin que les mouvements nécessités par la station et surtout par la locomotion offrent, à une période plus avancée, des troubles considérables. Il importe de noter que le tremblement s'accroît encore par l'usage des boissons excitantes, telles que les liqueurs alcooliques, les infusions de thé, de café, etc. Les émotions les plus diverses, pour peu qu'elles aient quelque intensité, agissent dans le même sens et de la façon la plus remarquable.

Tout ceci est relatif à l'état de veille; pour ce qui concerne l'influence du sommeil sur les phénomènes extérieurs de la paralysie agitante, elle a été diversement appréciée par les auteurs. D'après les uns, le sommeil suspendrait toujours le tremblement; d'après les autres, — et Parkinson est de ce nombre, — il ne le modifierait point. Tout porte à croire que ces derniers n'ont observé cette circonstance que dans des cas où le sommeil était peu profond; nous sommes, pour notre compte, fort disposés à admettre l'effet suspensif d'un profond sommeil; au moins chez les malades que nous avons observés, cet effet était-il bien marqué. Il en était de même dans le cas rapporté par M. Oppolzer, bien que la maladie fût d'ailleurs très intense. De son côté, M. Blasius (1), qui paraît avoir étudié ce point d'une manière toute spéciale, aurait vu le sommeil, pourvu qu'il fût profond, amener toujours la cessation des troubles du mouvement.

Pour en finir avec les circonstances qui peuvent exercer une influence plus ou moins puissante sur le tremblement de la paralysie agitante, nous devons signaler encore les particularités suivantes : Dans un de ces cas rapportés par Parkinson, une hémiplégie s'était déclarée pendant le cours de la maladie; tant que dura cette hémiplégie, le tremblement cessa d'exister dans les parties paralysées; mais il s'y montra de nouveau dès que la paralysie eut cessé. M. le docteur Hillairet a observé aussi un cas de paralysie agitante datant de dix ans, et dans lequel une hémiplégie diminua très notablement le tremblement du bras paralysé. — M. Lebert (1) a observé à Breslau deux cas dans lesquels le tremblement, qui avait résisté à toutes les médications, disparut dans la dernière période de la maladie, alors que des affections intercurrentes graves, et bientôt suivies de mort, se furent manifestées. — On voit, dans l'observation du professeur Oppolzer, le tremblement se suspendre, à deux reprises, pendant une demi-heure environ, à la suite d'accès éclamptiques, mais chaque fois reparaître ensuite avec leur première intensité.

Un des caractères du tremblement, dans la paralysie agitante, c'est que, la maladie suivant sa marche naturelle, il subit une augmentation fatalement progressive. L'agitation de la tête, mais surtout celle des membres, deviennent avec le temps de plus en plus intenses : à un moment donné les malades sont souvent incapables de se servir eux-mêmes; il faut qu'on les habille, qu'on les fasse boire et manger; le tremblement des membres inférieurs participe, à son tour, à cette aggravation; on a pu voir alors les deux genoux s'entre-choquer sans relâche, et avec une violence telle qu'on fut conduit à imaginer un appareil destiné à amortir les chocs et à prévenir les excoriations (2). On conçoit de reste que, en pareil cas, la locomotion, si elle est encore possible, doive offrir des troubles profonds et variés; mais c'est là un point embarrassant sur lequel nous reviendrons plus particulièrement.

Habituellement le tremblement reste limité aux muscles des membres et du cou; on peut voir cependant, dans quelques cas, à la vérité exceptionnels, les muscles de la face, des mâchoires, la langue, ceux des globes oculaires même, présenter des contractions involontaires; alors l'articulation des mots, la mastication, la déglutition même deviennent difficiles; l'écoulement involontaire de la salive se trouve notée par plusieurs observateurs (1).

B. *Symptômes accessoires.* — *a.* L'*irritabilité musculaire* des parties agitées paraît se conserver intacte; si, dans le cas du professeur Oppolzer, cette propriété a paru affaiblie, il est juste de remarquer que la maladie s'accompagnait de complications tout à fait insolites. — On peut en dire autant de la *sensibilité* des diverses parties du corps; elle n'offre, en général, aucun trouble; il n'y a point le plus souvent d'anesthésie cutanée, pas d'hyperesthésie. Cependant, dans un cas observé par le professeur Romberg, des douleurs mobiles se manifestaient habituellement, non-seulement dans les parties atteintes de tremblement, mais aussi dans les parties restées indemnes. L'apparition de ces douleurs coïncidait d'ailleurs avec une exagération de l'agitation des membres affectés (2). Dans un autre fait rapporté par le même auteur, il s'agit d'une femme atteinte de tremblement de la main gauche, et qui éprouvait des douleurs dans le pouce de cette main et le bras correspondant; ces douleurs, qui paraissaient être de nature rhumatismale, avaient précédé le tremblement (3). Dans le cas déjà mentionné de M. Axenfeld, le malade offrait une diminution prononcée de la sensibilité à la douleur et au froid dans la moitié du corps affectée de tremblement, et la température de la peau y était un peu augmentée. Nous ignorons sur quels documents se fonde M. Hasse pour admettre qu'une sensibilité exagérée *se développe*, dans les derniers temps de la maladie, sur *tous les points* du corps; nous ne trouvons pas cette particularité signalée dans les observations que nous avons relevées; c'est sans doute là un phénomène exceptionnel; nous en disons autant d'une douleur plus ou moins *vive siégeant à la partie postérieure de la région* cervicale, et que M. Blasius aurait observée plusieurs fois. — Il faut, quant à présent, ranger parmi les complications rares des *contractures* et un sentiment de roideur presque invincible survenant dans des membres atteints de tremblements, et qui, ainsi que cela avait lieu chez un de nos malades, peuvent s'accompagner de douleurs intolérables; il en est de même de l'*hémiplégie*, des *accès épileptiformes*, notés dans certains cas. Mais il paraît constant qu'une *faiblesse* générale et plus ou moins prononcée vient tôt ou tard se surajouter au tremblement, et rendre la situation plus pénible encore; à ce propos, il ne faut pas oublier que cet affaiblissement musculaire, qui n'appartient d'ailleurs qu'aux dernières périodes, peut n'être qu'apparent, et que la maladresse, l'incertitude des mouvements simulent parfois, à s'y méprendre, la véritable débilité. Mais il est des cas où cette faiblesse est tellement prononcée que les malades deviennent incapables de quitter leur lit, et même d'y exécuter des mouvements volontaires quelque peu étendus. M. Hillairet nous a communiqué l'histoire d'un homme qui, atteint de paralysie agitante à la suite d'une terreur profonde, s'est vu promptement réduit à cette triste condition.

*b.* Par le fait même de la généralisation et de l'augmentation d'intensité du tremblement, auquel vient s'adjoindre ensuite la faiblesse musculaire, les fonctions locomotrices subissent nécessairement une perturbation plus ou moins profonde; la station est pénible, vacillante; la démarche chancelante, incertaine : à chaque pas le malade se sent menacé de tomber, alors même qu'il ne rencontre pas d'obstacle qui s'oppose à la progression; ici les actes locomoteurs, quelque troublés qu'ils puissent paraître, ne s'éloignent cependant pas encore très sensiblement du mode normal. Ces cas-là sont les plus simples, et probablement aussi les plus nombreux. Il en est d'autres où, aux symptômes précités, vient

(1) Lebert, *Handbuch der praktischen Medizin*, Tübing, 1860, Bd. II.
(2) Romberg, *loc. cit.*

(1) Parkinson, Trousseau, Oppolzer.
(2) Romberg, *Klinische Ergebnisse*, Berlin, 1846, p. 59.
(3) Romberg, *Klinische Wahrnehmungen*, Berlin, 1851, p. 36.

s'ajouter un singulier phénomène, auquel les auteurs ont, pour la plupart, accordé une grande importance, et que Parkinson ainsi que Todd et Romberg ont même fait figurer dans leurs définitions descriptives de la maladie; nous voulons parler de la *propulsion irrésistible* qu'on trouve, en effet, signalée dans un assez bon nombre d'observations. Les malades qui présentent ce symptôme sont dans l'impossibilité de marcher lentement; ils sont contraints de prendre toujours une allure rapide, et une fois lancés, ce n'est plus qu'à grand'peine qu'ils peuvent s'arrêter; il est probable que, quelquefois au moins, cette tendance à la propulsion n'est qu'apparente, ou, en d'autres termes, qu'elle dépend de l'agitation convulsive des membres, jointe à la faiblesse; cette agitation a pour effet de rendre l'équilibre très instable : aussi le malade est-il instinctivement conduit à pencher son corps en avant; il se sent, pour ainsi dire, obligé de courir après son centre de gravité, qui se trouve constamment déplacé (1); c'est pourquoi on le voit, les pieds fortement étendus, et se dressant, pour ainsi dire, sur les orteils, marcher avec une précipitation singulière, et courir même pour ressaisir son équilibre; mais à chaque instant, menacé de faire une chute en avant, il étend ses bras, cherchant partout un point d'appui. Toutefois, cette interprétation ne s'applique certainement pas à tous les cas, car il est des sujets atteints de paralysie agitante qui, avec un tremblement relativement peu intense, présentent cependant une tendance à la propulsion des plus marquées; celle-ci, d'ailleurs, peut être remplacée par une tendance inverse et plus remarquable encore.

Graves a rapporté un exemple très intéressant de paralysie agitante, avec tendance à la rétrocession « Lorsqu'il voulait marcher, » le malade était obligé de se faire balancer, puis pousser par une » autre personne, comme une pièce d'un mécanisme. Une fois » parti sur un sol uni, il allait très bien pendant un certain temps; » mais, s'il était arrêté par un obstacle ou par une inégalité de » terrain, il était poussé à courir en arrière, en droite ligne, jus- » qu'à ce qu'il pût être arrêté, soit par quelqu'un, soit par un sou- » tien quelconque; et il courait ainsi si irrésistiblement, qu'il n'au- » rait certainement pas pu éviter de tomber dans un précipice s'il » s'en fût trouvé un derrière lui (2). M. Romberg a observé un fait du même genre, et non moins remarquable; mais ici la tendance au recul n'était pas aussi irrésistible; le malade parvenait à la combattre en prenant certaines attitudes; il penchait d'abord fortement la tête en avant; puis, afin d'élargir sa base de sustentation, il écartait fortement l'un de l'autre les deux membres inférieurs, et croisait en même temps les mains derrière son dos.

Nous ne croyons pas qu'il existe, quant à présent, d'exemples de paralysie agitante où les autres formes de la musculation irrésistible, la rotation suivant l'axe vertical, le mouvement de manége, etc., aient été observés; mais il en est où la démarche était remarquablement sautillante, de manière à présenter le tableau de certaines chorées anomales (3). Quoi qu'il en soit, un point sur lequel les observations concordent pour la plupart, c'est que la tendance à la propulsion, comme la tendance au recul, n'appartient pas aux premières périodes de la paralysie agitante; ce sont des phénomènes de la seconde époque, et encore ne sont-ce point des phénomènes constants, car il est tels sujets qui, pendant tout le cours de leur affection, n'en ont pas présenté de traces. D'ailleurs, ils peuvent se montrer, comme on sait, et se montrent même le plus souvent, sans qu'il y ait aucun symptôme de la paralysie agitante. Aussi, quelle que soit leur fréquence dans cette maladie, et quelle que soit leur importance, en tant qu'ils contribuent à lui imprimer une physionomie particulière, ils ne sauraient être inscrits au rang des symptômes caractéristiques.

c. — *Les facultés intellectuelles* conservent, dans les premières périodes de la paralysie agitante, une netteté remarquable, et qui constraste vivement avec la perturbation des fonctions locomotrices. On constate il est vrai, dès cette époque, chez certains sujets, et cette particularité est très accusée chez un de nos malades, une hésitation, une lenteur très marquée des réponses; mais cette lenteur pourrait bien être due à une difficulté d'accommodation des agents de la parole, plutôt qu'à une obnubilation réelle de l'intelligence; car souvent les réponses, si on les examine en elles-mêmes, témoignent, au contraire, d'une compréhension très claire et très exacte; plus tard, en général, les facultés psychiques s'affaissent décidément; en même temps l'on observe, dans certains cas, tous les signes d'une caducité précoce (1). Quant à la somnolence, au délire et autres symptômes cérébraux mentionnés par les auteurs, ce sont ou des phénomènes ultimes ou encore les résultats de quelque complication fortuite. La circulation et la respiration n'offrent aucun désordre pendant toute la durée de la maladie. Les fonctions digestives s'exécutent longtemps sans trouble appréciable, à part une constipation très opiniâtre, et qui exige même quelquefois l'intervention des moyens mécaniques; l'appétit est conservé, il n'y a pas d'exagération de la soif; en même temps, la nutrition générale s'exécute suivant le type normal; mais, à une époque plus ou moins avancée, ou seulement dans les derniers temps de la maladie, toutes ces fonctions se dérangent; l'appétit se perd, il survient un amaigrissement rapide; puis il y a des évacuations involontaires d'urine et de matières fécales; et, quand les choses en sont venues là, des eschares ne tardent pas à se déclarer, précédant de peu la terminaison fatale.

Quant à présent, on ne possède, que nous sachions, aucun renseignement concernant la constitution chimique de l'urine, dans les cas bien prononcés de paralysie agitante; cette question, cependant, aurait dû être l'objet d'études attentives, depuis que Bence Jones a fait voir que, dans certaines maladies où il y a augmentation permanente des actions musculaires, dans la chorée, par exemple, et dans le *delirium tremens*, la quantité des sulfates excrétés avec l'urine s'accroît, tandis que la quantité des phosphates ne s'élève pas au-dessus du taux normal (2). On a dit que, dans la paralysie agitante, les facultés génératrices s'éteignent prématurément (3).

C. — Après cette exposition analytique des symptômes constitutifs de la paralysie agitante, il conviendrait de montrer, par une vue d'ensemble, comment ils se succèdent et s'enchaînent, et d'indiquer ainsi les phases diverses que subit l'affection pendant son cours; mais le tableau si saisissant que nous avons présenté déjà, d'après Parkinson, peut nous dispenser de ce travail. Nous nous bornerons donc à insister plus particulièrement sur les traits qui suivent. — La paralysie agitante est une affection de longue durée : celle-ci, en effet, dans les cas assez rares d'ailleurs, où l'observation a pu la mesurer depuis l'origine jusqu'à la terminaison fatale, a été, en moyenne, de huit, dix ou même quinze ans. — Habituellement il n'y a point de prodromes, et le tremblement est le premier phénomène qui attire l'attention du malade. Mais comme le médecin n'est ordinairement consulté que longtemps après l'apparition de ce symptôme, il serait fort possible que dans un certain nombre de cas on eût omis de mentionner certains troubles morbides qui, à bon droit, auraient pu être relevés à titre de phénomènes prodromiques. Ainsi, une malade que nous observons actuellement, malade assez intelligente d'ailleurs et dont la mémoire n'a subi jusqu'ici que de faibles atteintes, nous apprend que pendant un an au moins, avant qu'elle n'eût commencé à trembler, elle était sujette à une sorte de vertige presque continuel, qui rendait la marche incertaine et qu'elle compare à une sorte d'ivresse. Ce vertige qui, au bout de six mois de durée, était devenu assez intense pour occasionner plusieurs fois des chutes, disparut complétement au bout d'un an, au moment même où le tremblement commença à agiter le bras gauche. — La maladie est essentiellement continue, progressive et envahissante; des rémissions, des temps d'arrêt plus ou moins passagers ou durables peuvent s'y produire sans doute, soit spontanément, soit sous l'influence des

(1) Trousseau, *loc. cit.*
(2) Graves, *loc. cit.*
(3) De là vient sans doute le nom de *synclonus balllismus* que Mason Good avait donné à la maladie.

(1) Trousseau, *loc. cit.*
(2) Bence Jones, *On the Variations of the Sulfates in the Urine in Disease*, in *Philosophical Transactions*, 1850, p. 668.
(3) Trousseau, *loc. cit.*

médications ; mais, à en juger d'après les faits recueillis jusqu'ici, tôt ou tard elle doit reprendre sa marche fatale. Un membre est pris d'abord, puis un autre, puis un autre encore, et en même temps que les troubles morbides se généralisent, ils s'aggravent. Nous avons fait allusion déjà (A) à un certain nombre de cas où le tremblement a paru s'être définitivement limité aux deux membres d'un même côté du corps ; mais cette forme hémiplégique ne représente elle-même très vraisemblablement qu'un état transitoire. Ainsi, tel malade chez lequel elle a existé pendant plusieurs années, a vu par la suite le tremblement envahir d'autres parties du corps. Voici un fait de ce genre observé par M. Romberg.

Obs. — Nous avons observé, dit le docteur Romberg, chez un portier âgé de trente-sept ans, un tremblement paralytique qui s'est limité à une moitié du corps. Depuis trois ans, il a un tremblement incessant de l'extrémité inférieure gauche ; le bras gauche s'est pris à son tour, il y a un an. La nutrition et la sensibilité de ces membres sont normales, seulement, de temps en temps, ils sont le siége de douleurs déchirantes qui s'étendent même aux parties saines et qui chaque fois sont accompagnées d'un accroissement du tremblement. Toutes les fonctions s'exécutent sans troubles. Un traitement (application de sangsues à l'anus, sulfureux) institué en vue de la suppression d'un flux hémorrhoïdaire qui eut lieu, il y a quelques années, parut d'abord suivi d'un bon effet, car le tremblement avait diminué ; mais l'amélioration ne fut que passagère ; plus tard, en raison de la nature rhumatique des douleurs, et du soulagement que procuraient aux malades les sueurs abondantes, on eut recours aux bains de vapeur, mais sans effet marqué. (Romberg, *Klinische Ergebnisse*. Berlin, 1846, p. 59.)

Nous trouvons la seconde partie de l'histoire de ce malade dans les *Klinische Wahrnehmungen*, dont la publication est de cinq ans postérieure à celle des *K. Ergebnisse*.

L'état de ce portier atteint de tremblement paralytique dont il a été parlé dans la première partie de ce travail, n'a fait qu'empirer malgré les médications auxquelles cet homme n'a cessé d'être soumis. Les membres du côté gauche étaient autrefois seuls atteints de tremblement ; mais en janvier 1847, le malade étant entré à la Clinique pour y être traité d'un ictère intense, le bras et la jambe du côté droit furent envahis à leur tour ; en même temps, la faiblesse des membres et l'intensité du tremblement se sont remarquablement exagérées. (*K. Wahrnehm.* Berlin, 1851, p. 36.)

D'un autre côté, après être resté pendant de longues années limité aux membres supérieurs, le tremblement peut envahir enfin les membres inférieurs ; un exemple de ce genre s'est présenté récemment à l'un de nous à l'hospice de Larochefoucault.

Obs. — Une femme âgée de soixante-dix ans, d'ailleurs assez bien portante, est affectée, depuis dix ans, d'un tremblement rhythmique très prononcé des mains et assez marqué de la tête : on ne peut, dans ses antécédents, rencontrer aucune cause appréciable. Il n'y a pas eu d'émotions vives dans le temps qui a précédé le début ; il n'y a jamais eu de rhumatisme articulaire ou musculaire ; la malade d'ailleurs n'a pas été exposée à l'action prolongée du froid humide. Le tremblement d'abord peu sensible, augmente progressivement ; il se compose d'oscillations qui se font dans un sens intermédiaire aux sens horizontal et vertical ; il s'arrête un peu par l'effort de la volonté ; il s'arrête complétement quand la malade est couchée, à peu près complétement quand les bras sont appuyés. Cette femme, il y a trois semaines environ, étant dans la rue, fut prise de tremblement avec faiblesse des membres inférieurs. Le tremblement a été assez violent pour qu'elle ait failli tomber et qu'on ait été obligé de la ramener en voiture à l'hospice. Cette sorte d'accès ayant cessé, le tremblement fut un peu calmé ; mais il existe encore aujourd'hui d'une manière très marquée. La sensibilité, l'intelligence, la mémoire n'ont subi aucune atteinte.

Les cas où, l'évolution de la maladie subissant une sorte d'arrêt de développement, le tremblement reste, comme on l'a vu par les exemples cités plus haut, limité pendant longtemps à un ou deux membres, semblent être malheureusement les plus rares. Habituellement l'extension rapide de l'agitation convulsive témoigne, dès l'origine, du caractère fâcheux de l'affection.

D. — Après tout ce qui précède, nous avons peu de chose à ajouter relativement au pronostic de la paralysie agitante. Dans les premières périodes, lorsque le tremblement est peu considérable, pour qui n'a pas présent à l'esprit la progression ordinaire des troubles morbides, il semble s'agir là d'une incommodité sérieuse ; dans une période plus avancée, quand les quatre membres et la tête sont envahis, si l'agitation est très prononcée, ce n'est plus une simple incommodité, c'est une infirmité grave, obligeant le malheureux patient à emprunter un secours étranger pour tous les actes de la vie intellectuelle et sociale, le réduit à une servitude définitive, et devient ainsi la source de tourments moraux incessants. Mais ce n'est point encore envisager dans toute son étendue la gravité de l'affection : dès les premiers développements, pour peu qu'elle soit bien et dûment reconnue, la paralysie agitante doit inspirer les craintes les plus sérieuses ; il y va de la vie même du malade ; la terminaison funeste doit en effet apparaître au médecin comme la conséquence possible de la maladie dans un avenir plus ou moins éloigné. Les cas dans lesquels la tendance progressive et envahissante se manifeste dès l'origine paraissent être d'ailleurs les plus graves. Plus tard on pourra tirer des troubles morbides divers qui viennent se surajouter au tremblement, quelques données importantes relatives au pronostic. Ainsi, l'affaiblissement et surtout la paralysie de la motilité, la débilitation de la mémoire et de l'intelligence démontrent que les atteintes du mal deviennent de plus en plus profondes. Il est permis de penser aussi que les exemples dans lesquels il se manifeste une perturbation dans les fonctions locomotrices, telle que propulsion, tendance au recul, sont plus graves que ceux où la démarche, tout en étant plus ou moins incertaine et vacillante, reste cependant conforme au mode normal. Il est à peine besoin de rappeler que les derniers moments sont proches, lorsqu'on voit survenir le *subdelirium*, l'état comateux, les déjections involontaires, les eschares de la région sacrée, chez un malade atteint depuis longtemps et arrivé aux périodes extrêmes de l'affection.

Voilà sans doute un pronostic fort triste, d'autant plus que, ainsi que nous le verrons plus loin, la thérapeutique est à peu près impuissante contre les progrès du mal. Il est cependant une considération qui, jusqu'à un certain point, doit atténuer la portée de ce pronostic. Lorsqu'une affection assez rare, comme paraît l'être la paralysie agitante, n'a été encore que peu étudiée, on ne remarque et l'on ne consigne que les cas les plus accusés et, partant, les plus graves. Or, de pareils faits constituent nécessairement un groupe quelque peu artificiel, et la description qui en résume les traits les plus généraux ne saurait être l'expression exacte de la vérité. L'avenir seul pourra donc décider si l'affection dont il s'agit est en réalité, comme semblent l'indiquer les documents que nous possédons actuellement, au-dessus des ressources de l'art (1).

J.-M. CHARCOT ET A. VULPIAN.

(*La fin prochainement.*)

---

III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Note sur les eaux minérales de La Malou (Hérault, arrondissement de Béziers)*, par M. *J. François*. — Les eaux minérales de La Malou (17 à 38° 1/2 centigrades) appartiennent à la classe des bicarbonatées, qui, dans les Cévennes occidentales et à la limite des montagnes Noires, composent les groupes thermaux de Rieumajou, d'Andabre, de Sylvanès et de La Malou.

(1) « Cette espèce de chorée, et pour mieux dire, cette paralysie agitante, comme » le tremblement sénile, est une maladie inexorable ; il n'y a pas de chances de guérison ; elle entraine fatalement, dans un temps plus ou moins rapproché, la mort du » malade. » (Trousseau, *loc. cit.*) La plupart des auteurs témoignent dans le même

Ce sont des eaux bicarbonatées sodiques et ferrugineuses, avec acide carbonique libre.

Le groupe thermal de La Malou ne comprend pas moins de vingt-cinq sources, dont quatorze sont exploitées en boisson, en bains et en douches. Il s'étend, sur une longueur de 15 kilomètres, du hameau de Cours, près Saint-Gervais, jusqu'à la rive gauche de l'Orb, en suivant la direction moyenne du vallon de La Malou. (*Comm.* : MM. de Senarmont, Daubrée, H. Sainte-Claire Deville.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la régénération des os de la face par la membrane muqueuse périostique*, par M. *Demeaux*. — Il s'agit, dans ce travail, de deux cas de régénération d'une portion de la lame osseuse de la voûte palatine par la membrane muqueuse périostique.

Ces faits démontrent qu'on peut enlever une portion des os de la face, à la condition de conserver la membrane muqueuse périostique, avec la certitude de voir cette portion d'os se reproduire.

OBS. I. — *Régénération par la membrane muqueuse périostique d'une portion de la lame osseuse de la voûte palatine, détruite par la pression d'un polype fibreux.* — Le nommé D..., âgé de vingt-deux ans, portait en 1855 un polype naso-pharyngien volumineux, qui avait produit sur la face de graves désordres, et entre autres la destruction d'une portion de la lame osseuse de la voûte palatine du côté correspondant. De sorte que la tumeur proéminait dans la bouche, où on pouvait constater avec la plus grande facilité que le tissu morbide n'était recouvert que par la muqueuse buccale, même amincie. Après l'extirpation de la tumeur, l'absence de la lame osseuse put être constatée avec plus de précision, on pouvait, pour ainsi dire, mesurer la surface vide, et approximativement on pouvait établir qu'il existait une perte de substance osseuse de 15 millimètres carrés environ. La membrane muqueuse elle-même paraissait amincie, mais n'était pas perforée. Ce jeune homme est revenu me trouver six ans plus tard, et j'ai pu m'assurer que la voûte palatine était revenue à son état normal, la perte de substance était réparée, on ne remarquait plus aucune trace de la lésion que j'avais signalée en 1855.

OBS. II. — *Régénération par la muqueuse périostique de la moitié gauche de la lame osseuse de la voûte palatine chez un jeune soldat de l'armée d'Italie.* — Au mois d'octobre 1859, un jeune soldat de l'armée d'Italie rentrait dans ses foyers après un long séjour dans les hôpitaux militaires. Pendant la journée de Solferino, ce jeune homme reçut un coup de feu qui lui fracassa le maxillaire supérieur du côté gauche ; cette blessure donna lieu à de graves désordres. Lorsque ce jeune homme rentra dans son pays, il vint me voir, plutôt comme voisin que comme malade, il me fit le récit de ses malheurs, et je fus moi-même curieux d'en examiner les conséquences. J'appris d'abord que le lendemain de la blessure on avait extrait le projectile, un grand nombre de fragments d'os de différentes dimensions, trois grosses dents avec une partie de l'os maxillaire qui les supportait. Au milieu de ces lésions, je pus constater un fait qui me frappa plus que tous les autres. La moitié environ de la voûte palatine était dépourvue de lame osseuse. La fosse nasale du côté gauche n'était séparée de la cavité buccale que par une cloison membraneuse au moins dans les deux tiers de son étendue, et cette mobilité, ou plutôt ce défaut de résistance de cette portion du palais apportait un trouble notable à la phonation et à la déglutition

Dans le courant de l'été 1860, j'eus occasion de revoir ce jeune homme et de l'examiner, et je pus m'assurer que la lame osseuse de la voûte palatine s'était reproduite dans toute son étendue, quoique moins régulière pourtant que dans l'état normal. (*Réservé pour la future commission du prix concernant la régénération des os par le périoste.*)

MÉDECINE. — M. *Mathieu* (de la Drôme) présente un mémoire ayant pour titre : *Le bain au point de vue médical.* (Renvoi à l'examen de M. Rayer.)

PATHOLOGIE. — *Marche de l'endémie pellagreuse à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire dans le cours de l'année 1861*, par M. *Billod*. — Ce mémoire fait suite à des travaux que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie : j'y poursuis l'étude d'un fait sur lequel j'ai, pour la première fois, appelé l'attention, il y a huit ans, à savoir l'existence, dans des établissements où elle n'avait pas été soupçonnée, d'une affection incidente à l'aliénation mentale, et présentant tous les caractères de la pellagre.

L'aliénation mentale est toujours préexistante chez les malades de l'asile de Sainte Gemmes, et ne revêt aucun des caractères assignés à la folie pellagreuse. Elle se montre toujours isolée des autres symptômes nerveux les plus ordinaires de pellagre, par exemple de ce sentiment de faiblesse dans les extrémités inférieures que les médecins italiens expriment par le mot *debolezza*.

Considérant d'ailleurs que, parmi les conditions de l'asile de Sainte-Gemmes, il n'y en avait qu'une qui ne lui fût pas commune avec celles des villages environnants, où la pellagre est absolument inconnue, et que cette condition n'est autre que l'aliénation mentale elle-même, je me suis trouvé conduit à lui faire jouer un rôle dans l'étiologie de la pellagre, et ainsi à considérer cette dernière affection, dans les conditions où je l'observe, comme une variété propre aux aliénés, variété dont le caractère essentiel serait d'être consécutive à l'aliénation mentale, au lieu de lui être préexistante.

Je joins à mon mémoire deux photographies représentant l'une les mains d'un pellagreux de l'asile de Sainte-Gemmes, et l'autre la main d'une des pellagreuses que j'ai récemment observées au grand hôpital de Milan.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1861.

THÉRAPEUTIQUE. — *Nouvel appareil électro-médical*, par M. *Stéphane Hacq*. — L'auteur soumet à l'Académie un petit appareil d'induction (électro-médical) à courants redressés qui permet à l'opérateur de recueillir séparément, et à son gré (indépendamment des courants alternatifs résultant du fait même de l'induction), soit l'électricité positive ou négative du courant direct, soit celle produite par le courant inverse. Cet appareil, qui fonctionne avec un couple Bunsen du plus petit modèle, fournit des courants induits de même sens, qui joignent à l'effet physiologique une action chimique décomposante.

Pour arriver à ce double résultat, à cette action physiologique et chimique, M. Hacq a utilisé dans son appareil le mouvement du trembleur, qui fait tout à la fois fonctions d'interrupteur et de commutateur, et permet alors de recueillir sur un même point l'électricité positive du courant inverse et celle du courant direct, et sur l'autre point l'électricité négative de ces deux courants. (*Comm.*: MM. Serres, Andral.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur les divers états des cellules du foie dans leurs rapports avec l'activité de la glycogénie*, par M. *G. Colin*. — L'auteur résume ce travail dans les termes suivants :

« 1° Chez les herbivores, tels que le cheval, le bœuf, le mouton, les matières grasses se rassemblent en forte proportion dans les cellules et sous forme de grosses gouttelettes.

» 2° Chez les carnassiers, tels que le chien, le hérisson, la graisse des cellules est toujours beaucoup plus divisée que chez les premiers, et partant elle ne s'y distingue pas aussi aisément des corpuscules ténus avec lesquels elle est mêlée.

» 3° Enfin, chez les oiseaux, où les cellules hépatiques sont fort petites, et surtout chez les poissons, la graisse est en grande partie extra-cellulaire et tout à fait libre dans le tissu de l'organe.

» Je ne sais, poursuit l'auteur, quelles sont les raisons de ces différences ; mais la route que prennent les produits de l'absorption intestinale pourrait bien en être une des principales. Chez les animaux dont le système chylifère est très développé et dont les villosités énormes sont bien disposées pour absorber les graisses, celles-ci prennent, pour la plus grande partie, la voie des vaisseaux blancs, et conséquemment ne traversent pas le foie avant d'arriver au système sanguin général. Au contraire, chez ceux qui, comme les oiseaux et surtout les poissons, ont le système chylifère atrophié, la veine porte se charge de la presque totalité des graisses puisées dans l'intestin. On conçoit dès lors que le foie puisse en arrêter et en retenir une plus grande quantité. » (*Comm.*: MM. Chevreul, Bernard, Fremy.)

PATHOLOGIE. — *Mémoire sur l'encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs*, par M. *Riembault*. — « Depuis longtemps, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, on a publié des cas ana-

logues à ceux que je rapporte; on les avait signalés comme des faits curieux et bizarres, sans en tirer l'enseignement pratique qu'ils renferment. Quant à moi, j'ai réuni dans ce travail un grand nombre d'observations au moyen desquelles j'ai tenté d'écrire l'histoire clinique de cette maladie des houilleurs, caractérisée anatomiquement par l'encombrement charbonneux des poumons. J'ai déjà traité ce sujet dans mon livre sur l'*Hygiène des mineurs*, publié au commencement de cette année. Je lui donne ici un plus grand développement. Chargé d'un service médical à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, j'étais bien placé pour m'occuper du travail que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. » (*Réservé pour l'examen de la future commission des prix de médecine et de chirurgie, concours de 1862.*)

PHYSIOLOGIE. — *Expériences sur la pénétration dans les poumons des poussières liquides tenant en dissolution des réactifs chimiques ou des médicaments*, extrait d'une note de M. *Tavernier*. — Ces expériences ont été faites avec deux appareils pulvérisateurs de M. Sales-Girons, l'un chargé d'une solution acidule de sulfate de fer, l'autre d'une solution de cyanure jaune de potassium et de fer.

M. Tavernier s'est exposé successivement à l'action de ces deux appareils. L'inspection du larynx avec le laryngoscope et l'examen des mucosités expectorées ont permis de constater que les deux poussières liquides avaient pénétré dans l'arbre aérien et s'y étaient combinées de manière à donner naissance à du bleu de Prusse.

M. Gratiolet a répété sur lui-même ces expériences; il a ressenti les mêmes effets et a obtenu les mêmes résultats d'expuition.

« Il est bien démontré pour nous, ajoute M. Tavernier, et il en sera de même pour tous ceux qui reprendront ces expériences, que les poussières liquides passent dans le larynx; qu'elles pénètrent entre les cordes vocales jusque dans la trachée-artère, et que de là elles se distribuent dans les cellules bronchiques, où elles se trouvent en contact avec le tissu pulmonaire. » (*Comm*: MM. Rayer et Bernard.)

THÉRAPEUTIQUE. — *De la chloracétisation, nouveau moyen de produire l'anesthésie locale*, par M. *Fournié*. — Des essais nombreux faits sur lui-même et sur des animaux ont amené l'auteur à formuler les résultats suivants :

« Si, dans un appartement d'une température supérieure à 17 degrés, on applique exactement sur une peau saine, propre et non privée d'épiderme, l'orifice d'un flacon en verre mince, dans lequel on aura mis une quantité d'acide acétique cristallisable pur équivalente au quart de la capacité et autant de chloroforme, et qu'on ait la précaution de maintenir ce flacon à la température de la main, on obtiendra, au bout de cinq minutes, et au prix d'une très légère souffrance, une insensibilité complète de cette partie, et aussi de quelques-unes des parties plus profondes.

» Les vapeurs mélangées d'acide acétique et de chloroforme, appliquées avec une cornue en verre plus ou moins grande, sans col, et à l'aide de la toile de diachylon délimitant les parties que l'on veut rendre insensibles, pourront être employées comme anesthésiques dans toutes les opérations de la petite chirurgie qui intéressent principalement la peau, dans beaucoup de celles de la grande, et en général dans toutes celles où l'emploi de la méthode anesthésique générale est contre-indiquée, ou quand le malade, dans la crainte des dangers de l'inhalation, ne veut pas profiter de ses bienfaits. La chloracétisation que je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie des sciences me paraît être jusqu'ici le moyen *anesthésique local* le plus sûr, le plus facile, le plus économique, le plus simple et le plus général. » (*Comm.*: MM. Velpeau, Bernard, Jobert.)

PATHOLOGIE. — *Des atrésies (imperforations) des voies génitales de la femme, et de leurs terminaisons*, par M. *A. Puech*. — L'auteur expose ce qu'il advient des règles lorsque les voies génitales sont fermées, soit de naissance, soit par accident. Deux circonstances peuvent se rencontrer : ou bien les règles se dévient, ou bien le sang dilate les cavités placées au-dessus de l'obstacle. Le premier mode est exceptionnel et a été noté quatre fois seulement; le second est la règle et a été relevé dans 258 observations.

« Dans la plupart des cas de cette dernière catégorie, l'accroissement mensuel du sang n'a pas d'autres conséquences, quoique l'intervention ait pu se faire attendre huit, quinze et même dix-sept ans; mais dans quelques-uns, ou il survient une sorte d'épuisement nerveux, ou bien les obstacles finissent par être forcés.

» La rupture a été observée dix-huit fois : neuf fois elle a porté sur l'obstacle et a agi, soit par éclatement, soit par gangrène; neuf fois aussi, et par le même mécanisme, elle a porté sur les organes dans lesquels le sang était contenu.

» L'*ostium uterinum* a été forcé quinze fois, et le sang a dilaté les trompes; mais dans cinq cas seulement la rupture s'en est suivie. Ces atrésies siégeaient cinq fois au col et dix fois au vagin.

» En résumé, sur 258 observations dans lesquelles le sang menstruel n'avait d'autre issue naturelle que les *ostia uterina*, ceux-ci n'ont été forcés que quinze fois. Il est donc inexact de dire que ces orifices s'entr'ouvrent facilement et de s'appuyer sur cette prétendue fréquence pour faire admettre le passage du sang de l'utérus dans les trompes, lorsque les voies génitales sont normalement conformées. » (*Comm.*: MM. Velpeau, Cloquet.)

---

## Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

ORDRE DES LECTURES. — 1° Rapport général sur les *prix décernés* par l'Académie en 1861, par M. Ch. ROBIN, secrétaire *annuel*. — 2° Prix proposés pour 1862 et 1863. — 3° Éloge de M. CHOMEL, par M. Frédéric DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

PRIX DE 1861. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — La question posée par l'Académie était celle-ci : « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. » Ce prix était de la valeur de *1000 francs*. Cinq mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° Une récompense de 700 francs à M. CHALVET, interne à l'hôpital Saint-Louis, auteur du mémoire numéro 3, ayant pour épigraphe : *Experientia fallax, judicium difficile.* 2° Une récompense de 300 francs à M. le docteur O. REVEIL, auteur du mémoire numéro 4, portant pour épigraphe : *Dans la nature rien ne se perd, rien ne se crée.* 3° Une mention honorable à M. TENIOB, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 5.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — La question proposée par l'Académie était la suivante : « De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, la question ne sera pas remise au concours.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — L'Académie avait proposé pour question : « De l'angine de poitrine. » Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

Quatorze mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie, aucun n'a paru digne du prix; mais à titre d'encouragement l'Académie accorde : 1° Une somme de 500 francs à M. le docteur ULLERSPERGER (Jean-Baptiste), médecin à Munich (Bavière), auteur du mémoire numéro 1, portant pour épigraphe : *Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medica veritates elici possunt!* — 2° Une somme de 500 francs à M. le docteur THERRY (Jean-Pierre), médecin à Langon (Gironde), auteur du mémoire numéro 5, ayant l'épigraphe suivante : *Origines namque morborum, et causæ longè obstrusiores sunt, quam humanæ mentis acies, ès usque penetrare possit.* (Baglivi.) — 3° Une somme de 500 francs à M. le docteur Henri MERLAND fils, médecin à Luçon (Vendée), auteur du mémoire numéro 10, ayant pour épigraphe : *Vita omnium minima consistat in actione cordis contracti et operti*, etc. — 4° Enfin une somme de 500 francs à M. SAVALLE (Martin-Benoit), médecin à Freneuse, près Bonnières (Seine-et-Oise), auteur du mémoire numéro 11, portant pour épigraphe : *Sub judice lis est.* (Horace.)

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme : la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus

le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) — Des encouragements auraient pu être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Quatre ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie; aucun d'eux n'ayant paru mériter de récompense, l'Académie a décidé qu'il ne serait accordé, cette année, ni prix, ni encouragement.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.* — La question proposée par l'Académie était : « De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. » — Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Six mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur L.-X. BOURGEOIS, médecin à Tourcoing (Nord), auteur du mémoire numéro 3, portant pour épigraphe : *Experientia docet.*

2° *Question relative aux eaux minérales.*—Ce prix qui était également de 1000 francs, devait être accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

Douze ouvrages ont été soumis au jugement de la Compagnie.

L'Académie décerne le prix à MM. DURAND-FARDEL, LEBRET et LEFORT, auteurs du *Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, inscrit sous le numéro 8.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, devait être décerné à l'auteur *du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.* — Six ouvrages ont été adressés à l'Académie pour ce concours. — Ce prix était de la valeur de 3000 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre de récompense : 1° Une somme de 1500 francs à M. F.-J. CAZIN, médecin à Boulogne-sur-Mer, pour son *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes*, inscrit sous le numéro 5. — 2° Une somme de 1500 fr. à M. le docteur FRIEDBERG, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Berlin (Prusse), pour son travail sur la *Paralysie musculaire*, inscrit sous le numéro 1. — L'Académie accorde en outre une mention honorable à M. le docteur A. LIÉGARD (de Caen), pour son ouvrage sur l'*Eclampsie puerpérale*, inscrit sous le numéro 3.

PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ce prix était de la valeur de 1000.

Deux mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur OLLIER (de Lyon), pour ses deux mémoires, l'un sur les *Greffes osseuses*, l'autre sur l'*Accroissement en longueur des os des membres*, inscrits sous le numéro 2.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE DE 1860. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° UN PRIX DE 1500 FRANCS PARTAGÉ ENTRE : M. le docteur C. DUBREUILH, de Bordeaux (Gironde), qui continue à s'occuper activement de tout ce qui peut concourir à la propagation de la vaccine dans son département, qui a déjà obtenu huit médailles d'or ou d'argent, et qui cette année en particulier s'est distingué en adressant à l'Académie une histoire remarquable de la vaccine dans le département de la Gironde, depuis sa découverte jusqu'à l'année 1860. — M. le docteur VERDIER, médecin à Barre (Lozère), dont les services incessants sont constamment signalés par M. le préfet de son département, qui a déjà été honoré d'une médaille d'or en 1855, et qui continue à se faire remarquer pour les excellents rapports qu'il adresse chaque année et pour la régularité des états des nombreuses vaccinations qu'il pratique dans six communes de son arrondissement. — M. le docteur NIER, médecin à Privas (Ardèche), qui pendant une période de vingt-trois ans a vacciné près de douze mille individus dans son canton; qui remplit depuis dix-huit ans les fonctions de directeur du service de la vaccine dans son département, et qui a constamment fait les plus louables efforts pour seconder les intentions philanthropiques de l'administration. M. NIER a déjà obtenu une médaille d'or et cinq médailles d'agent.

2° DES MÉDAILLES D'OR A : M. RENAULT, officier de santé à Alençon (Orne), qui a atteint le chiffre considérable de 2395 vaccinations pendant l'année 1860, et qui déjà, pour ses services antérieurs, avait obtenu plusieurs médailles d'argent. — M. CAUSSADE, docteur en médecine à Saint-Médard-de-Guissières (Gironde), qui, aux nombreuses vaccinations qu'il pratiqua péniblement dans des communes très éloignées les unes des autres, a ajouté un mémoire très intéressant. Le zèle de ce vaccinateur est signalé par M. le préfet d'une manière particulière. — M. MORLANNE, officier de santé à Metz (Moselle), dont le dévouement soutenu pour la propagation de la vaccine mérite d'être encouragé, et qui s'est fait remarquer en 1860 par le grand nombre de vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées. Le chiffre des premières est de 537, celui des secondes de 1371. Il a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent — M. HOURSOLLE, officier de santé à Bayonne (Basses-Pyrénées), qui depuis plusieurs années se place, par le grand nombre de vaccinations qu'il pratique, en tête des principaux vaccinateurs de son département, et qui continue d'adresser à l'Académie des états tenus avec le plus grand ordre et des observations intéressantes sur des cas de variole ou de varioloïde recueillis dans sa pratique.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1860.

1° Rappel de médailles à : M. GUIPON, docteur en médecine à Laon (Aisne), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Laon. — M. RAGAINE, docteur en médecine à Mortagne (Orne), pour ses études météorologiques et hydrologiques appliquées à l'étude des endémo-épidémies de l'arrondissement de Mortagne. — M. DUMAS, docteur en médecine à Montpellier (Hérault), pour son rapport sur une épidémie de suette miliaire observée dans la ville et l'arrondisement de Draguignan (Var). — M. BEAUFOIL, docteur en médecine à Chinon (Indre-et-Loire), pour son mémoire sur les épidémies de dysenterie et de diphthérie observées dans la commune et les environs d'Ingrandes. — M. BOCAMY, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de rougeole observée dans la ville et dans quelques communes voisines de Perpignan.

2° Des médailles d'argent à : M. CARVILLE, docteur en médecine à Gaillon (Eure), pour son mémoire sur une épidémie d'ictère grave observée dans le pénitencier de Gaillon. — M. HAIME, docteur en médecine à Tours (Indre-et-Loire), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde et de diphthérie observées dans la commune de Neuillé-Pont-Pierre. — M. TUEFFERT, docteur en médecine à Montbéliard (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Saint-Maurice. — M. BONIFAS, docteur en médecine à Anduze (Gard), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie observée dans la localité qu'il habite. — M. NEUBAUBER, docteur en médecine à Sarrebourg (Meurthe), pour sa relation d'une épidémie de typhus pétéchial observée dans les communes de Haltenhausen et de Suetzelbourg. — M. FOUQUET, docteur en médecine à Vannes (Morbihan), pour son rapport sur les épidémies et les épizooties du Morbihan.

3° Des médailles de bronze à : M. PALANCHON, docteur en médecine à Cuisery (Saône-et-Loire), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie observée dans l'arrondissement de Cuisez, en 1859 et 1860. — M. ANDRIEUX, docteur en médecine à Brioude (Haute-Loire), pour son mémoire sur une épidémie charbonneuse observée dans la commune de Saint-Féréol. — M. MIGNOT, docteur en médecine à Gannat (Allier), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans le canton de Chantelle. — M. MONTDESERT, docteur en médecine à Saint-Lô (Manche), pour son rapport sur des épidemies de fièvres intermittentes observées dans la commune de Carentan. — M. MILLION, docteur en médecine à Saint-Étienne (Loire), pour son mémoire sur une épidémie de fièvre lente nerveuse observée à Saint-Étienne. — M. BARRERA, docteur en médecine à Prades (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de rougeole observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Prades. — M. SERRADELL, docteur en médecine à Prades (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans les communes de Latour-de-Garol et de Porta. — M. REBORY, docteur en médecine à Digne (Basses-Alpes), pour son rapport sur le service médical et les constitutions épidémiques du canton de Digne.

4° Des mentions honorables à : M. MARTIN, docteur en médecine à Deuil (Seine-et-Oise), pour son rapport sur les épidémies de diphthérie et de variole observées dans la commune de Montmorency — M. DU GARAY, docteur en médecine au Puy (Haute-Loire), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans plusieurs communes de l'arrondissement du Puy. — M. MARTIN-DUCLAUX, docteur en médecine à Villefranche (Haute-Garonne), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée dans l'arrondissement de Villefranche. — M. CZERNICHOWSKI, docteur en médecine à Auneau (Eure-et-Loir), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans la commune d'Auneau.

— M. VERDIER, docteur en médecine à Florac (Lozère), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans la commune de Barre et ses environs. — M. HAMON, docteur en médecine à Fresnay (Sarthe), pour sa relation d'une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Mamers (Sarthe). — M. DAGORREAU, docteur en médecine à Saint-Calais (Sarthe), pour son rapport sur les épidémies de rougeole et de variole observées dans l'arrondissement de Saint-Calais. — M. CRIÉ, docteur en médecine à Laval (Mayenne), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée dans l'arrondissement de Laval. — M. MADIN, docteur en médecine à Verdun (Meuse), pour son rapport sur une épidémie de méningite cérébro-spinale observée dans l'arrondissement de Verdun. — M. GEVREY, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône), pour son rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde observée à la Ferroux. — M. SECOURGEON, docteur en médecine à Draguignan (Var), pour son rapport sur l'épidémie de suette miliaire observée à Draguignan. — M. GIRAUD, docteur en médecine à Draguignan (Var), pour son rapport sur l'épidémie de suette miliaire observée dans la vallée de Draguignan.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1859 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : M. BAILLY, médecin-inspecteur des eaux de Bains (Vosges), pour le zèle soutenu qu'il apporte dans la rédaction de rapports pleins de sagacité et d'observations pratiques. — M. CROUZET, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault), pour les efforts dignes d'éloges et vraiment exceptionnels qu'atteste son rapport annuel.

2° Médaille d'argent à : M. GENIEYS, médecin-inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour ses intéressantes considérations sur l'état actuel de cette station thermale et les perfectionnements qu'elle doit subir dans l'avenir.

3° Médailles de bronze à : M. BASSET, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), pour la monographie complète et très étudiée qu'il a donnée de cet établissement. — M. DIMBARRE, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), pour un rapport qui renferme des faits nouveaux et des recherches étendues. — M. DUFOUR, médecin-inspecteur des eaux d'Hammam-Meskhoutin (Algérie), pour le soin et le talent avec lequel il a fait connaître dans son mémoire spécial l'une des plus importantes stations thermales de l'Afrique française. — M. OURGAUD, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége), pour le précis très bien fait qu'il a rédigé sur l'ensemble de l'établissement qu'il dirige. — M. PIGLOWSKI, médecin-inspecteur des eaux du Vernet (Pyrénées-Orientales), pour un travail très digne d'attention sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons. — M. ROUBAUD (Félix), médecin-inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre), pour le soin avec lequel il a su résumer ses observations annuelles.

4° Des mentions honorables à : M. CHARMASSON DE PUYLAVAL, inspecteur adjoint aux eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), pour les nombreuses observations de névroses qu'il a recueillies et analysées avec un véritable sens pratique. — M. COULET, médecin-inspecteur des établissements de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), pour un recueil de faits détaillés propre à mettre en lumière le mérite de ces sources. — M. DAMOURETTE (Ernest), médecin-inspecteur adjoint des eaux de Sermaize (Marne), pour un travail étendu dans lequel il a résumé les résultats de sa pratique thermale pendant trois années. — M. PERELLI, médecin-inspecteur des eaux de Pietra-Paula (Corse), pour avoir, dans un premier et bon rapport, fait connaître l'une des stations hydrominérales encore peu connues de la Corse.

(*Les prix pour 1862 au prochain numéro.*)

---

## Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 DÉC. 1861. — PRÉSIDENCE DE M. VERNOIS.

DE LA RAGE.

M. *Bergeron* lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la rage à propos d'un fait observé à l'hôpital Sainte-Eugénie.* Après quelques considérations générales sur l'utilité de recueillir chacun des faits relatifs à cette terrible maladie, qui met encore en défaut tous les efforts de la médecine, l'auteur rapporte l'observation détaillée du jeune malade qu'il a reçu dans son service l'an dernier. Dans cette histoire, on retrouve tout le triste cortége d'accidents que l'on a noté habituellement dans les faits de ce genre; l'auteur fait cependant ressortir certaines circonstances particulières dont il tirera des déductions intéressantes au point de vue de la pathologie comparée et de l'hygiène publique.

D'abord, le chien qui a transmis le virus rabique, quoique malade depuis plusieurs jours, et ayant déjà mordu quelques animaux, n'avait pas encore refusé de manger et de boire lorsque l'accident est arrivé. Il faut noter, en même temps, l'insuffisance des cautérisations pratiquées avec l'ammoniaque et l'acide azotique cinq minutes à peine après la morsure. La cicatrisation des plaies a duré un mois entier; on peut attribuer la lenteur du travail de réparation à la nature de la plaie mâchée et contuse, peut-être aussi aux cautérisations ammoniacales et azotiques; mais on peut se demander si le virus rabique n'y a pas eu aussi sa part, et il serait intéressant de rechercher si les morsures non suivies de rage se cicatrisent plus rapidement que celles qui sont suivies plus tard d'accidents généraux.

La durée de l'incubation a été d'une longueur exceptionnelle (cinq mois et demi), puisque, d'après une statistique de 147 faits recueillis par le comité consultatif d'hygiène, M. Tardieu a trouvé en moyenne l'incubation réduite à une période d'un mois (*Annales d'hygiène*, janvier 1860).

Les mercuriaux ont joui à cet égard, à la fin du XVII<sup>e</sup> et pendant tout le XVIII<sup>e</sup> siècle, d'une vogue qui ne semble malheureusement pas justifiée par les faits, et leur usage a été définitivement condamné par M. Renault dans un rapport que l'on peut citer comme un modèle de critique (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 13 janvier 1852). Les observations recueillies dans le siècle dernier manquent de la précision qui pourrait entraîner la conviction; mais faut-il pour cela désespérer de trouver un *préservatif de la rage*, si ce n'est dans le mercure, au moins *dans l'iode et dans l'arsenic, qui n'ont pas été suffisamment expérimentés?* M. Bergeron ne le pense pas; mais aujourd'hui, *grâce à la diminution* de fréquence de ces accidents, ce n'est pas dans la pratique d'un seul médecin ni d'un hôpital donné, qu'on pourrait chercher la réponse à ce *desideratum*, il ne faudrait rien moins qu'une enquête internationale provoquée par un congrès scientifique européen.

L'auteur touche incidemment à l'existence des *lysses*, dont tout le monde parle, que tous les médecins ne cessent de rechercher à l'occasion, sans qu'on ait pu les retrouver depuis qu'elles ont été signalées par le docteur Marochetti et par le docteur Magittel, et le docteur Xanthos, de Siphnos (*Archives de médecine*, t. VI, 1824; et t. IX, 1825, p. 85, 86 et p. 122). Il faut observer toutefois que, selon ces observateurs, c'est pendant l'incubation, depuis le troisième jusqu'au neuvième, et même jusqu'au quarantième jour, qu'il faut rechercher ces tumeurs sublinguales dont la cautérisation serait un sûr préservatif de l'intoxication; or, malgré leur indication formelle, c'est généralement à l'époque de la rage confirmée qu'on les a recherchées chez l'homme, et il n'est pas bien sûr que les vétérinaires, qui s'accordent presque tous à nier leur existence chez le chien, les aient toujours recherchées à l'époque de l'incubation, et aient pu pratiquer une investigation suffisamment complète de la gueule d'animaux qu'on savait en possession du virus rabique. Malgré le peu de précision des documents sur lesquels les premiers observateurs ont cherché à établir l'existence de cet épiphénomène, malgré tout ce que présente d'anomal, au point de vue théorique, cette éruption pustuleuse, emmagasinant tout le virus rabique, qui serait repris plus tard par l'organisme, bien qu'enfin, dans le cas actuel, M. Bergeron l'ait en vain cherchée, on n'est peut-être pas suffisamment autorisé à rejeter l'existence des lysses, et il serait à désirer que les médecins vétérinaires se prononçassent bien catégoriquement à ce sujet, d'après des expériences bien et dûment constatées.

Passant à l'analyse des symptômes, l'auteur montre que, dans le cas présent, aucuns symptômes prodromiques, si ce n'est des vomissements, n'ont précédé le symptôme le plus caractéristique chez l'homme, c'est-à-dire l'hydrophobie. La cicatrice de la morsure n'a pas changé d'aspect, et n'a été le siége d'aucune douleur, contrairement à ce qu'avancent plusieurs auteurs, qui veulent qu-

le virus rabique fixé au point primitif d'inoculation ne s'élance dans toute l'économie qu'après un nouveau travail morbide local. Cette dernière manière de voir expliquerait assez bien la longue durée de l'incubation, et impliquerait la nécessité de cautériser profondément la blessure, même longtemps après l'accident, et peut-être d'y entretenir longtemps la suppuration; mais ce n'est encore là qu'une hypothèse que rien ne démontre.

Les symptômes propres de la rage confirmée ont consisté uniquement, sauf à la période ultime, en des troubles nerveux que l'on peut diviser en trois périodes, qui, en réalité, se mêlent souvent l'une à l'autre, et qui sont: une période d'excitation, une période de perversion et une période d'affaissement. Une hyperesthésie générale des sens, une agitation incessante, caractérisent la première période chez l'homme, comme chez le chien; ils s'accompagnent bientôt d'une exaltation de l'intelligence qui a été très remarquable chez un idiot observé par le docteur Niepce (*Archives générales de médecine*, t. XCII, p. 621, 1853), et par une jactitation continuelle. M. Bergeron fait remarquer l'extrême analogie de ces phénomènes morbides avec ceux qu'on observe dans la première phase, soit d'un accès de manie aiguë, soit de l'intoxication par l'alcool, par le haschich ou la belladone; on pourrait même hésiter à se prononcer sur l'apparition d'un symptôme spécial, le spasme convulsif des muscles du pharynx et surtout des muscles respirateurs. Ce spasme ne trouve pas sa raison d'être dans une lésion de la muqueuse pharyngienne; la dysphagie, l'horreur de l'eau et des aliments, semblent provenir d'une sensation purement nerveuse qui réveille des mouvements réflexes de tout le système des nerfs crâniens et des premières paires rachidiennes. Comment le virus rabique agit-il sur les centres nerveux pour produire de pareils troubles? C'est ce que l'anatomie pathologique n'a nullement révélé jusqu'à présent.

Cette perversion de la myotilité s'accompagne bientôt d'une perversion de la sensibilité et de l'intelligence; à l'hyperesthésie des sens succèdent les hallucinations, à l'excitation intellectuelle le délire. Sous l'influence d'hallucinations effrayantes et d'un délire maniaque, on a vu quelquefois l'enragé se jeter sur ceux qui l'entouraient; mais il est très rare qu'il morde. Ordinairement, c'est avec l'arme naturelle à l'homme, c'est-à-dire avec les bras, qu'il cherche à repousser des ennemis invisibles, de même que le chien, le chat et le loup, se servent de leurs dents, le taureau et le bélier de leurs cornes, et le cheval de ses sabots. Chez l'homme, le délire maniaque est le moins fréquent, ou consiste seulement en des accès dans l'intervalle desquels la raison reprend son empire: le malade reconnaît son entourage, répond aux questions; mais tout en lui porte l'empreinte d'une profonde tristesse; souvent il est pénétré de la pensée qu'il peut être dangereux pour ceux qui l'approchent. Le mal, à mesure qu'il avance, prend les caractères d'une véritable lypémanie où les idées funèbres et religieuses occupent le premier rang. Enfin, un collapsus complet marque la dernière période; le coma survient, et le malade succombe à la dépression des forces nerveuses, à l'épuisement produit par l'inanition, et à une asphyxie progressive produite par la perversion des mouvements respiratoires.

Chez le chien, on observe à peu près la même succession de phénomènes psychiques: il éprouve des hallucinations qui lui font guetter des ennemis imaginaires, la voix de son maître le calme soudain; mais bientôt, assiégé de nouveaux fantômes, il s'élance en aboyant au bout de sa chaîne. L'affaissement succède souvent, sans transition, à cette excitation du début, et ce cas serait peut-être bien plus fréquent si l'animal était soustrait aux influences extérieures; mais ordinairement il est bientôt saisi d'un délire furieux; il cherche à mordre tout ce qui l'entoure; mais à ce moment même il est encore docile à la voix de son maître, alors qu'il se jette sur les étrangers. Il est assez remarquable que ces troubles psychiques soient ceux qui présentent chez l'homme et chez le chien la plus constante analogie, car, chez ce dernier, des deux symptômes pathognomoniques de la rage chez l'homme, la dysphagie ne se montre que tardivement, et l'hydrophobie n'existe qu'exceptionnellement. Les phénomènes de collapsus présentent, chez le chien, à peu près la même marche que chez l'homme, et à la fin se montrent des symptômes de paralysie et plus spécialement des paraplégies terminales.

L'anatomie pathologique pratiquée à l'amphithéâtre a dit son dernier mot sur la rage, mais le champ reste ouvert aux recherches microscopiques qui nous révéleront peut-être l'action que le virus rabique exerce sur les centres nerveux. Il serait utile aussi d'insister sur l'analyse des urines pour y chercher l'albumine, qu'on y a trouvée dans le cas de M. Bergeron, et peut-être le sucre et la matière colorante bleue.

L'absence de congestion cérébrale étant démontrée par les faits négatifs recueillis dans les autopsies, ainsi que par l'inutilité des émissions sanguines, la rage devrait être classée parmi les névroses, à côté des manies aiguës, si la donnée étiologique ne lui assignait une place définitive parmi les maladies spécifiques. Quant au nom d'hydrophobie, M. Bergeron voudrait le voir rejeter complétement, puisqu'il ne donne qu'une idée incomplète, appliqué à la rage humaine, et erronée, appliqué à la race canine, où ce symptôme soi-disant caractéristique ne se présente presque jamais.

Quant au traitement, l'auteur pense que les analogies qu'il reconnaît entre la rage et certains accès de manie aiguë, fournissent une indication thérapeutique. Après les moyens opposés à l'absorption du virus, et jusqu'à ce qu'on ait trouvé un spécifique contre la rage, il faut faire la médecine des symptômes, et emprunter aux médecins aliénistes les préceptes qui les dirigent dans les cas de manie aiguë, préceptes résumés en deux mots: calmer et soutenir. La difficulté de faire absorber les médicaments aux enragés, malgré le spasme pharyngien, est aujourd'hui résolue par la méthode hypodermique. Quant aux substances à employer, M. Bergeron, comme M. Boucher, a essayé, sans succès, l'atropine. Mais il serait utile de reprendre ces expériences avec des doses plus élevées; il conviendrait aussi d'employer les préparations de morphine et de digitaline, cette dernière ayant donné de bons résultats dans le *delirium tremens* et l'épilepsie. Enfin le *curare* semble indiqué à cause de l'action spéciale qu'il pourrait avoir sur le spasme rabique. Contre un mal aussi constamment fatal, l'audace est permise. Quant à l'indication de soutenir les forces du malade, ce n'est guère que par la muqueuse rectale qu'on peut la remplir.

L'avenir dira ce qu'il faut attendre de cette thérapeutique; pour le moment, c'est l'hygiène publique qui doit combattre avant tout la propagation de la rage. A tout ce qui a été fait dans cette voie, ne serait-il pas utile d'ajouter une instruction qui éclairât les populations sur les véritables symptômes de la rage, et qui pût les prémunir contre les préjugés trop répandus à ce sujet? Il faudrait répéter sans cesse au public que rien n'est plus trompeur que les prétendus signes caractéristiques de la rage: l'impossibilité de manger et l'horreur des liquides, qui manquent presque toujours, et dont l'absence entretient dans une sécurité trompeuse les possesseurs de chiens déjà malades depuis plusieurs jours. Aux instructions que l'autorité publie chaque année sur les soins à donner aux individus mordus par un chien suspect, il serait facile d'ajouter un tableau succinct, mais exact, des signes auxquels on peut reconnaître les animaux malades. En divulguant ces notions par tous les moyens de publicité dont on dispose, on verrait sans doute le nombre des cas de rage diminuer dans une proportion considérable.

Dr E. Isambert.

---

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Mémoire pour servir à l'histoire de l'hypertrophie simple plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques sans leucémie,** par M. le docteur J. Cossy.

Voici les principaux détails relatifs aux *altérations anatomiques* notées dans les trois observations qui font la base de ce travail:

Les plus remarquables étaient celles des ganglions lymphatiques. Chez un seul sujet, l'hypertrophie de ces organes était bornée

aux ganglions du mésentère et de la grande courbure de l'estomac ; chez les autres, elle était générale, portant à la fois sur les ganglions superficiels et sur ceux des cavités thoracique et abdominale.

Le nombre des ganglions malades était toujours très considérable, même dans le cas où le mésentère était seul envahi. Leur volume individuel variait depuis quelques millimètres à 5, 6 et 7 centimètres de diamètre. Ils formaient le plus ordinairement, par leur agglomération, des masses plus ou moins considérables qui atteignaient, particulièrement chez l'un des sujets, des proportions véritablement énormes. Chez ce malade, la tumeur ganglionnaire de l'aine droite offrait le volume d'une tête d'adulte et un poids de 2 kilogrammes 250 grammes ; la masse des ganglions lombo-aortiques et pelviens pesait 3 kilogrammes 620 grammes ; celles des aisselles atteignaient, l'une 500 grammes, l'autre 1 kilogramme. Le sujet est mort lentement asphyxié.

Examinés dans leur texture, les ganglions malades présentaient des caractères les plus différents, suivant leur volume. Les moins volumineux, généralement arrondis, offraient une certaine dureté ; ils étaient généralement blanchâtres, fibreux et peu vasculaires, et la surface des coupes ne fournissait pas de suc par le raclage. Ceux d'un volume plus considérable avaient généralement la forme d'un ovoïde un peu aplati. Leur consistance était élastique, leur tissu, qui ne criait pas sous le scalpel, était d'un rose tendre uniforme ou d'un jaune grisâtre, avec des stries vasculaires assez prononcées, médiocrement humides, s'écrasant sans trop de difficulté. La surface de la coupe de ces ganglions s'épanouissait et devenait aussitôt régulièrement convexe, et le raclage en faisait suinter un suc trouble, lactescent, blanchâtre ou rosé. Enfin, les plus volumineux des ganglions présentaient une élasticité plus grande encore, une vascularisation plus prononcée de leur tissu ; çà et là des points ecchymotiques ; une friabilité plus ou moins grande, permettant l'écrasement facile des tissus en beaucoup de points, et le suc trouble, fourni par le raclage, était en plus grande abondance encore que dans les ganglions précédents. En sorte que, ajoute M. Cossy, il semblerait y avoir, dans l'évolution pathologique de ces ganglions, une période de crudité et une de ramollissement.

La rate, normale comme volume et un peu molle dans un cas, était notablement hypertrophiée chez les deux autres sujets, au point d'avoir un volume presque triple de l'état normal. D'une couleur rouge lie de vin et d'une consistance médiocre chez l'un d'eux, elle était au contraire, comme tissu, dense et ferme chez l'autre, qui avait longtemps souffert de fièvres intermittentes rebelles, et de plus sa capsule d'enveloppe, notablement hypertrophiée, adhérait inférieurement avec une masse ganglionnaire située dans la région lombo-aortique.

Le foie offrait seulement dans deux cas une *légère* augmentation de volume.

Le sang contenu, soit dans les cavités du cœur, soit dans les principaux vaisseaux, n'avait aucun caractère particulier ; noir liquide ou en caillots, ayant l'aspect et la consistance de la gelée de groseille, il n'offrait aucune décoloration, soit totale, soit partielle.

Chez deux sujets, l'estomac et le reste des voies digestives étaient à l'état normal. Seulement, chez l'un d'eux, les anses de l'intestin grêle avaient contracté de nombreuses adhérences avec les masses ganglionnaires lombo-aortiques.

Le troisième sujet présentait au contraire dans l'intestin grêle des lésions très remarquables que M. Cossy considère comme le point de départ, au moins à titre de cause déterminante, de l'affection du mésentère, et qu'il décrit en ces termes :

« C'étaient vingt-quatre zones circulaires disséminées dans la longueur de l'intestin grêle, de 2 à 5 centimètres de hauteur, dans lesquelles la membrane muqueuse, rougeâtre et grisâtre, granuleuse, très friable, coupée par une foule de gerçures linéaires et irrégulières, reposait sur un tissu cellulaire sous-muqueux, inégal, épaissi, rouge vif ou violacé. Puis, au-dessous encore, était le plan charnu sain, mais lui aussi un peu hypertrophié. Dans les intervalles de ces zones malades, les diverses membranes de l'intestin étaient aussi un peu hypertrophiées, et en outre, dans l'iléon, la muqueuse présentait un aspect mamelonné et un peu de friabilité. »

Les autres organes n'étaient pas malades ou ne présentaient que des lésions banales et accidentelles. Il faut remarquer particulièrement que les reins étaient sains.

Chez tous les sujets, la maladie a présenté dans ses *symptômes* et dans sa *marche* deux périodes bien tranchées.

Dans la première, les accidents étaient purement locaux : les ganglions lymphatiques se tuméfièrent lentement, d'une manière indolente, et en même temps les malades conservaient leur appétit, leur embonpoint, leurs forces ; ils n'avaient pas de fièvre et continuaient, ou peu s'en faut, à se livrer, comme en bonne santé, à leurs occupations ou à leurs travaux habituels.

Au bout d'un temps fort variable suivant les sujets (cinq, neuf, treize et quinze mois), aux symptômes purement locaux s'en joignirent d'autres indiquant l'altération de la santé générale et apparaissant à peu près simultanément : l'amaigrissement, qui semblait s'accompagner aussi d'un certain degré d'atrophie musculaire, surtout marqué aux membres ; une sorte d'alanguissement avec perte des forces, et dont la conséquence fut de rendre promptement le séjour au lit obligatoire ; l'altération du facies, le mauvais état de la peau, qui prenait un aspect terne ; et enfin un œdème plus ou moins généralisé. Cet œdème présentait surtout quelques caractères remarquables que M. Cossy décrit en ces *termes* :

« Il existait chez tous les malades. Chez l'un d'eux, il pouvait, à la rigueur, être attribué, au moins en partie, à la *compression* veineuse par les tumeurs ganglionnaires ; mais, dans les autres cas, une pareille cause ne peut être invoquée, et l'*infiltration* s'est présentée avec une allure particulière. Loin d'*apparaître comme* phénomène ultime, dernier terme de la cachexie, on *en voit les* premiers indices se manifester au début de *la deuxième* période, en même temps que l'amaigrissement et *les autres symptômes* indiqués tout à l'heure. Véritable anasarque qui rappelle celui de la maladie de Bright, on le constate en même temps sur les divers points du corps, aux membres supérieurs, à la face, sur le tronc, aux membres inférieurs. Il ne s'accompagne pas évidemment d'ascite, mais seulement d'une sorte d'empâtement de l'abdomen. Il persiste jusqu'à la mort, sans devenir excessif, chez deux sujets, et, chez le troisième, il disparaît entièrement avec l'amélioration si remarquable obtenue dans les autres symptômes. Pendant la vie, pas plus qu'après la mort, on ne peut l'expliquer ni par une affection du cœur ou des gros vaisseaux, ni par une compression veineuse, ni par une affection granuleuse des reins, et pas davantage, ainsi qu'on l'a vu tout à l'heure, par l'altération du sang qui caractérise le dernier terme des cachexies. En sorte qu'en procédant par voie d'exclusion on arrive forcément à mettre face à face, d'une part le symptôme qui nous occupe, et d'autre part l'hypertrophie ganglionnaire agissant autrement que d'une manière mécanique. »

L'examen microscopique du sang (dans deux cas) et des urines n'amena que des résultats négatifs.

Pendant cette seconde période, les ganglions continuèrent, d'ailleurs, à augmenter en nombre et en volume, au point d'atteindre les dimensions colossales indiquées plus haut.

Chez un seul sujet, M. Cossy put obtenir, à la suite d'un traitement thermal, une diminution de près de moitié dans le volume des ganglions et la disparition complète des symptômes généraux.

Ainsi que le fait remarquer M. Cossy, il y a entre les cas de leucémie et les faits rapportés dans ce travail, à l'exception de la présence en excès des globules blancs du sang (et de la tendance aux hémorrhagies par diverses voies), une analogie singulière au point de vue des altérations anatomiques des solides, des conditions d'âge dans lesquelles ces maladies débutent de préférence, dans le début, les symptômes, la marche, la durée, la terminaison presque inévitablement fatale. M. Cossy arrive donc logiquement à se demander si les cas de leucémie ganglionnaire d'une part, et d'autre part ceux d'hypertrophie simple rapportés dans son travail ne sont pas des cas de même espèce, au moins à leur point de départ ; seulement, dans les uns, la maladie aurait parcouru se

diverses phases sans l'apparition des globules blancs en excès dans le sang, tandis que, dans les autres, cette complication serait survenue, comme tant d'autres complications, sous l'influence de causes encore indéterminées. Ainsi, l'altération leucémique du sang ne serait un effet ni nécessaire ni constant de l'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques ou de la rate, ce ne serait qu'une lésion secondaire, n'ayant ni symptômes individuels ni marche spéciale; en un mot, l'existence de la leucémie comme maladie distincte se trouve, pour M. Cossy, mise en question, et il fait appel à ce sujet aux observateurs exacts et impartiaux. (*Écho médical*, n°s 13 et 14, 1861.)

— Des faits qui paraissent avoir une grande analogie avec ceux de M. Cossy ont été publiés récemment en Angleterre sous le nom d'*anœmia lymphatica* (*Lancet*, 1859, t. II, p. 213 et 238; 1860, t. I, p. 9; et 1861, t. II, p. 8). Au reste, l'existence d'engorgements ganglionnaires volumineux sans leucocythémie a été indiquée de la manière la plus précise par le professeur Virchow, par M. Lebert (*Handbuch der praktischen Medicin*, t. I, art. LEUCÉMIE). Enfin M. Virchow (*Gesammelte Abhandlungen*, p. 198) a appelé l'attention sur un cas d'engorgements ganglionnaires généralisés, dans lequel le sang ne présentait au début, et alors que les ganglions avaient déjà acquis un volume considérable, aucune altération à l'examen microscopique; ce ne fut qu'un an plus tard que ce liquide présenta les lésions caractéristiques de la leucocythémie lymphatique. M. Bennett a rapporté un cas tout à fait analogue pour la forme splénique. (*On Leucocythemia*, p. 128.)

---

V

## BIBLIOGRAPHIE.

**A System of Surgery, Theoretical and Practical Treatises by Various Authors, Edited by E. Holmes, Ass. surg. to Sick Children Hospital, in 4 volumes.** (*Système de chirurgie théorique et pratique par plusieurs auteurs, sous la direction de* E. HOLMES, chirurgien adjoint de l'hôpital des Enfants, en 4 volumes; tome Ier, 1860, et tome II, 1861. Parkerson and Bourne, Weststrand.)

Le premier volume, dont le titre précède, a été publié à la fin de l'année 1860; le second a suivi de près le premier, et a été livré à la circulation vers le milieu de cette année. Ces deux volumes sont la moitié d'un traité systématique de chirurgie.

La composition de cet important ouvrage a été confiée à trente-neuf collaborateurs, la plupart occupant une position élevée dans les principaux hôpitaux de Londres et dans la clientèle civile; ces chirurgiens sont tous connus par des travaux estimés, par des recherches importantes sur plusieurs points de chirurgie. Ce livre présentera donc une série de monographies, un résumé des travaux les plus importants publiés en Angleterre. Le rédacteur principal paraît néanmoins vouloir en faire un traité systématique (*a System of Surgery*), ainsi qu'il est intitulé.

On comprend cependant la difficulté de faire un livre de ce genre dans l'acception rigoureuse du mot, en chargeant plusieurs rédacteurs des diverses parties du travail, en laissant à chacun la liberté de ses allures scientifiques. Un livre systématique exige un certain ordre, une subordination dans les idées, une suite, un enchaînement continu dans les sujets, un ordre logique enfin qui permette d'employer certains artifices, à la faveur desquels on rendra l'exposition plus facile; condition indispensable dans un travail destiné à l'initiation chirurgicale des élèves, et dont le but est de les habituer de bonne heure à cet esprit de méthode et de suite qui doit présider à leurs travaux ultérieurs. Or, un livre systématique, dont la rédaction est confiée à un grand nombre d'auteurs, échappe à ces conditions; et, quel que soit le soin du rédacteur principal à harmoniser les diverses parties, le travail pourra ressembler à une belle mosaïque, mais il ne présentera jamais cette hardiesse de trait qui caractérise l'œuvre d'un grand maître.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que si, au point de vue de la méthode, ce livre peut donner prise à la critique, au point de vue pratique, il pourra offrir des avantages incontestables. Les grandes divisions de ce travail sont confiées à des hommes qui en ont fait une étude spéciale, non pas à des spécialistes, mais à des chirurgiens habiles qui ont étudié avec une espèce de prédilection certaines grandes questions de chirurgie. Dans ces conditions, le *Système de chirurgie* sera un livre sérieux, une encyclopédie chirurgicale où se trouveront réunis les travaux modernes les plus importants de la chirurgie anglaise.

Lorsque l'œuvre sera achevée, il sera curieux, même utile, de jeter un coup d'œil d'ensemble, de voir comment la tâche a été remplie, d'examiner les diverses tendances de la pratique de nos voisins, et de voir quels sont les progrès qu'ils ont contribué à réaliser.

Le *Système de chirurgie* doit comprendre six grandes divisions: la première et la deuxième consacrées à l'étude des maladies et des blessures qu'on peut rencontrer dans toutes les régions; ces deux parties sont désignées sous le nom de *Pathologie chirurgicale générale*.

La troisième doit comprendre les blessures par ordre de région: la tête, la face, le cou, le thorax, la colonne vertébrale, la poitrine, l'abdomen, le bassin et les membres supérieurs et inférieurs.

La quatrième doit traiter de la médecine opératoire et des préceptes pour l'emploi des anesthésiques.

La cinquième, les maladies chirurgicales des organes des sens et de l'appareil de la locomotion.

La sixième, enfin, doit être affectée à la pathologie et à la thérapeutique chirurgicale des maladies des enfants, aux principes qui doivent présider aux constructions et à l'aménagement des hôpitaux, et à d'autres sujets qui n'ont pas trouvé place dans le plan général du livre.

D'après le cadre exposé, la sixième partie doit donc être consacrée à l'étude des maladies chirurgicales des enfants, et aux règles et principes qui doivent présider à l'aménagement et à la construction des hôpitaux; c'est une heureuse innovation, un sensible progrès, un véritable perfectionnement. Bien des gens peut-être regarderont cette innovation comme un hors-d'œuvre, et soutiendront qu'une section distincte, consacrée à la pathologie des enfants, est une inutilité, et que, amplement exposée dans les cliniques et dans les traités généraux, la pathologie chirurgicale des enfants ne demande pas un chapitre spécial; que c'est pousser à la fragmentation des sujets et favoriser la spécialité. Ce serait une grave erreur de croire que les maladies chirurgicales des enfants sont suffisamment traitées dans les livres classiques; toutes les fois que ces questions sont abordées dans les auteurs, elles le sont d'une manière insuffisante, et souvent résolues d'une manière erronée. On regardera aussi comme inutile le chapitre destiné à l'étude de l'arrangement, à la disposition des hôpitaux, et peut-être dira-t-on que ces matières relèvent plus spécialement du domaine de l'hygiène et des architectes. L'étude de ces questions cependant intéresse particulièrement le chirurgien; s'il fallait le démontrer, il suffirait de rappeler ce que nous voyons tous les jours. Il n'est malheureusement que trop avéré que des complications graves à forme épidémique ravagent parfois les salles de chirurgie; ces complications sont souvent occasionnées par l'encombrement, par une ventilation vicieuse, par une mauvaise disposition des salles, depuis longtemps en service; enfin, par une alimentation qui, sans être insuffisante, laisse beaucoup à désirer. Toutes ces causes semblent méconnues, et, lorsqu'une complication grave se manifeste, au lieu d'en chercher la cause dans une des conditions indiquées, on se plaît à l'attribuer à la phlébite, au passage du pus dans le sang, etc., tandis qu'il suffirait de se rappeler que l'encombrement, que la mauvaise ventilation contribuent à vicier le milieu dans lequel sont les malades, et que l'air altéré, porté dans le torrent de la circulation, est la cause principale de ces accidents. L'étude de toutes ces conditions n'est pas un hors-

d'œuvre dans un livre qui doit servir à l'éducation chirurgicale des étudiants en médecine.

Après cet exposé général, nous allons jeter un coup d'œil rapide sur les divers sujets traités dans les deux volumes du *Système de chirurgie*. Le premier volume contient 900 pages consacrées à l'étude des maladies et des blessures en général. L'inflammation commence la première partie, viennent ensuite les abcès, les fistules, la gangrène, les ulcères, l'érysipèle, la pyohémie, le tétanos, le *delirium tremens*, la scrofule, l'hystérie, la syphilis, les tumeurs bénignes et le cancer : ces sujets occupent 569 pages ; la contusion, les plaies, les poisons animaux, les plaies des vaisseaux, la commotion, les brûlures, les fractures et les luxations en général terminent le volume.

Le deuxième volume comprend les plaies d'armes à feu, et la troisième partie les blessures par ordre de région ; il est terminé par l'étude des maladies des yeux.

L'article INFLAMMATION occupe 150 pages ; cette étendue est amplement justifiée par l'importance du sujet. La rédaction de ce chapitre a été confiée à M. Simon, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, clinicien aussi habile que pathologiste distingué. L'auteur s'est acquitté avec bonheur d'une tâche aussi difficile, et son œuvre offre un résumé assez complet des divers travaux sur la matière.

Après quelques considérations sur l'importance de l'inflammation en chirurgie et sur l'étymologie du mot, il aborde largement son sujet, et, afin de mieux préciser sa description, il prend comme point de départ ce qu'on observe dans l'anthrax. L'inflammation est pour lui une fonction de nutrition troublée dans sa marche et dans sa terminaison. Dans tout phénomène de nutrition il y a production d'éléments nouveaux, suivis de la disparition de ces mêmes éléments ; on observe la même chose dans l'inflammation ; seulement, dans l'acte inflammatoire, la production et la disparition sont en excès. Ainsi, excès de production, excès de destruction, voilà les deux grands facteurs qui dominent et autour desquels se groupent les autres phénomènes secondaires de l'inflammation, savoir : 1° la gangrène en masse ou par molécules, constituant le sphacèle ou l'ulcération ; 2° l'exsudation d'un produit plastique, contenant les éléments embryonnaires des tissus. Cette production exubérante d'éléments histologiques s'accompagne d'une vascularisation, d'une hypérémie, dans le point siége du phénomène. M. Simon expose avec beaucoup de détail : 1° les diverses modifications observées dans la circulation, et qui déterminent une production de chaleur constatée par les expériences thermo-électriques du docteur Montgomery ; 2° les évolutions qui s'opèrent dans les éléments plastiques épanchés au sein des tissus.

L'hypérémie ou la congestion active est un des phénomènes primordiaux de l'inflammation ; il n'en constitue pas cependant un caractère absolu. Les recherches de Hunter avaient montré que ce développement capillaire est souvent inhérent à certains actes de nutrition normale, et, de nos jours, les belles expériences de M. Cl. Bernard nous ont appris que certaines lésions des filets du grand sympathique s'accompagnaient d'une vascularisation et d'une calorification plus grande des parties où ils se rendaient. L'auteur a le soin de remarquer que cette vascularisation offre néanmoins quelque chose de caractéristique ; elle verse dans les tissus un exsudat ayant une composition chimique et histologique différente de celui qui succède aux simples congestions. L'exsudat plastique est plus riche en albumine, en chlorures, et il contient en outre des éléments des tissus à l'état embryonnaire et à la période de sénescence : les premiers sous la forme de cellules à noyaux à peine appréciables ; les seconds, représentés par de grandes cellules remplies d'une matière graisseuse.

Les diverses métamorphoses des éléments histologiques sont exposées avec détail et précision. Cette partie de l'article offre un intérêt très grand ; l'auteur y résume avec habileté les problèmes les plus délicats touchant les diverses transformations des éléments plastiques, épanchés au sein des tissus. Après la partie physiologique, M. Simon passe en revue tous les autres points de l'histoire de l'inflammation : causes, marche, diagnostic, formes diverses, traitement et historique.

Nous ne nous arrêterons pas aux articles ABCÈS, GANGRÈNE, par M. Holmes Coste ; ULCÈRES, TUMEURS, par M. Paget, etc. Nous nous arrêterons un instant au chapitre ÉRYSIPÈLE, par M. Ca[illegible] de Morgan. Cet exanthème est considéré par l'auteur, ainsi que par d'autres chirurgiens anglais, comme une maladie générale produite par l'altération du sang et comme de nature contagieuse et infectieuse. Au nombre des causes qui provoquent son développement, M. de Morgan place l'influence de l'encombrement et la mauvaise ventilation. Ce chapitre mérite à tous égards l'attention des lecteurs. Dans le traitement de la maladie, l'auteur réclame donc la disparition des causes principales que nous avons indiquées ; il insiste beaucoup sur trois points principaux : 1' suppression de tout encombrement ; 2° ventilation régulière et disparition de toute cause qui, par sa nature, puisse entraver la circulation de l'air ; 3° enfin, alimentation substantielle et suffisante. Ces trois points dominent beaucoup le traitement de la maladie ; ajoutez à cela l'emploi de médicaments toniques, de ferrugineux sous la forme de perchlorure de fer, ainsi que cela est conseillé par Hamilton. Les trois conditions auxquelles nous venons de faire allusion sont toutes rationnelles, nous dirons justifiées par l'observation clinique, et leur réalisation contribuerait sans doute à abaisser de beaucoup le chiffre de la mortalité chez les blessés. Si les chirurgiens pouvaient tous être convaincus de la réalité de cette assertion, ils se préoccuperaient moins de la phlébite, et seraient un peu plus empressés à réclamer la réalisation des mesures propres pour assurer le succès de leurs opérations.

Les articles PYOHÉMIE, TÉTANOS, TUMEURS, CANCER, SCROFULE, SYPHILIS, terminent la première partie, à laquelle sont affectées 569 pages du premier volume. Les 256 pages suivantes sont consacrées à l'histoire des contusions, des brûlures, des plaies des vaisseaux, des poisons animaux, comprenant la morve et les plaies par animaux venimeux ; enfin, à l'étude des fractures et des luxations en général.

Le deuxième volume comprend les plaies d'armes à feu, complément de la pathologie chirurgicale générale ; les blessures par ordre de région ; enfin, les maladies des yeux.

Les 95 premières pages sont affectées à l'histoire des plaies d'armes à feu, question importante et toute d'actualité. Ce travail a été confié à M. Thomas Longmore, ancien chirurgien divisionnaire de l'armée de Crimée, aujourd'hui professeur de chirurgie militaire à l'École de médecine militaire à Chatam et inspecteur adjoint du service de santé de l'armée anglaise. La compétence de ce chirurgien, sa position dans l'armée, lui donnaient pleine autorité pour traiter amplement cette grande question ; on doit regretter que cet auteur n'ait pas donné plus d'étendue à son sujet ; tel qu'il est, ce chapitre est un conspectus général, un manuel succinct mais complet des plaies d'armes à feu.

L'histoire des blessures d'armes de guerre, depuis l'introduction des armes à feu dans la tactique moderne, a subi de nombreuses et importantes modifications. L'expérience acquise par les chirurgiens dans les guerres de la révolution et de l'empire semblait avoir fixé en grande partie les préceptes concernant leur traitement ; quelques points laissés indécis ont reçu, dans les troubles civils et surtout dans les guerres de l'Algérie, du Schleswig-Holstein, des Indes, de la Crimée et de l'Italie, une solution plus complète. La question des résections des extrémités articulaires, des amputations immédiates, de l'application du trépan, a été mieux déterminée, et placée sur des bases plus solides.

L'introduction dans la tactique de nouveaux engins de guerre plus puissants, d'armes de précision d'une justesse et d'une portée plus grandes, lançant des projectiles d'une forme nouvelle, doués d'une vitesse et d'un pouvoir de pénétration plus grands, est venue encore ajouter un nouvel élément et modifier quelques-unes des idées reçues. M. Longmore insiste sur ces divers points ; il expose avec beaucoup de soin comment, en raison même de toutes ces circonstances, le nombre des blessés dans les combats modernes doit être plus grand, et les blessures plus graves, plus meurtrières. Avant l'introduction des armes de précision, les balles lancées par des fusils à canon lisse n'atteignaient pas une distance au delà de 100 à 150 mètres, et, si l'on obtenait quelquefois des portées de but en blanc de 400 à 600 mètres, ces effets n'étaient réalisés

dans des expériences de tir. Aujourd'hui, avec les armes nouvelles à canon rayé et à balle cylindro-conique, la portée du but en blanc atteint 1000 à 1200 mètres. Cette différence dans la portée, ajoutée à la justesse du tir et au pouvoir de pénétration des mobiles, explique suffisamment comment, dans les combats, le nombre des blessés doit être plus grand aujourd'hui que par le passé. Dans l'armée anglaise, la portée des anciens fusils (les *brown-bess*) était de 90 yards, et celle des carabines de 200 yards. Aujourd'hui, avec les armes dites *Enfield*, la portée du but en blanc est de 1000 à 1100 yards. Aussi. tandis que, dans la guerre de la Cafrerie, dit M. Longmore, d'après l'autorité du colonel Wilford, sur 80 000 coups de fusils tirés avec les brown-bess, 25 hommes seulement ont été atteints, dans la guerre des Indes à Cawnpore, une compagnie armée de fusils Enfield, d'une seule décharge mit par terre 69 cavaliers. Cette question de la justesse et de la portée des projectiles n'est pas pour le chirurgien une affaire de simple curiosité; elle lui révèle au contraire certaines particularités dont il peut faire son profit. Pour ne parler en effet que du nombre plus grand de blessés, M. Longmore fait remarquer que l'armée du duc de Wellington, dans les journées si rudes des 16, 17 et 18 juin, y compris la bataille de Waterloo, n'a compté que 8000 blessés; tandis que, dans la seule bataille de Solferino, les armées française et sarde ont compté 16 800 blessés et l'armée autrichienne 21 000. Cette question de l'augmentation du nombre mérite d'être prise en grande considération, car elle réclame pour les armées, dans les circonstances données, un personnel chirurgical et un matériel d'ambulance plus grand. A côté de la question du nombre se place une autre bien plus importante : celle de la gravité des blessures. Pour bien comprendre cette différence, il est nécessaire de se rendre compte de la marche différente des deux ordres de projectiles : les balles rondes, lancées par des canons lisses, éprouvent un mouvement de rotation analogue à celle d'une bille de billard, mouvement qu'elles conservent dans toute l'étendue de leur course; la nature même de ce mouvement permet au projectile d'être facilement détourné, d'éprouver des déviations très grandes. Si, en frappant nos organes, il rencontre un tendon, une surface courbe, il change facilement de direction, et au lieu de traverser la région, il la tourne pour sortir par le point opposé. Des exemples de ce genre sont bien connus, et M. Longmore en cite quelques uns. Les projectiles nouveaux, les balles coniques à expansion surtout, quoique n'étant pas doués d'une vitesse initiale plus grande, la conservent cependant dans une grande étendue de leur trajet; animés d'une vitesse de près de 450 mètres par seconde, qui persiste dans une grande étendue de leur course, ils exécutent un mouvement différent. En effet, le canon du fusil offre des rayures spirales, destinées à communiquer aux projectiles un mouvement de rotation autour de l'axe du canon; ces rayures constituent une espèce d'écrou d'où la balle ne peut s'échapper qu'en tournant sur elle-même comme une vis dans son écrou; ce mouvement très rapide se conserve dans toute l'étendue de sa course. Avec une vitesse initiale de 300 mètres par seconde, à 176 mètres, le projectile garde encore une vitesse de 156 mètres. Ainsi, justesse, portée, pénétration, constituent les causes principales de la gravité des blessures. Si l'on a égard au mouvement imprimé au mobile, on comprendra que ces corps décrivant des trajectoires plus rasantes, et frappant par leur pointe les régions du corps, y pénétrent en continuant le mouvement spiraloïde qui a été indiqué. Aussi plus de ces déviations extraordinaires qui leur permettaient de contourner une région; ils continuent leur route dans la même direction, pénètrent les cavités, au lieu de les tourner; ils blessent donc des organes importants qui étaient évités; ils percent et éclatent les os. M. Longmore insiste beaucoup sur tous ces détails que le chirurgien doit bien connaître; ils lui rendent compte des formes et de la gravité des blessures, et, dans un cas donné, peuvent lui permettre de se décider pour l'amputation, de préférence à une résection.

On comprend qu'il nous est impossible d'entrer plus avant dans l'analyse de ce remarquable chapitre; disons seulement que l'auteur démontre et pose en principe l'utilité de l'emploi du chloroforme dans la chirurgie militaire, et que, contrairement à l'opinion de John Hunter, il explique les avantages qu'il y a à pratiquer les amputations ou les résections aussitôt les premiers troubles nerveux passés, pratique déjà conseillée par Larrey, et que l'expérience de Stromeyer et Langenbeck dans la guerre des duchés, et celle des chirurgiens des armées de Crimée et d'Italie, ont amplement sanctionnée. L'histoire générale de ces blessures est complétée par une esquisse rapide par ordre de région; dans cette dernière partie comme dans la première, l'auteur emprunte aux guerres de Crimée, d'Italie, des Indes de nombreuses et intéressantes observations. Le travail de M. Longmore est, suivant nous, une belle introduction au II^e volume du *Système de chirurgie*.

Les plaies d'armes à feu complètent ce que le rédacteur principal groupe sous le titre de *Pathologie chirurgicale générale*. Vient ensuite l'*histoire des blessures* par ordre de régions, en commençant par celles de la tête et du dos. Le chapitre des *blessures de la tête* est l'œuvre de M. Prescott Hewett, un des chirurgiens anglais les plus compétents et les plus autorisés en cette matière. Depuis longtemps cet habile clinicien en avait fait l'objet de ses recherches spéciales et de ses études de prédilection; il en avait exposé le résultat dans une série de leçons très intéressantes professées au Collége royal des chirurgiens de Londres. Cet article, riche en observations cliniques, offre, en outre, un résumé assez complet des travaux les plus remarquables, et notamment ceux publiés chez nous. C'est une monographie dans laquelle se trouvent discutées les questions les plus importantes afférentes à ce sujet. On lira avec intérêt tout ce que l'auteur dit des fractures du crâne, et en particulier ce qui concerne l'écoulement de sérosité par l'oreille comme signe pathognomonique des fractures du rocher. L'auteur discute toutes les théories qui ont été invoquées pour expliquer ce phénomène, et il montre que, dans quelques-unes, l'écoulement de sérosité n'a pas été la conséquence d'une fracture du rocher. A l'appui de cette manière de voir, il cite deux cas dans lesquels un écoulement abondant a été observé à la suite d'une chute sur la tête, et cependant l'examen anatomique, fait après la mort, n'a pas montré la plus minime trace de fracture du rocher.

La commotion et la contusion du cerveau sont traitées avec beaucoup de soin, et les symptômes sont exposés, analysés avec une grande précision. En parlant de la théorie de la commotion violente comme cause de mort immédiate, sans désordres matériels appréciables, comme dans le fait cité par Littre, l'auteur fait complète justice d'un roman qui trop longtemps a reçu droit de domicile. Il établit qu'il n'existe dans la science aucun fait avéré pour permettre une telle théorie, et que, dans les cas où on avait cru qu'une commotion violente avait occasionné la mort sans laisser de traces matérielles, c'est qu'on avait très mal examiné les faits. A l'appui de cette manière de voir, M. Hewett cite un exemple de ce genre observé à l'hôpital Saint-Antoine en 1843, fait qui se trouve consigné dans quelques thèses comme venant corroborer la théorie de Littre : il s'agit d'un malade qui a succombé à la suite d'une violente commotion, et chez lequel l'autopsie n'a pas révélé le moindre désordre matériel pouvant expliquer la mort. M. Deville, moins crédule que ceux qui ont d'abord fait l'autopsie, a voulu y regarder de plus près; en continuant son examen, il rencontra une fracture de la colonne cervicale, un épanchement de sang dans le canal rachidien, lésions toutes de nature à expliquer l'accident. Voilà donc un fait qu'on aurait invoqué à l'appui de la théorie, si un observateur moins scrupuleux que M. Deville n'y avait pas regardé de plus près. M. Hewett cite une autre observation du même genre recueillie à l'hôpital Saint-Georges; cette fois la mort avait été produite par une déchirure de la cloison intra-ventriculaire.

La lésion des nerfs cérébraux, l'encéphalite traumatique, les abcès du cerveau et la question si délicate et si difficile de l'application du trépan, y sont exposés avec une grande richesse de faits cliniques.

L'histoire des blessures des autres régions est également traitée avec soin; celles de la région de la colonne vertébrale, par M. Shaw, ont donné l'occasion à cet habile chirurgien, collaborateur de Ch. Bell, d'émettre quelques remarques cliniques intéressantes. En parlant des fractures du rachis; il discute et réfute avec beau-

coup de tact et de convenance le conseil donné dans ces derniers temps par un physiologiste éminent, d'appliquer le trépan dans les fractures avec paralysie des membres, pour soustraire la moelle à la compression produite par les fragments osseux; il montre que, dans la région cervicale notamment, ce conseil ne pouvait pas être mis en exécution.

Les chapitres sur les blessures de la face, de l'abdomen, du bassin et du membre supérieur, méritent l'attention du lecteur; on y trouvera l'histoire complète des plaies, des contusions, des fractures, etc., de ces régions.

Nous nous arrêterons un instant au dernier article sur le membre supérieur, dans lequel on trouvera des notions très exactes touchant les fractures, et certains déplacements des extrémités articulaires. L'auteur, M. Flower, chirurgien adjoint de l'hôpital de Middlesex, insiste beaucoup sur la fréquence des fractures et des luxations dans le premier âge. Sur un relevé de 1786 fractures traitées dans l'espace de dix ans à l'hôpital de Middlesex, 732 appartiennent à l'âge d'un à quinze ans. Les déplacements articulaires sont minutieusement étudiés, et il démontre que les diverses classifications, pour être solidement établies, demanderaient une révision complète : ainsi, les luxations de l'épaule, celles sur lesquelles on a tant écrit, sont loin d'être complétement fixées; cela vient de ce que les déterminations faites par les divers auteurs ont été établies sur des données insuffisantes, et sans un contrôle assez large de pièces anatomiques. Voici une preuve de cette assertion : sur 41 pièces anatomiques qui existent dans les divers musées de Londres, la plupart classées sous des titres divers, 31 appartiennent à l'espèce sous-coracoïdienne. Voilà donc 31 pièces anatomiques rangées dans une catégorie, dans une espèce autre que celle à laquelle elles appartiennent. Si donc une telle indécision existe dans la détermination des luxations disséquées, que sera-ce lorsqu'il s'agira d'observations cliniques? D'après les recherches de M. Flower, l'espèce *luxation sous-coracoïdienne* est de toutes les luxations de l'humérus la plus commune : sur 51 observations recueillies par l'auteur, ou par des chirurgiens en qui il a pleine confiance, 44 appartenaient à l'espèce indiquée. Les luxations du coude, suivant l'auteur, sont aussi très fréquentes chez les enfants : sur 33 cas cités par Hamilton dans le *Traité des fractures et des luxations*, 19 ont été observés chez des enfants. A ce propos, je crois qu'il est bon de faire quelques réserves, et, sans rejeter le chiffre donné par le chirurgien américain, on ne doit pas l'accepter sans contrôle. Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont communes chez les enfants; elles donnent souvent lieu à des déplacements de nature à simuler des luxations, et le diagnostic ne peut en être rigoureusement établi, si d'avance on n'a pas la précaution d'anesthésier le malade, afin de pouvoir explorer minutieusement des parties déformées par le gonflement des tissus. Or, un diagnostic formulé en dehors de ce contrôle risque beaucoup d'être erroné.

Les 200 dernières pages du deuxième volume sont consacrées à l'étude des maladies des yeux. Ce travail a été fait par M. Dixon, chirurgien de l'hôpital royal ophthalmique. L'auteur expose sommairement le cadre si nombreux des affections des yeux; ses descriptions, quoique quelquefois courtes, sont toujours exactes; sa grande expérience lui donnait ample autorité pour traiter ce grand chapitre de la chirurgie. M. Dixon appartient à une école qui ne partage pas complétement les doctrines ophthalmologiques modernes; on peut dire qu'il forme le trait d'union de l'ancienne école de Saunders et de Tyrrell à celle si brillamment représentée dans le même hôpital par MM. Bowman et Critchet. Aujourd'hui que l'ophthalmologie, sous l'habile et puissante impulsion de Von Graefe et de Donders, est entrée dans des voies nouvelles, on doit regretter que M. Dixon, très au courant de la littérature allemande et des travaux de ces observateurs éminents, ne soit pas entré plus largement dans l'examen de ces questions importantes, qui, devant la violente opposition de l'école irlandaise, réclament une solution plus complète, et, si l'auteur des *Études pratiques sur les maladies des yeux* avait mis un peu plus de hardiesse dans ses doctrines et dans sa thérapeutique, son travail serait assurément un beau chapitre d'ophthalmologie.

Nous en avons fini avec les deux premiers volumes du *S… de chirurgie*, et pourtant cette analyse, déjà si longue, est bien loin d'être complète. C'est à regret que nous avons été obligé de passer sous silence des articles importants, dignes assurément d'être mentionnés.

Les deux volumes que nous venons de parcourir sont dignes de l'attention des chirurgiens; les diverses questions de chirurgie sont exposées avec une grande entente, et souvent d'une manière remarquable. Le caractère saillant de cet ouvrage est surtout le côté pratique. Contrairement aux habitudes anglaises, on rencontre à peine quelques rares dessins dans le cours du premier volume; or, dans un livre de ce genre, il y a certaines choses qui ne peuvent être bien comprises qu'à l'aide de cet auxiliaire important. Espérons que, dans les deux volumes suivants le rédacteur principal comprendra ce *desideratum*, et que des illustrations, là où il en est besoin, seront ajoutées à chaque sujet.

J. Giraldès.

---

VI

## VARIÉTÉS.

### A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Tout mauvais cas est niable, et je comprends que vous vouliez vous soustraire, à tout prix, aux conséquences de la position que vous avez prise inconsidérément vis-à-vis de moi. Mais votre insistance et les commentaires qui viennent d'ailleurs au secours de vos *insinuations* et de vos réticences ne me permettent pas de vous laisser *le bénéfice de la* moindre obscurité. Je vous le déclare d'ailleurs, en maintenant toutes mes assertions, sans exception aucune, et en prouvant *jusqu'à la dernière* évidence que sur *tous* les points vous vous êtes trompé, vous m'avez attaqué sans motif ni justice, je veux établir une bonne fois, au profit de la vraie critique scientifique et de ceux qui y sont soumis, que la critique comme vous l'exercez, c'est-à-dire inspirée par des sentiments autres que l'intérêt de la science, parlant sur un ton qui n'est pas celui de la science, et s'appuyant sur des ouï-dire et des renseignements qui n'ont rien de commun avec la science, ne peut conduire qu'*à l'erreur* et au *scandale*. Vos lecteurs, tout le monde et vous en particulier allez en juger.

Qu'il soit bien entendu d'abord qu'il ne s'agit pas entre nous et qu'il ne peut s'agir de la question scientifique; vous n'avez pas qualité pour cela, et cette question sera débattue là où elle doit l'être et avec les faits et documents qu'elle comporte. Vis-à-vis de vous et vis-à-vis des personnes qui ont cherché à déconsidérer mes doctrines et leur auteur, je n'ai qu'un but : c'est de réduire vos allégations extra-scientifiques à néant, et de prouver à tous, avec l'évidence de la clarté du jour, que mes idées, mes faits et ma personne n'ont reçu aucune atteinte de vos attaques, de vos ouï-dire, ni même des documents *officiels* que vous avez appelés à votre secours.

Pour que vos lecteurs puissent bien se reconnaître dans le dédale de vos assertions et des détails oiseux dont vous les avez entourées, il est utile d'établir une première et importante distinction entre *ce qui s'est* passé AVANT et pendant la discussion académique et DEPUIS la discussion : car je n'ai aucune raison de maintenir la confusion que vous avez constamment essayé de faire à cet égard.

J'ai pris la parole pour la première fois dans la discussion sur la morve le 18 juin, et mon dernier discours est du 27 août. La discussion a été close le 17 septembre.

Or, j'ai établi et je maintiens qu'au début de la discussion je n'avais encore observé sur les chevaux de l'État que *deux cas* de morve caractérisée et trois cas de morve ébauchée ; qu'à cette époque, 18 juin, [illegible] de ces chevaux morveux avait été abattu, le n° 4134, le 5 juin ; le second l'a été le 29 août, le n° 2422 ; tous les autres, entendez-vous bien, *tous* l'ont été à partir du 2 octobre, c'est-à-dire plus d'un mois après mon dernier discours, et quinze jours après la clôture de la discussion. Qu'avez-vous dit cependant?

Dans votre premier article, page 713 : « Six des chevaux de l'*État* … » devenus morveux au plus haut degré, *déclarés tels* par M. Guérin » même et *abattus*. » Voilà votre première erreur, et il ne saurait y avoir là d'équivoque. Pour que j'eusse parlé moi-même, dans la discussion, de ces 6 chevaux abattus, il fallait bien qu'ils l'eussent été avant le débat ; or il n'en était rien. Comment avez-vous répondu à cette première rectification? « Autre légèreté de votre part, avez-vous dit ; je n'avais [illegible]

» placé la mort de ces chevaux à l'époque où la discussion s'est engagée, » mais où elle a fini. » (*Gaz. hebd.*, p. 764.) Et, en effet, vous avez fait cette volte-face dans un article suivant, et vous vous servez de cette volte-face pour prouver le mal-fondé, la *légèreté* de ma première rectification. Mais ce que je viens de vous démontrer prouve d'abord la sincérité de votre réplique et le mécanisme à l'aide duquel vous prouvez la *légèreté* de ceux qui démontrent vos méprises. Ceci est pour la *date* des morts et non encore pour le *nombre*.

Pour le nombre des morts, des 6 premiers morts, vous convenez bien dans votre dernier article, page 764, vous être trompé. « J'étais dans » l'erreur, dites-vous; 3 chevaux étaient donc morts et non pas 6. » Mais cet aveu vous ne le faites qu'à la condition de me redresser et de m'accuser sous une autre forme. Mais vous vous trompez *deux fois de plus*, comme on va voir. « *Trois chevaux*, écrivez-vous, étaient donc morts? » vous n'eu comptez que *deux* dans la lettre ci-dessus. » Et plus loin : « Mais, le 18 septembre, les chevaux de l'État avaient *déjà* fourni, *à votre* » *connaissance*, *huit* animaux morveux (8 sur 15), savoir : les trois morts, » et les n$^{os}$ 2793, 4155, 4796, 3920 et 2973. » Et vous ajoutez enfin : « Les hommes compétents diront, en présence des lésions anatomiques » constatées, à quelle date pouvait remonter la maladie chez ces huit » animaux, et jusqu'à quel point ces faits auraient *pu* et *dû* figurer dans » la discussion. » Dans tout ceci, il y a *deux* erreurs matérielles et une *insinuation* qu'on appréciera.

*Première erreur*. — Je maintiens qu'il n'y avait encore à la fin de la discussion que *deux* morts et non *trois*. Retournez aux documents officiels, et vous y verrez que les *deux* seuls morts (au 2 septembre), étaient bien, comme je l'ai déjà dit, les n$^{os}$ 4134 et 2422 (5 juin et 29 août). Votre troisième mort avait été réformé et vendu depuis longtemps : c'est le n° 2868; j'espère qu'il vit encore. Mais passons.

*Seconde erreur*. — Il n'y avait pas à la *fin* de la discussion ni à la *veille* de la fin de la discussion, ni même le 18 septembre, où vous vous réfugiez, huit animaux morveux; ici votre erreur et votre insinuation se confondent.

A la fin de la discussion, le 17 septembre, ni même le 18, les chevaux de l'État n'avaient pas fourni, « à ma connaissance, 8 chevaux morveux, » mais *sept*, et même 6 seulement. Premièrement, parce que le n° 2868, réformé, n'avait pas été morveux, et que le n° 4796 (qui jouera un grand rôle dans cette histoire) n'a été reconnu *suspect* pour la première fois qu'à la visite officielle du 18, et le n° 2793, pour la *première fois*, le 2 septembre, par M. Fouchet, vétérinaire du département. Ce dernier visitait régulièrement et avec le plus grand soin les chevaux, et il n'avait rien constaté de plus avant le 2 septembre. Donc à la fin de la discussion même, quand j'ai pris la parole à l'occasion du procès-verbal, le 24 septembre, je n'avais rien à ajouter, rien à retrancher, rien à modifier, entendez-vous? *rien*, à tout ce que j'avais dit précédemment. Mais votre insinuation « les hommes compétents diront..... à quelle date » pouvait remonter la maladie de ces huit animaux? » Cette date, vous la connaissez maintenant : 5 avant la discussion, 1 au 2 septembre, 1 au 18; c'est-à-dire 5 avant, 1 à la fin, 1 après la discussion : c'est-à-dire *aucun* pendant la discussion.

Me voici arrivé au premier terme de ma tâche. Le lecteur pourra être surpris du soin extrême avec lequel j'ai cherché à fixer tous les points, tous les nombres, toutes les dates; mais il comprendra bientôt l'importance de ces rectifications.

Elles prouvent d'abord que ni dans votre première, ni dans votre seconde, ni dans votre troisième attaque vous n'avez dit la vérité, ni quant au nombre des chevaux morts, ni quant aux chevaux atteints, ni quant à la date de la maladie et de l'abatage. Elles prouvent ensuite que toutes vos insinuations, toutes vos accusations, toutes vos exclamations sur l'usage que j'ai fait ou que j'aurais pu ou dû faire dans le débat des cas dont je « n'exhibais qu'*une partie*, sous prétexte que ces animaux étaient séparés des autres », n'ont aucune espèce de fondement. Cependant ces exclamations, ces accusations sont imprimées en toutes lettres, et dans les termes que voici. Je veux rappeler le passage en entier, car il est d'une rare éloquence : « Vous vous indignez contre mes *divulgations*, mes *révélations*. Divulgations, oui. Tout ce qui intéresse la science » est bon à divulguer. Révélations, vous n'y pensez pas, on ne révèle que » ce qui est caché, que ce dont on fait un secret. C'est vous qui transfor» mez la divulgation en révélation : c'est vous qui nous avez forcé à cher» cher des renseignements en jetant dans le débat et pendant le cours de » la discussion académique, un voile impénétrable sur le sujet même de » la controverse; en n'alléguant que des faits généraux; en parlant de » grandes et petites échelles au lieu de livrer des chiffres précis; en refu» sant d'introduire vos collègues de la section de médecine vétérinaire » sur les lieux de vos observations, où ils auraient constaté les ravages » déjà opérés, et pu suivre les ravages ultérieurs dans l'écurie des che» vaux de l'État. »

Cette tirade, on l'avouera, n'a qu'un défaut, c'est qu'elle tombe complétement à faux; c'est qu'à la lumière des explications qui précèdent, elle n'est plus, oserai-je dire le mot, que ridicule. Ridicule, oui, car autrement elle serait odieuse. Et, en effet, que sont ces révélations de secrets que j'ai tenus cachés? Pas le moindre cheval morveux, pas le moindre cheval abattu! Et puis, quel est ce voile impénétrable, quels sont ces faits généraux que j'ai substitués aux chiffres précis? J'avais cité des chiffres pour la première épizootie, et l'on sait comme on les a traités; pour la seconde, je m'étais borné à dire que le fait s'était reproduit sur une moins grande échelle, qu'autour de deux cas de morve caractérisée, j'avais observé plusieurs cas de morve ébauchée. J'aurais dû dire, sans doute : 5 nouveaux cas de morve, dont 2 caractérisés et 3 ébauchés. Quelle omission extraordinaire! Enfin, j'ai refusé d'introduire mes collègues sur le théâtre de ces ravages! Oh! ceci est par trop fort! Ces messieurs m'auraient fait le plus grand plaisir à me rendre visite; mais ils n'auraient pu constater que ce que je pouvais constater moi-même : 2 chevaux morveux et 3 suspects; et non pas les *ravages déjà opérés*, et encore moins les ravages *ultérieurs*, c'est-à-dire qui n'existaient pas encore, puisqu'au 2 septembre je n'avais à leur offrir que 2 chevaux morveux et 3 chevaux guéris. Cependant je ne suis pas aussi coupable à cet endroit que vous voulez bien le dire; au début de la seconde épizootie, j'ai prié notre excellent collègue M. Raynal de se rendre sur les lieux; j'avais sa promesse, mais je n'ai eu que cela. Et, à vrai dire, alors je n'avais pas encore été mis au pilori pour avoir dit que toutes les morves ne se développent pas au même degré; qu'il y a des morves incomplètes qui guérissent d'elles-mêmes; qu'il faut y regarder de plus près, et ne pas tuer *ab hoc* et *ab hac* tous ces pauvres chevaux qui ne demandent qu'à vivre. Que voulez-vous que ces messieurs vinssent voir! Ah! je vais vous le dire : les chevaux qui me restaient de la première épizootie; ces 14, dont 13 ont vu de près, de très près la morve ébauchée, que MM. les vétérinaires de l'armée et du département n'ont trouvés ni *atteints*, ni *suspects* d'aucune maladie contagieuse. C'est ce qu'on lit, vous l'avez dit, dans vos documents *officiels*; ils serviront au moins à quelque chose.

Jusque-là, je pense, monsieur le rédacteur, que vous devez être satisfait, parfaitement satisfait de ma précision, et je puis conclure rigoureusement :

1° Que je n'ai rien omis, rien dissimulé, rien caché dans la discussion des faits alors à ma connaissance;

2° Qu'au contraire, toutes vos assertions, toutes vos allégations, toutes vos accusations ont été montrées en flagrant délit d'erreur et de légèreté. Je ne dis rien de plus.

Mais si je n'avais rien omis, rien altéré, rien dissimulé dans et pendant la discussion, il n'en a pas été de même depuis, dites-vous, et notamment dans la première lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser. En effet, je n'avais pas tout dit : je vous ai laissé la satisfaction de parler pour moi et de venir au secours de mon silence, et cette fois non plus avec des ouï-dire, des bruits circulant d'oreille à oreille, mais avec des documents *officiels*. On vous a beaucoup félicité de cette seconde partie de votre campagne : on va voir s'il y avait de quoi.

Je reconnais d'abord avec vous et avec les documents *officiels* :

1° Que le 2 octobre, 5 chevaux de l'État ont été abattus et autopsiés sous mes yeux;

2° Que 2 autres chevaux ont subi le même sort, et toujours sous mes yeux, le 14 octobre dernier;

3° Qu'enfin, sur les 5 chevaux restant des 15, et emmenés le 14 octobre, 4 ont été abattus à Chartres, suivant vous, comme morveux. J'admets volontiers votre version; mais je déclare n'en avoir rien vu et n'en rien savoir de plus, si ce n'est qu'à la visite du 2 octobre, tous ces chevaux avaient été reconnus par les deux vétérinaires comme *bien portants et en bon état*.

Mais que signifient ces faits, et qu'ont-ils de commun avec les faits que j'ai annoncés, avec les doctrines que j'ai émises, enfin avec la discussion de l'Académie? Je n'esquiverai rien, soyez-en sûr.

Vous dites, et beaucoup de personnes sont disposées à faire ce raisonnement avec vous :

1° Puisque sur tous les 15 chevaux de l'État, moins *un* (vous écrirez moins deux maintenant), 13 ont été abattus et ont révélé *officiellement*, à l'autopsie les symptômes les plus *caractéristiques* de la *morve*, où sont dans cette hécatombe les cas de morve ébauchée que j'ai dit avoir observés et vu guérir?

2° En présence de cette première constatation officielle sur les chevaux de l'État, « j'ai le droit, dites-vous, de me défier des observations faites sur vos propres chevaux. »

C'est bien cela, n'est-ce pas?

Et d'abord ne confondons pas les catégories ni les dates. Commençons par les cinq autopsies (un de vos amis aimerait mieux *abatages* : c'est la plus sérieuse de ses critiques) pratiquées le 2 octobre. Il est bien acquis au débat que ces cinq autopsies ont porté sur 2 chevaux archi-morveux, les n$^{os}$ 4155 et 2793, et sur 3 qui n'offraient que des cicatrices et les apparences de la plus complète santé : les n$^{os}$ 4796, 3920 et 2973. Nous sommes au 2 octobre, c'est-à-dire quinze jours après la discussion. Vous

me faites à cette occasion une querelle..., j'allais dire d'Allemand; mais c'est une querelle de loup, car vous auriez voulu que je tinsse compte, le 24 septembre, à l'occasion du procès-verbal (cela en valait bien la peine) de ce nouveau contingent d'observations. Remarquez que je ne veux pas équivoquer : je veux parler de la *maladie* des 5 chevaux abattus et non de leur autopsie (toute chose en son temps). Or, vous dites à cet égard : « Vous êtes revenu sur la question de la morve à l'occasion » du procès-verbal sans vous *croire obligé* de tenir compte de ce nouveau » contingent d'observations, sans ajouter un seul cheval malade aux » *deux* dont vous aviez dit un mot, un mot seulement le 27 août, » et vous citez la GAZETTE MÉDICALE, n° 35, p. 550. Vous jouez vraiment de malheur, monsieur. Il y a dans ce passage presque autant de méprises et d'erreurs que de mots. Pour l'instruction de vos lecteurs, je vais vous le montrer jusqu'au bout.

Et d'abord, ce contingent d'observations comprenait le n° 4155, la jument morveuse depuis quatre mois, et le n° 2793, aussi morveuse déclarée le 18 septembre. Des 3 autres, l'une, le n° 4796, venait d'être isolée comme suspecte, le 18 septembre, pour un seul symptôme, et les deux autres offraient des cicatrices avec les apparences de la santé. Qu'avais-je à dire à l'Académie de ces 5 chevaux le 24 septembre, alors qu'ils étaient encore vivants? Rien, puisque j'avais parlé, dès l'origine, du n° 4155; je ne pouvais que lui confirmer les deux guérisons des n$^{os}$ 3920 et 2973; c'est-à-dire ce qu'elle savait et ce qui confirmait, à cette époque au moins, mon dire et mes doctrines. Restait donc le nouveau cas de morve grave, 2793, et le nouveau cas de morve ébauchée, 4796, qui n'avaient pas, *avant l'autopsie*, d'autre signification que les précédents. En fin de compte, l'Académie connaissait trois de ces cas, et c'est ici que je dois signaler votre extrême, comment dirai-je, confiance dans le bon vouloir de vos lecteurs, quand vous leur dites en citant la GAZETTE MÉDICALE, numéro et page, que je n'ai pas ajouté un seul cheval aux *deux* dont j'avais dit un mot. Cette assurance m'avait ébranlé, j'ai recouru à la citation, et qu'y ai-je lu? « J'ai dit que deux ans plus tard » (il n'y a plus ici d'équivoque possible, il s'agit bien des chevaux de » l'État), j'ai eu l'occasion de constater le même fait (de la morve ébau- » chée) sur une bien moins grande échelle, c'est-à-dire qu'autour de *deux* » *cas* de morve caractérisée, se sont développés des symptômes de *jetage* » et de *glandage* sur *plusieurs chevaux* qui ont guéri spontanément ou » avec le concours des soins hygiéniques, et notamment des injections » avec une solution de tannin. » (*Gazette médicale*, n° 35, page 550.) Deux et plusieurs ne font plus deux. Voilà, monsieur, comme vous lisez, comme vous interprétez, comme vous accusez, et enfin comme vous citez. J'en ai fini sur ce chef, et j'aborde le point capital de vos *révélations*.

Ces cinq autopsies, en fin de compte, ont révélé *officiellement* les lésions les plus *caractéristiques de la morve*, chez *tous* comme sur chacun de ces 5 chevaux en particulier, aussi bien que sur les 3 portant des cicatrices et en bonne santé, que sur les 2 morveux caractérisés et reconnus tels. Et, pour ne rien dissimuler de la force de votre *révélation*, je me fais un devoir d'ajouter en vous citant : « Voilà donc 3 che- » vaux que vous avez *crus guéris* et qui ne *l'étaient pas*. De quelle im- » portance scientifique est-il que vous ayez commis cette erreur trois fois » ou cinq fois (vous aviez d'abord dit cinq fois, c'est une manière à vous » de reconnaître une première erreur; » mais continuons) : « les che- » vaux 3920 et 2973 avaient une apparence de santé telle que les assis- » tants les considéraient comme exempts de toute influence morbide. » M. le capitaine Henri s'est exprimé ainsi : « C'est un meurtre, et c'est » causer une perte réelle à l'État que de faire abattre ces chevaux, » et le rapport n° 2 ajoute : « Et pourtant les nombreuses lésions rencontrées » dans les poumons ont confirmé, sans aucun doute pour tous, excepté » peut-être pour M. Guérin, que ces deux chevaux étaient bien réelle- » ment atteints de morve. » Je n'ai rien omis de la citation; eh bien! je vais, moi, y ajouter quelque chose : c'est que je suis parfaitement de l'opinion du capitaine Henri; c'est que je place ces deux cas, plus le n° 4796, lesquels ont offert, suivant votre document officiel, les lésions *caractéristiques de la morve*, sous le patronage de la *morve ébauchée*, de la *morve guérie;* en un mot, je vous le déclare, pour lever le voile impénétrable qui couvrait cette discussion, et en me servant de vos propres paroles, « voilà donc trois chevaux que j'avais crus guéris avant l'au- » topsie, et que je crois, depuis l'autopsie, plus que jamais guéris, » et pour terminer sur ce point, j'ajouterai avec vous : « c'est affaire entre » moi et les vétérinaires. »

Voilà, si je ne me trompe, monsieur, une solution conforme à vos désirs; cela vous donnera le temps d'attendre la reprise du débat académique.

Je serai très court sur le reste. Tous les autres chevaux ont été pris de morve et sacrifiés. J'en suis fort triste, car il y en avait de fort beaux, et j'ajouterai, si vous le permettez, que je croyais et que je crois encore très fermement dans la catégorie dont a parlé le capitaine Henri. Mais tels qu'ils sont et tels que vous les présentez dans votre supplément de *révélations*, que signifient-ils par rapport à mes doctrines? Rien, que je sache; car je n'ai jamais eu la prétention de prévenir la morve, et sa généralité de victimes, si en rapport pour la proportion avec ce que j'avais observé sur mes propres chevaux, est une confirmation de ce que j'ai vu, de ce que j'ai dit avoir vu deux années auparavant.

Mais ces cas récents de morve observés à Chartres et suivis d'abattage ne sont guère propres à confirmer, dites-vous, les nombreux cas de morve ébauchée et guérie sur mes propres chevaux. Je n'en sais absolument rien, monsieur; mais ce que je sais, et ce qui frappera tout le monde, ce qui vous frappera vous-même, sans doute, c'est qu'en tuant tous ces pauvres animaux au lendemain de l'explosion de la maladie, il me semble que l'on s'est montré beaucoup plus pressé de faire leur autopsie que de les laisser guérir. Cela peut s'expliquer par l'amour et l'intérêt de la science. C'est aussi, sans doute, ce qui vous a donné tant d'ardeur et de zèle dans cette discussion, et ce qui vous fera accueillir cette lettre, quelque longue, quelque ennuyeuse qu'elle soit, pour vous particulièrement, avec l'impartialité qui vous caractérise.

Agréez, etc. JULES GUÉRIN.

*P. S.* — Vos lecteurs voudront bien remarquer que je ne réponds rien aux aménités d'un goût si exquis que vous avez adressées aux personnes qui sont un *trouble* pour les académies et une *incommodité* pour les intimes. Pour ce qui est des académies, tout le monde sait à quoi s'en tenir; quant aux intimes, cela les regarde. Mais il est des intimes, et

Il en est jusqu'à trois que je pourrais citer,

dont la délicatesse, la loyauté, la reconnaissance et le dévouement ont brillé d'un tel éclat dans la discussion actuelle, que je n'eusse pas été vraiment pardonnable, à quelque époque que ce fût, de dépenser « la moindre subtilité à la recherche de mauvais sentiments chez eux ». Je leur dois cette justice que j'ai toujours été fixé à cet égard.

J. G.

— Il paraît que nous n'avons pas « qualité » *pour parler science* avec M. Guérin; nous ne croyons pas, personne ne croira, qu'il ait qualité pour nous prêcher morale. *Nous ne sommes donc pas* faits pour nous entendre. Aussi bien, les faits sont là, *qu'un ergotage* trouble et prétentieux ne parviendra pas à obscurcir (1).

Quant à la remarque délicate qui termine le post-scriptum et qui ne pourrait être sincère qu'à la condition d'une longue hypocrisie, le public médical en appréciera la délicatesse. Nous ne tiendrons pas à M. Guérin le même langage; il a été, sous des rapports divers, une de nos plus grandes déceptions. S'il est vrai, comme il le dit, qu'il ne nous ait jamais estimé, nous le prions d'en recevoir ici nos très vifs remercîments. A. D.

— Par décret en date du 11 décembre, M. le docteur Ambroise Tardieu, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de médecine légale près ladite Faculté, en remplacement de M. Adelon, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

---

MM. les docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le **31 décembre 1861** sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le **10 janvier**, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de *vingt-quatre francs*, payable le **31 *janvier* 1862**.

(1) Un mot d'explication sur un seul point. Quand nous avons dit que M. Guérin, parlant de la morve à l'Académie *le 24 septembre* (la visite du vétérinaire avait eu lieu le 18), aurait pu ajouter plusieurs cas de morve aux *deux* dont il avait dit un mot le 27 août, nous avions exclusivement en vue la morve *caractérisée*. Cela ressort de la discussion même. Il serait absurde de supposer que nous eussions voulu dissimuler l'assertion de M. Guérin relative à *plusieurs* cas de morve *guérie*, puisque c'est cette assertion même que nous contestons. En veut-on une preuve évidente? C'est que nous l'avons nous-même reproduite et commentée dans un passage de notre second article (*Gaz. hebd.*, n° 46, p. 730), où nous montrons M. Guérin affirmant « la coexistence (chez les chevaux de l'État) de cas de morve confirmée et de cas de morve ébauchée *avec une plus grande proportion des seconds que des premiers*. »

---

*Le Rédacteur en chef :* A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VIII. PARIS, 27 DÉCEMBRE 1861. N° 52.

## TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

**Partie officielle.** Réceptions au grade de docteur. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Du tannin comme anti-périodique. — Emploi médical du malt. — Vin iodé naturel. — Élimination de l'iode par les urines. — Crême de lait substituée à l'huile de morue. — Manne des Hébreux. — Larves de mouches dans les voies digestives. — Sirop de quinquina dosé. — Emploi de l'aconitum. — Présence de la nicotine dans les organes d'un priseur. — Des extraits métallifères. — II. **Travaux originaux.** Sur les altérations de l'ouïe qui se produisent dans la fièvre typhoïde. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Mort subite par rupture d'un anévrysme vrai partiel de la crosse de l'aorte dans la trachée-artère ; coexistence d'un anévrysme faux mixte externe. — Observation d'embolie cérébrale. — Cancer du pancréas. — Pseudarthroses consécutives aux fractures traitées par la suture des os. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VII. **Feuilleton.** Revue professionnelle en France et à l'étranger.

## PARTIE OFFICIELLE.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

#### RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

*Thèses subies du 19 au 29 août 1861.*

173. PRUEZ-LATOUR, J.-B.-T.-Ernest, né à Oleron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). [*De la paralysie générale des aliénés, et plus spécialement de quelques symptômes du début.*]

174. SAINT-PAUL, G.-A. de, né à Rollot (Somme). [*De l'atrophie graisseuse progressive des muscles.*]

175. BASCOU, Julien, né à Peyrusse-Grande (Gers). [*Des déchirures du périnée pendant le travail de l'accouchement.*]

176. DUBUC, Michel, né à Orgibet (Ariége). [*Essai sur la chromocrinie partielle de la peau.*]

177. BLONDEAUX, E.-J., né à Seurre (Côte-d'Or). [*De la stomatite ulcéreuse des enfants, et de la nécrose du maxillaire dans cette affection.*]

178. HUE, Abel-Marcel, né Fervacquen (Calvados). [*De quelques points de pathologie chez les enfants nouveau-nés et chez les jeunes animaux de l'espèce bovine.*]

179. MOUSSAUD, A.-Augustin, né à Courçon (Charente-Inférieure). [*Des inclusions fœtales.*]

180. BODEZ, Édouard, né à Larzicourt (Marne). [*Observations de fractures de la colonne vertébrale.*]

181. LEBEAU, Auguste-Louis, né à Maubeuge (Nord). [*Essai sur les ulcérations du col de l'utérus.*]

182. CHAVASSIER, Pierre-Léopold, né à Saint-Sernin (Lot-et-Garonne). [*Du crâne et de l'encéphale dans leurs rapports avec le développement de l'intelligence.*]

183. DUFAU-LAGARROSSE, Calixte, né à Lasserrade (Gers). [*De la dyspepsie chez la femme, et de ses rapports avec la chlorose.*]

184. CHOUIPPE, P.-Ernest-Réné, né à Laigle (Orne). [*De la valeur scientifique et pratique de la médecine.*]

185. CROS, Félix, né à Pézénas (Hérault). [*Essai sur l'hérédité et les maladies héréditaires.*]

186. GUICHET, Constant-Marie-Julien, né à Donges (Loire-Inférieure). [*Considérations sur l'hygiène du sevrage.*]

187. LANCELOT, Antoine-Louis, né à Châtillon-sur-Indre (Indre). [*Des calculs salivaires.*]

## FEUILLETON.

### Revue professionnelle à l'étranger.

SOMMAIRE. — Réclamation des chirurgiens militaires anglais. — Du sort des médecins de régiment en France. — Nouvel hôpital pour les scrofuleux d'Italie. — Nouvel hôpital Saint-Thomas de Londres. — Nomination de Moleschott à Turin. — Mort de Quekett; nominations au musée de Hunter; assurance sur la vie obligatoire pour son successeur. — Conseil de famille pour les médecins italiens. — Multiplication des *Mortara*. — Responsabilité médicale; procès du docteur Stich.

Le décret du 11 octobre 1858, assimilant les chirurgiens militaires anglais aux grades correspondants de l'armée active, quoique beaucoup plus favorable que celui qui fut donné l'année dernière à nos confrères de l'armée, est en ce moment l'objet d'une vive réclamation. Ce décret donnait en effet aux chirurgiens de régiment le grade de major; mais un arrêté récent vint leur retirer le rang que pouvait leur mériter l'ancienneté de grade ; ils passaient donc toujours les derniers, et venaient toujours après les épaulettes, quelque jeunes qu'elles puissent être. Ce qui paraîtrait peut-être naturel en France, ne le paraît pas du tout en Angleterre, aussi un grand nombre d'intéressés ont-ils tenu, à Waterford, un meeting sous la présidence du docteur Mackesy, et l'assemblée a voté, à l'unanimité, la rédaction d'une adresse au ministre de la guerre, demandant à ce que l'on ne reprît pas sourdement d'une main, comme cela se fait dans d'autres chirurgies militaires, ce que l'on donnait de l'autre avec grand fracas.

L'adresse était un peu vive, car nous y trouvons cette phrase, que nous rapportons parce qu'elle a une application directe ailleurs qu'en Angleterre : « Cette mesure est injuste et impolitique, car » elle tend à désaffectionner les officiers de santé militaires, et à » empêcher beaucoup d'hommes éminents de se dévouer à ce ser» vice. C'est manquer de bonne foi envers des hommes qui doivent » leur position au concours. »

D'après la réponse du major général *Croftan*, cette réclamation paraît devoir être suivie de succès, et donner une fois de plus rai-

188. HEILLY, Clovis d', né à Bertrancourt (Somme). [*De la menthe poivrée.*]

189. PANIS, Alphonse, né à Reims (Marne). [*Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience?*]

190. DARNÉ, Vital, né à Rivès (Gers). [*Quelques considérations sur l'ulcère simple de l'estomac.*]

192. BERTRAND, Léopold-Alexandre, né à Pont-de-l'Arche (Eure). [*De l'opération de la cataracte par la méthode de l'extraction. Appréciation des divers procédés de kératotomie.*]

193. THIERY, A., né à Loupmont (Meuse). [*Du chloroforme au point de vue médico-légal.*]

194. DUBRISAY, Charles-Jules, né à Paris (Seine). [*Des paralysies consécutives aux maladies aiguës.*]

195. DURAN, Adolphe, né à Lunax (Haute-Garonne). [*Considérations pratiques sur les troubles fonctionnels de la grossesse.*]

196. COULHON, Pierre, né à Montluçon (Allier). [*Hernies étranglées. Observations et commentaires.*]

197. PIHAN-DUFEILLAY, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Étude sur la mort subite dans l'enfance, causée par les troubles du système nerveux.*]

198. ESMENARD, Jules, né à Villeneuve-sur-Yonne (Yonne). [*Considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les ongles, et de l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.*]

199. JAMAIN, Louis, né à Pargny, près de Condé-en-Brie (Aisne). [*Recherches historiques et cliniques sur l'entérorrhaphie.*]

200. QUINTON, Paul-Édouard, né à Fontainebleau (Seine-et-Marne). [*Des fonctions de la peau, et de leur importance dans la production des maladies.*]

201. SAINT, Théodore, né à Louviers (Eure). [*De l'accouchement prématuré artificiel.*]

202. COMBES, A.-J.-M.-Émile, né à Vaillac (Lot). [*De l'emploi de l'eau froide à l'extérieur, comme moyen hygiénique et reconstituant.*]

203. MASCAREL, Louis-Eugène, né à Brulon (Sarthe). [*De l'érysipèle.*]

204. MEUNIER, J.-A.-Alexandre, né à Champagné-les-Marais (Vendée). [*Traitements chirurgicaux des collections de liquides qui se forment dans le thorax.*]

205. PHILIPON, Marius, né à Saint-Génis-les-Ollières (Rhône). [*Des vers vésiculaires et des maladies hydatiques.*]

206. FONTAINE, Joseph-Auguste, né à Saint-Pierre-d'Albigny (Savoie). [*De l'éclampsie puerpérale.*]

207. MOURGUES, Jean-Léon, né à Bellone (Lot-et-Garonne). [*Essai sur les granulations intra-utérines et sur leur traitement par l'abrasion suivie de cautérisation.*]

208. HAMAIDE, Louis-Adolphe, né à Haybes (Ardennes). [*De l'influence des causes morales dans les maladies.*]

209. SÉLIGNAC, Antoine, né à Lavérune (Hérault). [*Des rapprochements sexuels dans leur rapport étiologique avec les maladies.*]

210. POUMEYROL, B.-Léopold, né à Saint-Martial-de-Valette (Dordogne). [*De la thoracentèse dans la pleurésie arrivant chez les tu[berculeux].*]

211. BISSON, Pierre-Eugène, né à Caumont-Leventé (Calvados). [*rhumatisme articulaire aigu.*]

*Le Secrétaire de la Faculté de médecine de P[aris],*

BOURBON.

## PARTIE NON OFFICIELLE.

### I

Paris, le 26 décembre 1861.

*Revue de pharmacie et d'histoire naturelle :* DU TANNIN COMME AN[TI]PÉRIODIQUE. — EMPLOI MÉDICAL DU MALT. — VIN IODÉ NAT[UREL]. — ÉLIMINATION DE L'IODE PAR LES URINES. — CRÈME DE [LAIT] SUBSTITUÉE A L'HUILE DE MORUE. — MANNE DES HÉBREU[X]. — LARVES DE MOUCHES DANS LES VOIES DIGESTIVES. — SIR[OP] DE QUINQUINA DOSÉ. — EMPLOI DE L'ACONITUM. — PRÉSENCE DE LA NICOTINE DANS LES ORGANES D'UN PRISEUR. — DES EXTRAITS MÉTALLIFÈRES.

Le prix élevé du quinquina, que l'on est obligé de faire venir à grands frais du nouveau monde, les éventualités toujours fâcheuses de l'importation, les difficultés de l'extraction de la quinine et de ses sels, ont engagé les chimistes et les médecins à chercher quelque succédané de cet important médicament. On sait que, dans ces dernières années, la Société de pharmacie de Paris a proposé un prix considérable pour l'heureux inventeur de ce précieux succédané, et qu'elle n'a pas encore pu donner le prix, dont la valeur avait été doublée par la munificence du ministre de la guerre. Il a été publié récemment un mémoire de M. le docteur Leriche sur l'emploi du tannin pour remplacer le quinquina. Les expériences auxquelles il s'est livré ont conduit l'auteur à conclure : 1° que l'acide tannique, pur et convenablement administré, est un excellent antipériodique; 2° qu'il paraît d'une efficacité réelle dans le traitement de toutes les fièvres intermittentes à type simple quotidien; 3° que la facilité de son extraction, la modicité de son prix, l'innocuité de ses effets, le rendent préférable au sulfate de quinine, ou au moins aux autres dérivés du quinquina; 4° qu'il réunit par conséquent toutes les qualités d'un bon succédané, et qu'il consti-

son à la maxime : « Aide-toi, le ciel t'aidera. A bon entendeur salut. » *Aliquis* ne peut en dire davantage.

Le précepte du reste commence à être suivi, si nous en jugeons par une brochure récemment publiée à Limoges par un médecin militaire, M. de Laporte, sur le sort des médecins de régiment. L'auteur réclame une mesure qui nous paraît excellente, et combat un état de choses qui depuis longtemps nous a paru trop fâcheux pour que nous n'appuyions pas vivement sa réclamation.

Par les derniers règlements sur le service de santé, le nombre des médecins de l'armée a été fixé à 1147. Tous doivent être docteurs, mais tous ne sont pas appelés à soigner des malades : voilà le mal auquel on doit chercher remède. Les 1147 médecins militaires sont divisés en deux grandes sections : 522 *médecins d'hôpitaux*, 625 médecins attachés à des corps de troupes. Or, dans 95 garnisons seulement, les soldats malades sont reçus dans des hôpitaux militaires; dans toutes les autres, ils vont se faire soigner dans les hôpitaux civils, où ils sont remis entre les mains des médecins ordinaires de ces établissements.

Ce n'est donc pas au sujet des malades, c'est au point de vue professionnel seul que nos collègues de l'armée ont raison de réclamer, et pour apprécier la justesse de leur réclamation, il faut savoir quel est le rôle des 625 médecins militaires attachés aux corps de troupes.

Le matin, ils font pendant une demi-heure la visite au quartier, exemptent les hommes indisposés, signent des billets d'hôpital à ceux qui sont malades; tout au plus peuvent-ils, à l'infirmerie, garder dans une quinzaine de lits quelques affections très légères. Le reste de leur temps se passe à écrire des registres, à assister aux manœuvres, à suivre les marches militaires, à faire l'office non d'un médecin, mais d'un sergent-major, ou à ne rien faire.

Qu'en résulte-t-il ? Sans agir comme le font nos *intimes*, il faut bien dire la vérité, même à nos amis, il en résulte que le jeune docteur sorti du Val-de-Grâce avec une très bonne éducation médicale, plus théorique encore que pratique, après avoir passé quelques années à tenir un cahier de visite dans un hôpital, à la suite de son chef de service, sans avoir le droit de prescrire un pur[gatif]

tue jusqu'à présent le meilleur des fébrifuges indigènes. Dans les fièvres continues, la dose moyenne de l'acide tannique, est de 25 à 30 centigrammes dans 180 grammes de véhicule. Dans les fièvres intermittentes, quel que soit leur type, il faut débuter par 1 gramme 50 centigrammes et 2 grammes, selon la violence de la fièvre, et donner le médicament deux et trois heures avant l'accès. Ordinairement deux ou trois doses suffisent pour amener la guérison; quelquefois on est obligé d'élever la dose jusqu'à 4 et 5 grammes par jour. Si la fièvre résiste, on modifie le mode d'administration du fébrifuge; on le prescrit seulement à la dose de 1 gramme, à prendre par cuillerées, d'heure en heure, dans l'intervalle des accès. L'auteur dit n'avoir pas encore rencontré de fièvres qui aient résisté à ce moyen. Dans les cas rares où les fièvres d'accès s'accompagnent d'œdème des membres inférieurs, on ajoute à la médication tannique l'usage du vin de quinquina ou de gentiane, associé à une alimentation reconfortante. (Leriche, ***Du tannin**, de son emploi en médecine comme succédané du quinquina*, brochure grand in-8°, 1861.)

— Depuis quelques années, les médecins allemands emploient, comme médicament, une substance connue déjà depuis longtemps dans l'industrie sous le nom de ***Malt***. Ce produit est tout simplement de l'orge germée, telle que la préparent les brasseries pour la préparation de la bière. Pour le faire, on prend de l'orge ordinaire, que l'on mouille pendant une quantité d'heures suffisante pour qu'elle puisse germer. On abandonne l'orge, ainsi germée, dans un endroit frais, en la disposant en petites cannelures de 10 à 12 centimètres, de façon à faciliter l'action de l'air; la germination se déclare au bout de vingt-quatre heures, et on la laisse marcher jusqu'à ce que la radicule ait atteint la longueur du grain. On fait alors sécher l'orge pour arrêter la germination, en la soumettant à une température dont le maximum doit être + 75 degrés. C'est cette orge germée et séchée qui a reçu le nom de ***Malt***. Sous l'influence de la germination, il se forme, comme on le sait, de la diastase, qui transforme une partie de la fécule en sirop de fécule (glucose); mais la dissolution du malt, après une heure de macération dans l'eau à + 75 degrés, offre cette singularité qu'on y retrouve le ***gluten en dissolution***. C'est certainement à la présence de ce corps albuminoïde que les médecins allemands doivent les heureux effets qu'ils retiraient du malt; car si, par la glucose, le liquide est adoucissant et un peu laxatif, il doit à la présence du gluten d'agir comme tonique fortifiant. On pourrait sans exagération dire que la liqueur de malt renferme de la viande soluble dans un état facile à assimiler par les organes sans les fatiguer. Très certainement, dans l'origine, le sucre d'orge, dans lequel aujourd'hui il n'y a plus d'orge, se faisait avec le malt, et devait à sa présence une action légèrement laxative en même temps que fortifiante, et qui lui donnait tous les éléments d'un bon médicament, surtout pour les enfants. Du reste, aujourd'hui encore, une confrérie de religieux de Rouen fait prendre à ses pensionnaires le malt en consistance demi-solide, par concentration, et les enfants paraissent se trouver très bien de l'emploi de cette sorte de gelée, dont ils sont très friands. Nous pensons donc qu'il serait intéressant d'instituer chez nous des expériences qui nous missent à même de vérifier les observations des médecins allemands, et cela serait d'autant plus facile que le malt se fabrique journellement partout (1).

— L'iode, dont la thérapeutique actuelle fait un si grand usage et dont elle retire souvent de précieux avantages, peut être administré sous un nombre considérable de formes; mais chacune d'elles offre certains inconvénients qui viennent contrebalancer les bons effets que le médecin en attend. M. le docteur Boinet, qui s'est beaucoup occupé de la médication iodée, a proposé dans ces derniers temps une nouvelle préparation à laquelle il donne le nom de *vin iodé naturel*, et qui lui paraît devoir être préférée à toutes les autres préparations iodées. Pour l'obtenir, il prend du raisin très mûr, non égrappé, dont il place une couche épaisse dans une cuve de bois; au-dessus, il met une couche de plantes marines pulvérisées, ou même de la cendre de ces plantes, puis une nouvelle couche de raisins, et il alterne ainsi jusqu'à ce que la cuve soit entièrement remplie. Par dessus le tout, on met une couche de menue paille pour empêcher le contact immédiat de l'air, et on laisse fermenter. Quand la fermentation est opérée, quand le sucre du raisin a été converti en alcool et en acide carbonique, on soutire au moyen d'un robinet, en évitant autant que possible le contact de l'air, et on conserve dans des tonneaux. Le vin, ainsi obtenu, est traité comme le vin ordinaire, et constitue le *vin iodé naturel;* il a l'avantage sur le sirop de ne pas fermenter et de ne pas se décomposer. Si sa richesse en iode paraît trop grande, on peut le couper avec d'autre vin. M. Boinet l'administre ordinairement à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour pour les

(1) Il vient précisément d'être publié sur ce sujet un travail dont nous rendrons compte.

ou d'ouvrir un panaris; après avoir passé quelques autres années à envoyer à l'hôpital des malades qu'il ne peut y soigner, perd une bonne partie de ses connaissances médicales théoriques, qu'il a échangées contre une connaissance pratique du café et du jeu de domino. Ce n'est pas là ce qu'il demande, et il est le premier à réclamer.

Quant à la nature du remède, les avis varient un peu, et je me sépare ici sur un seul point de l'avis de notre confrère de Limoges. Il existe un concours pour entrer dans les hôpitaux, concours auquel prennent part les chirurgiens-majors. Il faut, dit-on, y faire preuve non d'aptitude pratique, mais d'élocution, songer à être beau parleur, et non à bien soigner des malades. Il y a là une exagération, et le reproche qu'on fait au concours n'est pas fondé. Le concours est à la fois théorique et pratique; on ne saurait bien soigner une maladie si théoriquement on ne connaît pas son histoire sémiologique et diagnostique; c'est au juge à savoir démêler, à travers un discours peu éloquent, si le candidat connaît bien ce dont il parle; nous sommes des premiers à donner tort à Boileau, et nous croyons que ce que l'on conçoit bien ne s'énonce pas toujours clairement, et que les mots n'arrivent pas toujours aussi aisément qu'on le voudrait; mais c'est là affaire de juge de savoir apprécier, dans un concours qui doit donner des praticiens et non des professeurs, la valeur pratique des candidats.

Il est un remède que nous avons toujours été étonné de ne pas voir appliqué, et c'est celui que nous réclamons. Le nombre des médecins militaires est plus que suffisant en temps de paix; il sera toujours insuffisant en temps de guerre. Dans les garnisons de l'intérieur, trois cas se présentent; il existe des hôpitaux soit militaires, soit civils; il n'existe aucun établissement hospitalier. Dans le premier cas, au lieu de mettre à la tête des services de l'hôpital, comme cela se voit pour les petites garnisons, un aide-major, et d'empêcher le chirurgien-major du corps, son supérieur en grade, de soigner ses malades qu'il doit abandonner aux soins, certainement éclairés, de son subordonné, pendant que lui-même se repose; ne serait-il pas plus juste de placer les soldats de tel régiment dans telle ou telle salle, et d'en confier le soin à ses

adultes, et de deux à trois cuillerées à café pour les enfants; la meilleure manière de le faire prendre est de mêler une cuillerée, à chaque repas, de ce vin à celui que le malade boit en mangeant, et alors il n'a plus aucune espèce de goût. On peut, par ce moyen, faire prolonger pendant un temps très long la médication iodée sans répugnance de la part des malades, et M. Boinet assure en avoir tiré de bons effets, d'autant plus qu'il a pu ainsi prolonger beaucoup l'emploi du médicament, qui lui paraît devoir être plus efficace quand il est donné à petites doses longtemps répétées. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 octobre 1861.)

— Depuis longtemps on sait que beaucoup de substances introduites dans l'économie sont éliminées par la sécrétion urinaire; mais il nous semble cependant intéressant de signaler, en quelques mots, les recherches nouvellement publiées qui viennent confirmer les données de la science pour tel ou tel médicament. C'est ainsi que, dans ces derniers temps, M. Castain, pharmacien de la marine, ayant recherché l'iode dans les urines des malades soumis aux frictions par la pommade d'iodure de potassium iodurée, dans la clinique de M. le professeur Delioux, a pu conclure de ses expériences que 1° l'iode, administré par les méthodes iatroleptique ou endermique, est absorbé, entraîné dans le torrent circulatoire, et excrété par l'appareil urinaire en même temps que les urines; 2° qu'il se retrouve dans ce liquide, soit libre et à l'état de division extrême, soit combiné avec la matière organique, ainsi que quelques auteurs l'ont pensé. Quant à cette dernière assertion de l'auteur de ce travail, nous devrons faire nos réserves, car nous sommes plus porté à admettre que l'iode est éliminé d'une forme de sel de potassium ou de sodium. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 septembre 1861.)

— Pour obvier aux inconvénients que présente l'huile de foie de morue, pour laquelle certains malades ont une répugnance insurmontable, on a proposé un certain nombre de moyens, dont les uns sont efficaces, tandis que d'autres ne remplissent que très imparfaitement le but que leurs inventeurs se sont proposé. Ayant eu l'attention fixée sur l'emploi fréquent, qui est fait en Angleterre, de la crème de lait comme succédané de l'huile de foie de morue, M. le docteur Fonssagrives a cherché à tirer parti de ce fait, et a déjà obtenu deux fois de bons effets de cette médication. On peut sucrer ou même saler la crème pour la faire absorber aux malades; on pourrait même, comme le font les Anglais, lui associer du rhum. A quoi doit-on attribuer les bons effets de la crème? C'est ce qu'il est assez difficile de dire sûrem[ent] aujourd'hui; mais ne serait-on pas en droit d'attribuer [le] succès aux matières grasses seules, fournissant, en quelq[ue] sorte, un aliment respiratoire; d'autant plus que l'on [a vu] chez quelques malades employer avec avantage le beurr[e,] l'huile ordinaire ou l'huile de chènevis, qu'a préconisée M. [le] professeur Bouchardat? (*Bulletin de thérapeutique*, 30 ao[ût] 1861.)

— On a longtemps discuté pour savoir quelle pouvait êt[re] la substance désignée sous le nom de *manne des Hébreux*, et les opinions les plus diverses ont été émises à ce suj[et.] Dans un travail récent, M. Berthelot, qui s'est occupé av[ec] tant de succès de l'histoire chimique des diverses espèces d[e] manne, a émis de nouveau l'opinion que ce serait *à un sucre* qui se concrète sur les rameaux du *Tamarix mannifera* que l'on devrait rapporter la substance qui servit de nourriture aux Israélites lors de leur voyage dans le désert. Mais nous ne croyons pas que ce sucre, pas plus que celui *que l'on* récolte sur l'*Alhagi Maurorum* représente cette matière alimentaire; on doit la retrouver bien plutôt dans un lichen abondant au désert, très chargé de matière amylacée, et qui, d'après M. le professeur Guibourt, doit être rapporté à la *Lecanora affinis* d'Eversmann. Cette plante, qui se rencontre très abondamment dans certaines localités du désert, n'est peut-être pas le seul lichen qui *ait été employé*, car on en trouve d'analogues dans le Sahara, où, d'après M. O. Debeaux, pharmacien militaire, *il existe* des quantités assez considérables d'une espèce encore *indéterminée de* lichen pour qu'on ait pensé à l'utiliser pour la nourriture des hommes et des bestiaux. Il paraît aussi certain qu'on a fait usage pour l'alimentation de la *Lecanora esculenta* de Pallas, dont cet auteur rapporte que les Russes se nourrissent ainsi que leurs animaux. La rapidité avec laquelle se développent les lichens, de même que les champignons, nous permet de supposer, de même que leur richesse en fécule, que c'est bien à une plante de cette classe qu'on doit rapporter la manne des Hébreux. (*Gazette médicale*, 5 octobre 1861.)

— S'il n'est pas rare de rencontrer quelques larves de diptères se développant, quoique par exception, dans le tissu cutané de l'homme, les observations de quelques-uns de ces animaux existant dans les voies digestives sont au contraire en petit nombre dans la science, et la plupart d'entre

---

médecins naturels, ceux qui veillent sur lui au régiment? Dans les villes où il existe seulement un hôpital civil, ne pourrait-on réserver une ou plusieurs salles placées sous la direction des médecins des corps? Enfin dans les casernes ne peut-on, en cas d'absence ou d'éloignement des hôpitaux, organiser des infirmeries convenablement munies de tout ce qui est nécessaire pour administrer les secours aux hommes malades? De cette façon nos confrères de l'armée pourraient au moins soigner leurs soldats malades, s'habituer à la pratique ou en conserver l'habitude, il y aurait certainement pour eux un surcroît de travail, mais n'ont-ils pas toujours montré qu'on peut tout demander à leur infatigable dévouement? Les compagnies de santé, comme il en existe dans l'armée autrichienne, nous ont paru une excellente chose, et grâce à la bienveillance du général Stadion, nous avons pu constater avec quel soin elles sont organisées; leur existence remplit en partie le *desideratum*.

Le personnel médical de l'armée française, trop considérable peut-être en temps de paix, puisque l'on ne trouve pas à l'employer utilement, sera toujours insuffisant *comme nombre* en temps de guerre. Les 286 médecins italiens requis à Milan en 1859 prouvent ce que j'avance.

Le chirurgien militaire seul, habitué de longue date aux privations, aux fatigues, peut rendre des services sur les champs de bataille; mais pourquoi ne pas faire comme nos voisins, appeler des médecins civils à donner leurs soins dans les hôpitaux ou les ambulances des villes où l'armée a laissé ses blessés? En tant que science, la médecine est une, et l'on aura autant qu'on le voudra des médecins civils expérimentés, en leur donnant, ce qui est juste, une indemnité suffisante; car il faut, en pareille circonstance, des médecins traitants et non des élèves, comme on l'a fait en Italie en y attirant avec de belles promesses qu'on n'a pas tenues [de] jeunes étudiants qu'on a traités de façon à rendre infructueux, [s'il] en était jamais besoin, un nouvel appel, et si chacun en France savait, quand il faut, faire son devoir pour le devoir lui-même.

— L'Italie suit l'exemple de l'Angleterre et de la France d[e]

elles offrent de plus l'inconvénient de n'être pas suffisamment développées pour mériter toute la confiance qu'on voudrait leur accorder. Aussi le fait, rapporté par M. François, à l'occasion de la communication de M. Spring à l'*Académie de médecine de Belgique*, est-il important à signaler, en raison même des particularités qu'il présente. Une jeune dame, après avoir séjourné quelques mois à la campagne, se plaignait de douleurs vagues dans les lombes et le dos, et rendait de petits vers chaque fois qu'elle allait à la garderobe. La veille de l'expulsion de ces larves elle ressentait de violents maux de reins, et ses douleurs disparaissaient dès qu'elle avait évacué douze, quinze ou même vingt de ces vers. Après six semaines de traitement (lavements mucilagineux, mêlés tantôt d'huile d'olive, tantôt d'huile de ricin, et huile de ricin prise par la bouche à plusieurs reprises), l'évacuation des vers, qui n'avaient pas tardé à diminuer de nombre, cessa complétement. Examinées par M. le docteur François et M. le professeur van Beneden, ces larves furent reconnues pour être celles d'une *Anthomia* d'espèce indéterminée. La présence de ces animaux est d'autant plus difficile à expliquer qu'il s'agit d'un animal dont la larve n'est pas carnassière. Cependant ce n'est pas la première fois que l'on a constaté le développement de larves d'*Anthomia* chez l'homme, car les publications de la Société microscopique de Londres (1re année) en rapportent un exemple, et en 1856 M. le docteur Dubois (d'Abbeville) en a communiqué un autre à la Société de biologie. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. IV, 29 juin 1861.)

— Un des médicaments les plus précieux que possède la thérapeutique est certainement le quinquina ; mais malheureusement on a introduit aujourd'hui dans le commerce une quantité presque infinie de variétés qui offrent des différences extrêmes dans leur composition, et par suite dans leur action : la quinine surtout, qui est le principe sur lequel on se base principalement pour déterminer la valeur de cette écorce, s'y trouve en des proportions extrêmement variables (depuis 1 gramme jusqu'à 30 et même 60 par kilogramme d'écorce); et comme l'aspect physique des écorces de quinquina n'est pas en rapport avec leur composition, il est devenu essentiel d'avoir recours à l'analyse chimique, d'autant plus que, même dans un seul suron, on peut trouver des quinquinas de valeurs différentes (c'est ainsi que dernièrement, au milieu d'un suron de quinquina donnant 30 grammes par kilogramme, M. Guilliermond a trouvé un *calisaya roulé sans épiderme*, qu'il m'a soumis, et qui donnait 60 grammes d'alcaloïde). Un grand nombre de savants se sont occupés de doser la quinine dans le quinquina, et parmi ceux qui s'y sont adonnés avec le plus de soin et de succès, nous devons citer au premier rang MM. Guilliermond et Glénard (de Lyon). En faisant un usage rationnel de l'éther comme vésicule, ces habiles chimistes sont parvenus à pouvoir fixer rapidement la valeur d'un quinquina donné ; et, par suite de leurs expériences nombreuses, ils ont été amenés à proposer pour type de toutes les préparations de quinquina l'extrait alcoolique de quinquina dosé sur la quantité de quinine qu'il renferme, puisque l'on est convenu de prendre cette quantité pour base de la valeur thérapeutique et commerciale d'un quinquina. Il devient ainsi facile au médecin, pour les diverses formes médicamenteuses qu'il veut prescrire, d'introduire dans ses formules telle ou telle quantité de cet extrait alcoolique, en se basant sur la proportion de quinine qu'il contient. L'extrait alcoolique de quinquina, dont mon père recommandait surtout l'emploi, a été choisi parce qu'il offre l'avantage de contenir tous les éléments actifs de quinquina, tandis que, au contraire, l'extrait aqueux ne dissout qu'une faible partie de ces principes. Pour obtenir un extrait identique toujours, M. Guilliermond a proposé de faire un *quinquina* qu'il nomme *normal*, et qui est basé sur un type unique et constant (32 grammes de quinine par kilogramme) ; on obtient facilement un tel quinquina par des mélanges d'écorces de différentes richesses, et dont les proportions sont faciles à établir. Au moyen de ce *quinquina normal*, on obtient aisément l'extrait alcoolique, au moyen duquel on peut très aisément préparer toutes formes médicamenteuses voulues. Nous citerons le sirop de quinquina dosé préparé au vin, et qu'on obtient en prenant :

| | |
|---|---|
| Vin blanc d'Espagne | 500 grammes. |
| Sucre | 500 — |
| Extrait alcoolique de quina, à 15 centigr. de sulfate de quinine par gramme | 10 — |

1 kilogramme de sirop représente 1gr,50 de sulfate de quinine ; 100 grammes représentent 15 centigrammes ; 10 grammes représentent 15 milligrammes, et 30 grammes représentent un peu moins de 5 centigrammes.

Nous avons cru bon de faire connaître en détail cette préparation, dont nous avions dit quelques mots l'année dernière (t. VII, p. 196, 1860).

— L'aconit médicinal (*Aconitum Napellus* L.) renferme un alcaloïde analogue à la vératrine, qui est l'*aconitine*,

la création, sur les bords de la mer, d'hôpitaux pour les enfants scrofuleux. Les princes Humbert et Amédée, délégués par le roi Victor-Emmanuel, ont posé à Viareggio la première pierre d'un *Ospizio marino*, destiné au traitement des enfants pauvres atteints d'affections scrofuleuses. De superbes discours ont été prononcés en cette circonstance par l'administration. Les faits ici parlent mieux que les orateurs, valent mieux que les discours, et cette mesure a produit à Margate, et produira à Berck et à Viareggio d'excellents résultats, trop évidents pour qu'il soit besoin d'en faire ressortir la valeur.

Londres verra aussi bientôt s'élever un nouvel hôpital. Saint-Thomas est placé contre la station du chemin de fer de London bridge ; la compagnie se trouve dans la nécessité d'acheter et de faire démolir l'hôpital, afin de pouvoir agrandir ses bâtiments d'administration. Les arbitres ont réglé, il y a quelques jours, le chiffre de l'indemnité à accorder à l'hôpital pour sa disparition. La somme convenue se monte à 296,000 livres (7,400,000 fr.). Quoiqu'elle ne soit pas excessivement élevée, elle est, dit THE LANCET du 14 décembre, suffisante pour permettre aux gouverneurs d'acheter du côté de Wolworth ou de Lambeth un terrain convenable, et d'élever un superbe hôpital en rapport avec cette magnifique dotation et les besoins de l'énorme population industrieuse qui s'entasse sur la rive sud de la Tamise. UNE FASTUEUSE EXTRAVAGANCE *peut à peine dépenser plus de 200,000 livres (5 millions) à bâtir un hôpital de 600 lits et les bâtiments nécessaires à l'école de médecine. Le surplus de 96,000 livres (2,400,000 fr.) est plus que suffisant pour construire à la campagne une succursale pour les convalescents.*

Sept millions et demi seulement pour construire, dans la plus grande ville du monde, un hôpital de 600 lits et un asile de convalescents, et l'on parle de fastueuse extravagance ! Quelle leçon pour celle de nos administrateurs, auxquels il faut le double pour construire la moitié !

— Le ministre de l'instruction publique du nouveau royaume d'Italie a offert au professeur Moleschott le choix entre une chaire de

très soluble dans l'éther et surtout dans l'alcool. On l'emploie, comme on sait, avec avantage à dose modérée pour déprimer le système nerveux et ralentir considérablement le système circulatoire, avec cette heureuse condition qu'elle n'exerce pas d'influence nuisible sur l'intellect. C'est une de ces substances pour lesquelles le mode de préparation paraît avoir une grande importance : aussi n'est-on pas toujours très certain de la voir agir avec une égale activité. M. Proctor jeune, qui a publié un procédé nouveau pour préparer l'aconitine, pense qu'il est essentiel, pour ajouter à l'efficacité de cet alcaloïde, de l'additionner d'une petite quantité d'acide acétique. La présence de ce corps facilite singulièrement l'action de l'aconitine sur la peau lorsqu'on l'emploie sous forme de liniment; et, dans les cas où on l'administre sous forme de poudre, on doit l'humecter avec quelques gouttes d'alcool et d'acide, de telle sorte qu'une goutte d'acide correspond à un grain d'alcaloïde. (*Chemical News.—Dublin Medical Press*, 14 août 1861.)

— Depuis que l'emploi du tabac est devenu aussi fréquent qu'il l'est de nos jours, on s'est posé, à plusieurs reprises, la question de savoir si la nicotine peut se retrouver en quantité sensible dans l'économie. Dans le but de résoudre cette question, M. Morin (de Rouen) a recherché ce principe dans les viscères d'un homme de soixante-dix ans qui prisait depuis de longues années, et qui a continué jusqu'à sa mort. Les poumons et le foie, réduits en pulpe, furent mis en contact avec l'eau distillée, légèrement acidulée avec l'acide sulfurique (poumons) et l'acide oxalique (foie). Après plusieurs jours de contact, la liqueur fut filtrée à travers un papier exempt de carbonate de chaux, puis concentrée au tiers de son volume; filtrée, pour la débarrasser des flocons qui s'étaient formés, elle fut concentrée de nouveau, et traitée par l'alcool absolu, qui détermina la production de nouveaux flocons. La liqueur, filtrée de nouveau, fut soumise à la chaleur, qui chassa l'alcool. Le résidu fut alors additionné d'une petite quantité de potasse pure; le mélange refroidi fut traité par l'éther sulfurique, et le liquide, décanté au bout de quelques heures de contact, fut évaporé dans le vide. Le résidu, qui offrait l'odeur et la saveur âcre particulières à la nicotine, donna par l'action du bichlorure de mercure, du chlorure de platine, du tannin, du biiodure de potassium, et des sels de cuivre et de plomb, toutes les réactions de la nicotine. On pourrait donc de cette analyse tirer cette conclusion que les individus qui font un usage immodéré du tabac renferment dans leurs organes une certaine proportion de n[icotine], d'où résultent des conséquences importantes, com[me] on voit, pour la médecine légale. Néanmoins une restr[iction] sera permise tant qu'on n'aura pas isolé l'alcaloïde. (*Travaux de l'Acad. imp. de Rouen pour* 1860.)

— Les extraits, quand ils sont placés dans certaines conditions de conservation, présentent quelquefois des cristallisations formées à leur surface ou au milieu de leur substance; les cristaux seraient formés de chlorure de sodium, d'après M. Stanislas Martin, et de chlorure de potassium d'après MM. Wittstein, Bihot, Enz et Gille. Quelle que soit d'ailleurs leur nature, ces cristaux, dont la formation s'expliquerait facilement par l'absorption des produits du sol par le végétal, exercent-ils une influence fâcheuse sur la valeur du médicament? L'expérience thérapeutique n'est pas venue encore nous éclairer sur ce point; mais, en attendant, nous pensons avec M. Gille (de Malines) que ces extraits doivent être rendus homogènes avant d'être employés, car l'élimination des cristaux rendrait l'extrait évidemment plus actif, attendu qu'on aurait retiré une matière considérée comme à peu près inerte quant au but qu'on se propose. (*Archives belges de médecine vétérinaire*, octobre 1861.)

J.-Léon Soubeiran.

II

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### Sur les altérations de l'ouïe qui se produisent dans la fièvre typhoïde, par le docteur Hermann Schwartze (de Berlin) (1).

Parmi les symptômes qui se manifestent dans le cours de la fièvre typhoïde avec assez de constance pour qu'il soit utile d'en tenir compte au point de vue du diagnostic, on a signalé depuis longtemps les sensations acoustiques subjectives et l'affaiblissement de l'ouïe. Des hypothèses tout à fait arbitraires sur la cause anatomique de ces symptômes se sont produites dans un temps, et plus récemment on a généralisé tout aussi arbitrairement les résultats positifs de quelques autopsies. D'autre part, la dénomination commode de phénomènes nerveux contente encore bien des médecins, qui se dispensent volontiers de procéder à un examen détaillé de l'organe malade, et cette négligence leur paraît d'autant plus justifiée que les accidents dont il s'agit disparaissent souvent sponta-

(1) *Deutsche Klinik*, n°s 28 et 30, 1861.

physiologie à Turin et celle de chimie physiologique à Pise. L'école de Turin comptant deux mille élèves, et celle de Pise ne possédant que deux cents étudiants, il n'est pas étonnant que le choix du professeur se soit porté sur celle de la capitale. Cette nomination ne paraît pas avoir été accueillie de bon cœur par nos confrères italiens; il serait plus exact de dire qu'elle a soulevé un vif mécontentement, malgré le talent distingué et reconnu du professeur Moleschott. Il n'y a rien là qui doive nous surprendre, car il semble à juste titre très singulier de voir un étranger appelé par le ministre à occuper une des chaires les plus importantes de l'Italie.

Le professeur Moleschott peut être supérieur à tout autre physiologiste italien : c'était au concours à le démontrer; et sa nomination directe, quelque regrettable qu'elle puisse paraître de l'autre côté des Alpes, par le mécontentement qu'elle a amené, aura cependant un bon résultat, c'est de ramener les dissidents, s'il en existe, vers le principe tutélaire du concours, seul moyen, malgré ses imperfections, de sauvegarder les droits de chacun, et d'empêcher l'intrigue ou les accusations de favoritisme, car le professeur Moleschott est, dit-on, ami personnel du ministre qui l'a nommé.

— L'idée de l'application du concours aux nominations fait aussi en Angleterre, quelques progrès, ainsi que l'atteste une brochure récemment publiée sur ce sujet, et dans laquelle l'auteur réclame le concours public pour la nomination à la fonction de conservateur du musée de Hunter. Cette place est devenue vacante par le décès du professeur Quekett, connu par ses beaux travaux d'anatomie microscopique. Le musée de Hunter fut, comme on le sait, acheté par le parlement, et confié à la garde du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, à la condition de s'en servir pour la plus grande utilité de la science médicale.

La situation faite au conservateur du musée de Hunter était égale, sinon supérieure, à celle d'un de nos professeurs les mieux rétribués; c'était en même temps un professorat, car Owen et Quekett avaient été chargés du cours d'anatomie et de physiologie, qui se fait au collége même sous le nom de *Huntarian lectures*.

nément et d'une manière subite, et ne sont suivis que, dans des cas assez rares, d'une diminution permanente de l'ouïe. En réalité, cependant, le pronostic favorable que l'on porte généralement à l'égard de ces troubles de l'ouïe est tout à fait illusoire, et ne repose sur aucune raison valable.

Les premières recherches relatives à ces accidents sont dues à Pappenheim (*Einige Mittheilungen über die mikroskopischen Befunde in den Gehörorganen schwerhöriger Personen;* dans *Zeitschrift für rat. Medicin*, t. I, n° 3, 1844) et à Passavant (*Anatomisch-pathologischer Befund des inneren Ohres an Typhus-Verstorbener*, *ibid.*, t. VIII, 1849).

Pappenheim mentionne trois cas dans lesquels on avait trouvé « un état inflammatoire de la muqueuse qui revêt la cavité tympanique, avec production de mucus et de pus. » L'inflammation avait envahi l'oreille interne et l'oreille externe, et on relève particulièrement une augmentation des sécrétions particulières à ces parties. Le conduit auditif externe était d'ailleurs affecté plus profondément que le labyrinthe. Cette propagation de l'inflammation n'est d'ailleurs pas constante, d'après Pappenheim, et les produits de l'inflammation varient, suivant lui, depuis la production du mucus et du pus jusqu'au gonflement et à la dégénérescence polypeuse de la muqueuse. A propos du troisième cas, on dit expressément que la pie-mère n'était pas hypérémiée au niveau de l'origine du nerf auditif; les deux autres observations ne contiennent pas de détails sur l'état des centres nerveux. A la fin de son travail, l'auteur soulève d'ailleurs, sans la résoudre, la question de savoir si la surdité des typhoïdes reconnaît toujours pour cause les lésions qu'il a décrites.

Passavant dit que, dans un certain nombre de cas, il a trouvé des lésions constantes dans la cavité du tympan, hypérémie accompagnée d'ecchymose et d'une hypersécrétion de mucus, il regarde ces lésions comme exclusivement propres à la fièvre typhoïde, et ajoute qu'il ne les a jamais rencontrées chez des sujets morts d'autres maladies. Contrairement à Pappenheim, il ne les regarde pas comme étant de nature inflammatoire, mais comme une phase antérieure au travail inflammatoire proprement dit. Il a d'ailleurs également vu l'hypérémie se propager à l'oreille externe et à l'oreille moyenne. Point de détails relatifs à l'état du cerveau; toutefois, l'auteur dit expressément que les nerfs auditifs n'étaient pas altérés.

Après avoir ainsi attribué à la fièvre typhoïde une altération spéciale des organes de l'ouïe, Passavant rapporte à la fin de son travail l'observation d'un malade qui succomba, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, à une inflammation suppurative de l'oreille moyenne, accompagnée d'une gangrène limitée des parties molles, et ayant envahi les deux parotides.

Sans tenir compte des faits constatés par Pappenheim et par Passavant, Erhard a déclaré récemment (*Rationelle Otiatrik*, § 139) que la surdité dont il s'agit ne peut être attribuée qu'à une paralysie centrale ou *basilaire* (par hypérémie des méninges, *loc. cit.*, p. 364) des nerfs auditifs. Les raisons qu'il fait valoir à l'appui de cette assertion, et qui sont au nombre de quatre, sont loin d'avoir une valeur absolue. Erhard insiste particulièrement sur ce fait que la surdité existe même pour les sons transmis par les parties osseuses. La perception de ces sons est, en effet, toujours diminuée, ne fût-ce que d'une manière passagère; mais, d'après l'explication qu'Erhard lui-même donne de ce phénomène (§ 54), il ne démontre nullement l'existence d'une lésion texturale dans l'appareil nerveux de l'oreille; il peut tenir, en effet, à « un affaiblissement fonctionnel réflexe du nerf auditif, conséquence de la sensibilité exagérée de l'oreille externe et moyenne. » On comprend, en effet, sans la moindre difficulté que les fonctions de l'oreille interne soient troublées lorsque l'oreille moyenne est enflammée, sans que l'on soit en droit de voir là une « surdité nerveuse ».

Erhard relève également « l'existence simultanée de divers phénomènes cérébraux, et notamment des bourdonnements d'oreilles ». Mais cet argument est tout aussi insuffisant pour démontrer l'origine centrale de la surdité. En premier lieu, les bourdonnements d'oreilles sont loin d'avoir toujours une origine cérébrale; et, en second lieu, de ce qu'un malade présente des symptômes cérébraux il ne résulte en aucune façon qu'il ne puisse être atteint en même temps d'une lésion anatomique de l'appareil acoustique.

Les deux derniers arguments invoqués par Erhard ont encore moins de valeur, parce qu'ils sont relatifs à des phénomènes subjectifs qui exigent une certaine attention de la part du malade, condition sur laquelle on ne peut guère compter dans la fièvre typhoïde.

Une opinion différente, mais tout aussi exclusive que les précédentes, a été énoncée tout récemment par le docteur Dausches, qui, sur la foi de quatre observations, déclare que la surdité des typhoïdes est due à un catarrhe de la trompe d'Eustache et de la cavité du tympan (*Zeitschrift der Wiener Aerzte*, 1860, n° 38).

Erhard a fort bien montré (*Otiatrik*, p. 332 à 338) qu'il convient de rattacher à des causes très diverses l'affaiblissement de l'ouïe, et la surdité dont sont parfois affectés les scarlatineux. Eh bien, il faut en dire autant pour la fièvre typhoïde. J'essayerai ici de caractériser les formes anatomiques les plus importantes; mais je dois dire tout de suite qu'il faudrait des documents plus nombreux que ceux dont j'ai disposé pour faire un travail complet.

Le docteur V. Troeltsch (de Würzbourg), qui a tant contribué à faire avancer la connaissance des maladies de l'oreille par ses recherches anatomo-pathologiques et par l'excellente méthode qu'il a introduite dans l'exploration de l'oreille externe, a publié dans les *Archives* de Virchow (t. XVII, 1re et 2e livraison) les détails de l'autopsie d'un sujet affecté d'affaiblissement de l'ouïe dans le cours d'une fièvre typhoïde. L'oreille moyenne des deux côtés était le siége d'une inflammation suppurative primitive, sans perforation du tympan. Les deux cavités tympaniques et les cellules mastoïdiennes étaient remplies de pus, et leur membrane muqueuse était le siége d'une hypérémie et d'un gonflement considé-

---

pour cette dernière raison surtout qu'on réclamait le concours.

Malheureusement ce principe ne prévaudra pas encore cette fois en Angleterre contre celui de l'élection, car la nomination du successeur de Quekett vient d'être faite il y a quelques jours seulement. Au lieu du successeur nous devrions dire des successeurs, car les fonctions ont été dédoublées et données à deux titulaires. Le conseil du collége a jugé à propos de séparer les deux fonctions qu'avaient remplies avec tant d'éclat Owen et Quekett. M. Gulliver, connu par ses importantes recherches sur la physiologie du sang, a été, pour cette année, chargé des leçons et mis en possession de la chaire; M. Flower, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Middlesex, à Londres, et *fellow* du collége, succède à Quekett dans l'emploi de conservateur.

Quekett en mourant a laissé sans fortune une veuve et quatre fils, dont la situation a attiré l'attention des membres du collége. Le conseil a décidé qu'une pension de 1200 fr. serait faite à sa veuve, et qu'une somme égale serait donnée chaque année à chacun de ses fils, mais jusqu'à l'âge de vingt et un ans seulement. Une pension annuelle de 6250 fr., alors même qu'elle ne doit rester telle que jusqu'à la majorité des enfants, c'est ce que n'obtiennent pas, en France, les familles de ceux de nos professeurs morts sans fortune, alors même que, dans le professorat et dans la pratique des hôpitaux, ils ont rendu de longs services. Et cependant nos confrères d'Angleterre n'ont pas pensé que cette somme fût suffisante, et l'on a accusé de parcimonie ceux dont, relativement du moins, nous devrions louer la libéralité. Un comité dans lequel nous trouvons les noms de lord Osborne, des docteurs Bence Jones, Lionel Beale, des professeurs Owen et Busk, s'est constitué, et a fait appel à la libéralité des chirurgiens anglais.

Ce n'est pas tout, le conseil a cherché à prévenir le retour de ce malheur trop fréquent pour les hommes plus dévoués aux soins de la science qu'à ceux de leur fortune, et le futur conservateur est tenu de faire assurer sa vie pour 25,000 fr. C'est une condition qui serait malheureusement souvent difficile à remplir pour des médecins; elle n'eût pu l'être par Quekett, dont la fortune était insuffisante avant sa nomination, et dont la santé fut toujours

rables. Le derme de l'un des tympans était, en outre, injecté.

J'ai pu observer un cas analogue pendant la vie du malade. L'affection avait seulement atteint une phase plus avancée; le tympan gauche s'était perforé. En outre, le malade fut insensible pendant quelque temps au tic-tac de la montre placée entre les dents (conduction osseuse), tout en percevant encore les vibrations du diapason appliqué sur les dents. Il est donc probable que l'inflammation, ou au moins l'hypérémie, avait envahi l'oreille interne. Voici les détails du fait :

Obs. — S..., âgé de vingt-trois ans, fut pris, après une indisposition de quinze jours, des symptômes habituels d'une fièvre typhoïde de médiocre gravité, vers le milieu du mois d'août 1861. Vers la fin du deuxième septénaire, il éprouva des bourdonnements d'oreilles très intenses et persistants, extrêmement pénibles, et un affaiblissement progressif de l'ouïe. A la fin du mois d'août, il ne comprenait plus que des paroles fortement et lentement articulées à haute voix.

Le 1er septembre, l'exploration des organes de l'ouïe fit reconnaître les particularités suivantes : *oreille externe*, à droite, membrane du tympan opaque présentant une injection rosée uniforme, rougeur vive au fond du conduit auditif; suppression de la sécrétion sébacée; à gauche, desquamation annulaire de l'épiderme, pas d'altération de la membrane du tympan. *Oreille moyenne :* à droite, l'insufflation d'air par un cathéter introduit dans la trompe d'Eustache, arrache au malade un cri de douleur, suivi d'une vive agitation; la trompe d'Eustache gauche est également perméable. *Conduction osseuse :* complétement abolie à droite pour les bruits de la montre, appliquée, soit sur l'apophyse mastoïde, soit sur la bosse frontale; à gauche, pour les mêmes points d'application, le malade entend seulement d'une manière obscure, quelques tics-tacs de temps en temps; perception très nette des deux côtés pour la montre placée entre les dents et pour le diapason. *Muqueuse de l'arrière-gorge :* pâle, anémique, surtout à la paroi postérieure du pharynx. *Distance auditive :* pour la montre (de 4 pieds 1/2 à 5 pieds 1/2 à l'état normal), nulle à droite; à gauche, le malade entend seulement, d'une manière intermittente, lorsque la montre est appliquée sur le pavillon de l'oreille. Il ne comprend que très difficilement la parole, même lente et fortement articulée. *Bourdonnements* intenses dans l'oreille droite seulement. En outre, tête lourde et embarrassée.

On diagnostique en conséquence : inflammation de la muqueuse tympanique droite, propagée à la membrane du tympan, et accompagnée d'hypérémie de l'oreille interne. *Prescriptions :* application de huit sangsues devant l'oreille droite, distillation répétées d'une solution tiède d'acétate de plomb, à 0,05 pour 30.

Le lendemain, les bourdonnements avaient diminué, mais l'affaiblissement de l'ouïe persistait au même dégré. Le 3 septembre, la diminution des bourdonnements était encore beaucoup plus prononcée.

Le 9 septembre, douleur violente et bourdonnements intenses dans l'oreille *gauche*. Membrane du tympan opaque, présentant une rougeur diffuse; toutefois, la courte apophyse du marteau se voyait distinctement. Rougeur du tiers interne du conduit auditif, notamment vers le bord du tympan. L'insufflation d'air par le cathéter exaspère la douleur. Une application de six sangsues au devant du tragus est suivie d'une amélioration prompte, mais passagère.

Le 11 septembre, le malade éprouvant une sensation de prurit, s'introduit un doigt dans le conduit auditif gauche. En le retirant, il s'aperçoit que ce conduit est le siége d'un écoulement jaunâtre. L'exploration de cette partie fait voir la membrane du tympan et le conduit auditif recouverts d'une couche de pus crémeux. En faisant l'expérience dite de Valsalva, on entend l'air s'échapper avec un léger sifflement par le tympan gauche. L'inflammation, que l'on avait reconnue le 9 septembre, la phase de l'hypérémie, s'était par conséquent terminée par la suppuration, malgré l'emploi des sangsues, et le pus avait déjà perforé la membrane du tympan. La distance auditive de l'oreille gauche n'avait d'ailleurs pas varié; la perception des bruits de la montre était incomplète quand on la plaçait au contact de l'oreille externe que lorsqu'on l'appliquait sur l'apophyse mastoïde. Après avoir lavé le conduit auditif par une injection d'eau tiède, on introduit jusque sur la membrane du tympan un bourdonnet trempé dans une solution tiède d'acétate de plomb (2 pour 30), et on renouvelle ce pansement dans la soirée.

Le 12 septembre, après avoir soigneusement nettoyé les parties, on constata la perforation, sous forme d'une petite déchirure à bords rouges située dans la moitié postérieure du tympan. Le reste de cette membrane a une couleur gris bleuâtre. La sécrétion purulente est très peu abondante. (Mêmes prescriptions.)

Le 15 septembre, le conduit auditif gauche ne présenta plus de sécrétion morbide, et l'expérience de Valsalva ne fait plus constater le passage de l'air à travers la membrane du tympan. La conduction *par les os* s'est manifestement rétablie à gauche. Le malade se plaint de nouveau de bourdonnements intenses dans l'oreille droite, où l'ouïe est toujours complétement abolie, quel que soit le procédé qu'on emploie pour la rechercher. L'injection de la membrane du tympan de ce côté a disparu. (Prescription : quatre sangsues devant l'oreille droite.)

Le 16 septembre, l'oreille gauche fournit de nouveau une sécrétion purulente. (Même pansement que précédemment). A droite, diminution des bourdonnements, pas d'écoulement.

Le 17 septembre : à gauche les bruits de la montre *s'entendent* distinctement à 3 pouces 1/2 de distance, et également *lorsqu'elle est appliquée* sur les os. Persistance d'une sécrétion peu *abondante (instillations* répétées d'une solution faible d'acétate de plomb). A droite, l'oreille perçoit quelques tics-tacs lorsque la montre est appliquée sur le pavillon ou sur les os. Persistance des bourdonnements avec *une moindre intensité*.

Les jours suivants ne furent marqués que par des oscillations peu importantes dans l'état de l'ouïe. Le 19 septembre, la membrane du tympan du côté droit présentait de nouveau une injection modérée et une couche purulente centrale. — Le 22, sécrétion peu abondante des deux côtés. — Le 25, la perforation ne s'est manifestement pas encore réparée; on revient à une solution concentrée d'acétate de plomb (4 pour 30). — Pendant cette période, on voyait se dessiner, dans l'état général, les signes d'une convalescence très lente; la température du corps présentait d'ailleurs encore une déviation manifeste tous les soirs.

Le 27 septembre, on constate l'état suivant : à droite, bourdonnements intenses, persistance de l'écoulement. Membrane du tympan et conduit auditif externe recouverts d'une couche épaisse de pus. Pas de perforation. Les bruits de la montre sont perçus lorsqu'on la serre contre le pavillon, mais non lorsqu'elle est appliquée sur les os. Les vibrations du diapasion appliqué sur les os sont entendues, mais plus faiblement qu'à gauche. — A gauche, pas de bourdonnement. Persistance de l'écoulement; membrane du tympan blanchâtre, présentant à son centre une ouverture piriforme, à sommet dirigé en avant et en haut. Parois du conduit auditif revêtues d'une sécrétion blanchâtre. Ouïe distincte à 2 pouces 1/2, moins nette lorsque la montre est appliquée sur les os.

---

après trop mauvaise pour qu'aucune compagnie eût accepté d'assurer sa vie.

— Mais, si l'Angleterre est le pays de l'association et de l'assurance mutuelle contre tous les dangers dont la vie, la fortune, le bonheur, sont environnés; si c'est à nos voisins que nous devons les sociétés d'assurance contre l'incendie, la grêle, les naufrages, la banqueroute et contre la mort, le plus grand et le dernier malheur, les compagnies sur la vie n'assurent que les gens bien portants; aussi, lorsque la maladie nous rappelle que, si nous sommes mortels, nous ne le sommes pas tous au même degré, il est trop tard pour se faire assurer, et c'est surtout à ce moment-là qu'on désirerait le plus de pouvoir l'être. *The lancet* nous apprend que l'initiative du docteur Steward tend à combler cette lacune par la création d'une société d'assurance sur la vie menacée par la maladie. Il espère, avec l'aide du corps médical et de bonnes statistiques, résoudre le problème difficile de savoir quelles chances de vie nous laissent une pneumonie, un rhumatisme compliqué d'affection cardiaque, une attaque de goutte ou une colique néphrétique; dans quelle proportion notre existence se trouve menacée par la présence d'hémorrhoïdes, d'une hernie, d'une fistule à l'anus, etc.

On voit par cet exemple quelle confiance robuste ont nos voisins dans les résultats qu'on peut demander à la statistique; mais cette fois le problème nous paraît presque impossible à résoudre, car il se représentera avec toutes ses difficultés pour chaque individu qu'il s'agira d'assurer, et pour qui il faudra évaluer les chances de vie que lui laisse une santé déjà compromise.

— Nous disions, dans un de nos derniers feuilletons, quels progrès faisait en Italie l'organisation des associations médicales. Nos confrères italiens demandent dans l'organisation de la médecine et dans les attributions des médecins, des réformes assez nombreuses, mais ils demandent surtout la création d'une magistrature médicale supérieure, d'un comité central en rapport avec le ministre de l'intérieur, comité chargé de défendre et de protéger les intérêts

Les vibrations du diapason sont perçues très distinctement. Prescription, instillation répétées de solution d'acétate de plomb à 4 pour 30.

Le 30 septembre, la distance de l'ouïe distincte était déjà de 1 centimètre, et les bourdonnements, ainsi que l'écoulement, avaient diminué à droite. A gauche, ouïe distincte à 4 pouces 3/4. Le malade comprenait beaucoup mieux que précédemment les paroles qu'on lui adressait. On continua les instillations, *ut suprà*, jusqu'au 12 octobre, époque à laquelle tout écoulement avait disparu.

Le 17 octobre, la distance de l'ouïe distincte était de près de six pouces des deux côtés; la parole était entendue presque comme à l'état normal. Les bourdonnements avaient complétement disparu depuis plusieurs jours. Conduction osseuse rétablie des deux côtés, un peu moins à droite qu'à gauche. Les deux trompes étaient perméables à l'air insufflé. La perforation du tympan gauche s'était comblée; cette membrane avait une couleur bleuâtre, avec des bigarrures blanches dues probablement à des dépôts métalliques. Membrane du tympan du côté droit recouverte d'une pellicule blanchâtre, facile à détacher, et formée par une couche épithéliale. Les deux conduits auditifs étaient remplis en partie de lambeaux d'épithélium détachés. (Injections d'eau tiède.)

21 octobre, distance auditive, 16 pouces 1/2 à gauche, 16 pouces à droite; conduction osseuse normale à gauche, moins parfaite à droite. Conduit auditif externe et membrane du tympan gauche revenus à l'état normal; il ne reste aucune trace de la perforation. La membrane du tympan du côté droit est encore couverte de lambeaux blanchâtres d'épithélium détaché.

4 décembre. Distance auditive normale à gauche (5 pieds); elle est de 2 pieds à droite. La membrane du tympan a repris, à droite comme à gauche, son aspect naturel.

En tenant compte de la perméabilité constante des trompes d'Eustache, de l'absence de toute inflammation catarrhale de la paroi postérieure du pharynx, et des signes fournis par l'examen réitéré de l'oreille externe, on ne saurait douter que, dans cette observation, il ne s'agit d'une inflammation suppurative de la membrane muqueuse de l'oreille moyenne, suivie de perforation de la membrane du tympan, à gauche seulement, et s'accompagnant à droite d'un simple catarrhe de l'oreille externe. L'oreille interne ne s'est trouvée affectée que d'une manière transitoire à l'époque où l'inflammation était à sa période la plus aiguë, sans aucun doute par l'effet d'une hypérémie sympathique.

On a assez souvent l'occasion de rencontrer des malades chez lesquels la dureté de l'ouïe paraît avoir été la conséquence d'une fièvre typhoïde, et chez lesquels on peut constater, outre un catarrhe chronique de l'oreille moyenne, une perte de substance considérable dans la membrane du tympan; ces perforations ont ordinairement la forme d'un croissant, et siégent de préférence vers la partie antérieure et inférieure de la membrane. Cet état peut se prolonger pendant des années sans qu'aucun accident fâcheux se produise; les malades sont seulement incommodés par un écoulement continuel et par une dureté de l'ouïe qui présente ordinairement de grandes variations d'intensité. De temps en temps surviennent des exacerbations pendant lesquelles on observe des douleurs dans les parties profondes de l'oreille, des bourdonnements, une sécrétion plus abondante et un affaiblissement plus prononcé de l'ouïe. Les parties non délicates de la membrane du tympan deviennent opaques, s'injectent plus ou moins; la saillie de la courte apophyse du marteau est ordinairement seule visible, et la perte de substance est limitée par un rebord nettement accusé. La muqueuse de l'oreille moyenne, vivement injectée et boursouflée, est visible dans une étendue qui correspond à celle de la perforation.

Le traitement de cette forme chronique ne donne généralement pas de résultats bien brillants. On réussit, à la vérité, à faire cesser momentanément l'écoulement, et à diminuer parfois un peu la dureté de l'ouïe; mais il n'est pas possible d'obtenir l'occlusion des perforations largement béantes du tympan; cette cavité reste par conséquent exposée à l'action des divers agents extérieurs.

Le pronostic de la forme aiguë, convenablement traitée, est, au contraire, très favorable.

Obs. II. — Schr., âgé de vingt-deux ans, malade depuis le 13 octobre, éprouva à partir du 15 octobre un affaiblissement prononcé de l'ouïe et des bourdonnements d'oreilles continus et si intenses qu'il lui semblait que sa chambre était envahie par des milliers de mouches.

Le 21 octobre, dixième jour de la maladie, on constata l'état suivant : aucune altération de l'oreille externe des deux côtés; cathétérisme des deux trompes d'Eustache, rendu impossible par un catarrhe intense du pharynx; muqueuse de la paroi pharyngée postérieure rouge, un peu tuméfiée et recouverte de mucosités visqueuses; rougeur intense et œdème de la luette. L'expérience de Valsalva ne fait pas reconnaître d'une manière évidente la pénétration de l'air dans les cavités tympaniques. Les bourdonnements persistent avec une intensité remarquable depuis sept jours. Distance auditive pour la montre réduite à 3 pouces du côté droit et à 4 pouces et demi à gauche. Conduction osseuse complétement nulle pour la montre, mais conservée pour les vibrations du diapason.

La marche ultérieure des accidents ne laissa pas de doute sur leur nature. Dès le 22 octobre, le malade tomba dans un état comateux, et il ne reprit connaissance que pendant quelques courts instants. L'examen détaillé des organes de l'ouïe devint dès lors impossible. Pendant les jours suivants les phénomènes inflammatoires du côté de la muqueuse pharyngée s'amendèrent manifestement. — Le malade succomba le 28 octobre.

A l'*autopsie*, faite vingt-quatre heures après la mort, on constata une tuméfaction considérable de la rate, un gonflement très grand et l'ulcération des plaques de Peyer, des ulcères énormes dans le cæcum, de la bronchite avec œdème et engouement hypostatique des lobes inférieurs des poumons. Dure-mère très injectée; substance cérébrale remarquablement dense et résistante, sans injection; sinus gorgés de sang poisseux; hypérémie considérable de la pie-mère et des plexus choroïdes; rien de particulier à noter sur le trajet du nerf auditif ni à la base du crâne; muqueuse pharyngienne non hypérémiée, couverte d'une petite quantité de mucosités; orifice de la trompe d'Eustache gauche perméable.

Après avoir détaché la dure-mère, on trouva sur la face antérieure du rocher gauche des taches rouge ou rouge bleuâtres d'une étendue variable, disséminées entre les limites de la portion écailleuse et l'éminence arquée. Des lésions semblables existaient dans la partie correspondante du rocher droit. Dans les points malades l'os était arrivé au point de ne plus présenter que l'épaisseur d'une feuille de papier, et on voyait par transparence la couleur de la muqueuse de la cavité du tympan, fortement injectée et épaissie. La coloration anormale était conséquemment d'autant plus intense que l'amincissement de l'os était plus considérable.

---

du corps. Cette mesure, réclamée déjà par le professeur Birelli, fait le sujet d'une lettre du docteur Turchetti, note insérée dans l'Imparziale, journal de médecine publié à Florence. Ce comité, d'après l'auteur, ne devrait pas être chargé seulement de défendre les intérêts professionnels, il devrait être de plus un conseil de famille, une sorte de jury devant lequel viendraient se juger les différends qui pourraient s'élever entre confrères, et qui prononcerait à l'occasion des peines disciplinaires contre ceux qui manqueraient à leurs devoirs ou à l'honneur professionnels. Faire pour les médecins ce qui se fait pour les avocats, serait une chose désirable et désirée par beaucoup de bons esprits, quoique combattue, il faut bien le dire, par d'autres. L'existence de l'Association générale des médecins de France nous conduira peut-être, par une voie lente et graduelle, à avoir dans quelques années ce que nos confrères d'Italie demandent à avoir tout de suite.

— Il n'y a pas seulement à Rome de petits Mortara. Le Medicinische Wochenschrift de Vienne appelait récemment l'attention sur des faits dont se plaignaient vivement les médecins de la Maternité de cette ville. Les enfants nés dans cet établissement peuvent y séjourner trois mois, pourvu que leur mère puisse les allaiter; mais ce privilége est *pratiquement* limité aux catholiques romains, car s'il s'agit d'un enfant juif, il est immédiatement enlevé à sa mère, baptisé et envoyé à l'hôpital des Enfants trouvés. Le retour répété de semblables faits a eu pour résultat d'empêcher les juives de réclamer les secours de l'hospice de la Maternité. La révélation d'un abus si grave a amené une discussion très vive au conseil municipal de Vienne, discussion qui a eu pour résultat le vote d'une adresse au gouvernement pour réclamer un remède à un tel état de choses, que nous aurions eu de la peine à croire vrai s'il ne nous était attesté par le journal médical de Vienne.

Les médecins de la Maternité n'ont pas été les seuls à adresser des réclamations au gouvernement, et ceux de l'hôpital en ont adressé une autre qui paraîtra aussi fort peu *catholique* à bien des gens. Les 24 médecins du grand hôpital ont rédigé collectivement et signé à l'unanimité une pétition demandant que

Autour de ces points, le rocher se présentait avec sa couleur blanche naturelle.

L'examen des organes auditifs fut complété seulement au bout de plusieurs jours, pendant lesquels les pièces avaient séjourné dans une solution alcoolique étendue. Voici quels en furent les résultats :

A gauche, conduit auditif externe normal, contenant peu de cérumen. La membrane du tympan paraissait comme macérée ; sa couche dermique était épaissie. Il était hypérémié le long du manche du marteau, et à sa périphérie. Muqueuse de la trompe d'Eustache pâle, recouverte d'un peu de mucus. Cavité du tympan et cellules mastoïdiennes remplies par un liquide jaune brunâtre, contenant un grand nombre de cellules de pus. Ces cellules se gonflaient au contact de l'eau et l'acide acétique y faisait apparaître des noyaux généralement multiples. La muqueuse de la cavité du tympan et des cellules mastoïdiennes était très rouge, boursouflée, mesurant au moins un millimètre d'épaisseur. Les osselets de l'ouïe avaient conservé leur mobilité normale ; leur membrane d'enveloppe était épaissie. Orifice interne de la trompe oblitéré par la muqueuse épaissie.

A droite, conduit auditif externe nullement altéré. Membrane du tympan présentant les mêmes caractères qu'à gauche. Muqueuse de la trompe d'Eustache épaissie, recouverte par un liquide brun jaunâtre, analogue à celui qui existe dans la cavité du tympan et dans les cellules mastoïdiennes, et qui présente d'ailleurs les mêmes caractères microscopiques que celui contenu dans les cavités gauches. Orifice guttural de la trompe oblitérée par des mucosités visqueuses ; orifice tympanique perméable. Muqueuse de la cavité tympanique fortement boursouflée et colorée en rouge foncé. — Pas de lésions appréciables de l'oreille interne.

L'intégrité de l'oreille externe et l'abolition de la conduction osseuse, constatées le 21 octobre, semblaient prouver que, dans ce cas, la cause de la surdité était exclusivement centrale. Le diagnostic restait cependant douteux, en raison de l'impossibilité de cathétériser les trompes d'Eustache. Si l'on avait procédé, plus tard, à un examen exact, les modifications des membranes du tympan auraient suffi pour mettre sur la voie des lésions constatées à l'autopsie. Ce fait montre donc, comme tant d'autres, combien un examen réitéré des malades est nécessaire pour diagnostiquer les affections de l'oreille.

Les lésions notées chez ce malade ne différaient guère de celles qui ont été notées chez le premier malade, seulement l'inflammation s'était propagée à droite jusqu'à la muqueuse de la trompe, et, à gauche, l'orifice tympanique de ce conduit était au moins oblitéré par la muqueuse tuméfiée. La couleur brunâtre du liquide contenu dans l'oreille moyenne tenait à la présence de la matière colorante du sang. Quant aux taches rouges qui existaient sur la face antérieure du rocher, c'est là une lésion qui a déjà été signalée par Pappenheim. Cet auteur les rapporte à un état congestif de l'os lui-même, et il décrit en outre une dilatation des veines de la face supérieure du rocher (*l. c.*, IIIe OBS.). Passavant rattache également cette coloration à une hypérémie du tissu osseux. J'ai déjà dit que, dans le fait que je viens de rapporter, elles tenaient à un amincissement de l'os, qui permettait de voir par transparence la muqueuse fortement injectée de la cavité tympanique.

OBS. III. — D..., âgé de vingt-deux ans, présente, le 30 août 1860, les symptômes d'une bronchite diffuse, une chaleur âcre de la peau. Le lendemain, matité légère à la base du poumon droit. Plus tard, ... nocturne, diarrhée à plusieurs reprises, sueurs profuses. Mort le 2. sep-tembre, après une courte rémission de la fièvre.

L'ouïe, primitivement normale, s'était affaiblie pendant les der... jours, sans que le malade fût complétement comateux, en même t... s'étaient manifestés des bourdonnements d'oreilles opiniâtres. L'é... malade avait été trop grave pour que l'on pût procéder pendant la vie ... un examen exact des oreilles.

*Autopsie*, faite le 24 septembre. — Tuméfaction considérable d... rate, ulcérations typhoïdes dans l'intestin grêle, extravasation sang... dans le gros intestin, néphrite parenchymateuse, bronchite diffuse, p... monie hypostatique, œdème pulmonaire. Cerveau de consistance à ... près normale, sans hypérémie sensible. Muqueuse du sinus sphé... ramollie, épaissie, colorée en rouge foncé, facile à détacher de l'os, et re... couverte de pus crémeux. Muqueuse de la paroi postérieure du pharynx d'un rouge bleuâtre, fortement plissée, recouverte dans sa moitié ... rieure d'une sécrétion muco-purulente (cellules d'épithélium et glob... de pus), extrêmement visqueuse. Une matière analogue bouche comp... tement les ouvertures gutturales des trompes.

A droite, conduit auditif externe normal, à parois recouvertes de cér... men jaunâtre. Membrane du tympan mince, de couleur et de forme (con... cave) normales, laissant voir le marteau par transparence. Trompe rem... plie dans toute son étendue d'un muco-pus visqueux ; ce liquide avait probablement pénétré dans la trompe pendant une insufflation qui avait été pratiquée sur le cadavre ; la muqueuse sous-jacente était en effet pâle et ne présentait aucun signe d'une inflammation catarrhale. La cavité ... tympan contenait des mucosités tout à fait semblables, sous forme de fila... ments déliés disséminés de toutes parts ; ici encore elles avaient été in... troduites par l'insufflation cadavérique, car la muqueuse était très pâle et le liquide présentait les mêmes caractères microscopiques que le muco-pus contenu dans le pharynx.

A gauche, état normal du conduit auditif *externe et de la membrane* du tympan. La trompe contient un peu de mucus visqueux ; sa membrane muqueuse est d'ailleurs très pâle. Même état de la cavité du tympan qu'à droite. Les deux trompes étaient d'ailleurs *parfaitement perméables* à l'air insufflé, dès que le pharynx eut été débarrassé des mucosités qui *recou*vraient sa membrane interne.

Rien d'anormal dans l'oreille interne des deux côtés, ni dans les nerfs auditifs.

L'intégrité de la membrane muqueuse des trompes suffit pour prouver que les mucosités contenues dans ces conduits y avaient été introduites artificiellement, et qu'ils n'étaient pas le siége d'une inflammation catarrhale. L'affaiblissement de l'ouïe ne se rattachait pas, d'autre part, à une cause centrale, vu l'absence de toute hypérémie des méninges et l'intégrité de la portion périphérique des nerfs auditifs. Ce symptôme ne peut donc être rapporté qu'au catarrhe aigu du pharynx qui survint peu de jours avant la mort du malade, et qui amena une oblitération complète de l'entrée des trompes par des mucosités visqueuses.

Chez un certain nombre de malades affectés de dureté de l'ouïe, dans le cours d'une fièvre typhoïde, les recherches les plus attentives ne permettent pas de constater, pendant la vie, une altération quelconque de l'oreille interne et moyenne, et, d'autre part,

---

les sœurs de la Miséricorde fussent déchargées du service des malades de l'établissement. Leurs griefs ont paru fondés, et les religieuses furent priées, le 21 octobre dernier, de vouloir bien se dispenser de tout service.

Cette décision peut paraître extraordinaire dans le pays du nouveau concordat. On sait que le gouvernement du Portugal vient récemment d'abolir dans ce pays l'institution des sœurs de Charité, dont il ne paraissait pas avoir à se louer. A Vienne, en Portugal, les soins à donner aux malades le seront dorénavant par des surveillantes laïques, c'est comme cela en Angleterre, c'est comme cela à Paris dans quelques-uns de nos hôpitaux, et l'amour du prochain nous a paru plus que suffisant pour inspirer le dévouement très éclairé des surveillantes ou des *nurses*.

— Les procès pour négligence ou incapacité dans le traitement d'un malade ne sont heureusement pas fréquents ; il est plus rare encore qu'ils mettent en cause un médecin d'hôpital. C'est pourtant ce qui est arrivé à Dantzig, et l'affaire nous paraît mériter d'être racontée. Elle a longtemps été tenue en suspens (son début remonte à 1858) et vient seulement d'être terminée.

En novembre 1858 le procureur du roi fut prévenu qu'un malade soigné dans les salles du docteur Stich, devait sa maladie aux mauvais traitements de son maître. Le patient interrogé, déclara qu'en effet il se portait bien auparavant, mais qu'il devait attribuer sa maladie à des coups violents reçus sur le coude et la hanche. Le lendemain du jour de sa déposition, ce malheureux, qui avait été amputé du bras par le professeur Pohl, mourut, ce qui n'empêcha pas le procureur de demander au médecin et au chirurgien un rapport médico-légal. Le docteur Stich déclara n'avoir constaté, ... de l'entrée, aucune trace de violence, et attribua la maladie à ... rhumatisme suivi de tumeur blanche du coude, avec carie des os. Le chirurgien attribua au contraire l'affection pour laquelle l'amputation avait été faite, à des violences extérieures. Parmi les témoins appelés, les uns affirmaient que la tumeur préexistait aux coups, et qu'on avait laissé les abcès s'ouvrir spontanément, les autres le contraire. Beaucoup prétendaient que M. Stich avait

l'autopsie ne révèle aucune lésion appréciable de l'oreille interne. Il est permis de penser que, dans ces cas, la surdité se rattache à une cause centrale. Tantôt elle tient, d'après Erhard, à une hypérémie des méninges; tantôt, en l'absence de toute lésion de ce genre, elle ne peut être regardée que comme étant la conséquence d'une action particulière que le *sang typhoïde* exerce sur le cerveau, ou de l'anémie consécutive à la maladie. Cette catégorie de faits mériterait donc le nom d'une surdité nerveuse; mais ce sont précisément ces cas qui ont été peu étudiés, et qui nécessitent des recherches nouvelles. Je me bornerai à citer deux observations appartenant à cette classe.

Obs. IV. — N..., âgé de vingt-deux ans, éprouva de continuels bourdonnements d'oreilles et un affaiblissement de l'ouïe, le 18 septembre, dès les premiers jours d'une fièvre typhoïde légère. Lorsque, grâce à l'obligeance du docteur W. Wagner, je pus examiner ce malade, ces symptômes persistaient depuis huit jours. Voici ce que je constatai : Tête lourde, fièvre modérée. Vertige lorsque le malade se tient assis. Distance auditive (égale des deux côtés avant la maladie) réduite à 1 centimètre du côté droit et à 7 pouces pour l'oreille gauche. Le conduit auditif externe du côté droit contient une concrétion noirâtre de cérumen qui ne l'oblitère pas complétement. Membrane du tympan normale de ce côté; il en est de même de l'oreille externe du côté gauche. Pas de rougeur de la paroi postérieure du pharynx. En instituant l'expérience de Valsalva, on entend l'air pénétrer librement jusqu'aux membranes du tympan sans produire aucun râle; ce résultat rendait le cathétérisme superflu. Conduction osseuse affaiblie des deux côtés (surtout à droite), mais non abolie.

L'examen plusieurs fois répété ultérieurement chez ce malade donna constamment les mêmes résultats. Il fallait donc conclure à une origine centrale de la surdité, et la prédominance des symptômes cérébraux s'accordait bien avec cette opinion. La maladie fut d'ailleurs très légère et l'ouïe était complétement revenue à son état normal au bout de trois semaines.

Obs. V. — K..., âgé de vingt-cinq ans, malade depuis le 8 octobre, en traitement depuis le 16, sentit, à partir du 26 octobre, son ouïe s'affaiblir, sans qu'il eût éprouvé des bourdonnements d'oreilles. Le 29 octobre, on constata ce qui suit : Tête un peu lourde, vertiges peu intenses dans l'attitude assise, fièvre intense, distance auditive de 3 pouces aux deux côtés; pas de bourdonnements. Le malade comprend assez bien les paroles qu'on lui adresse à haute voix. Oreille externe normale à gauche; à droite, accumulation modérée de cérumen durci dans le conduit auditif, membrane du tympan intacte. Pas de rougeur de la paroi postérieure du pharynx. Perméabilité parfaite des trompes et des cavités tympaniques ou cathétérisme suivi d'insufflation. Conduction osseuse complétement nulle pour la montre, mais conservée pour le diapason.

Un nouvel examen, fait le 7 novembre, donna des résultats identiques. La fièvre typhoïde se caractérisa ultérieurement par des symptômes non douteux. Au bout de la quatrième semaine, le malade était en pleine convalescence et l'ouïe était revenue à son état naturel.

En résumant tout ce qui précède, je crois pouvoir établir que les troubles de l'ouïe qui se manifestent dans la lésion typhoïde, se rattachent le plus souvent à l'un des trois *processus* suivants, qui peuvent d'ailleurs se combiner de diverses manières entre eux, et auxquels il conviendra peut-être d'en ajouter d'autres plus tard :

1° Inflammation suppurative de la cavité tympanique, avec ses diverses terminaisons et conséquences;

2° Catarrhe du pharynx, avec obstruction de l'orifice guttural des trompes;

3° Troubles de l'ouïe, dus à une cause centrale.

---

## III

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

M. *le ministre d'État* approuve la décision par laquelle l'Académie a fixé pour le jour de sa séance annuelle le lundi 23 décembre.

— M. *Lebert* adresse de Breslau une analyse raisonnée de son *Traité d'anatomie générale et spéciale*, ouvrage qu'il présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1862. (*Réservé pour la future commission.*)

— M. *Fonssagrives* envoie pour le même concours un exemplaire du livre qu'il vient de publier sous le titre de : *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires.* (*Réservé pour la future commission.*)

— M. *Pappenheim* adresse de Berlin une note intitulée : *Expériences chirurgico-légales concernant la dilatation spéculaire de l'urèthre.* (*Comm.:* MM. Velpeau, Jobert.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un volume intitulé : *Études sur les eaux minérales et thermales de Plombières*, par MM. *Lefort* et *Jutier*, et communique l'extrait suivant de la lettre d'envoi :

« Dans cet ouvrage, nous nous sommes proposé pour but de comparer entre elles, au point de vue de leur origine et de leur composition chimique, toutes les principales sources minérales qui jaillissent dans les départements de l'est de la France. En ce qui concerne Plombières, nous avons étudié avec un soin tout particulier toutes les questions qui se rattachent à l'historique, au captage, à l'aménagement, au débit et à la température des sources. Mais ces travaux n'auraient pas été si complets si nous n'avions entrepris en même temps l'analyse chimique des eaux de cette importante station des Vosges. »

---

coupable de négligence, d'autres qu'il n'était que la victime de rancunes personnelles.

On crut alors devoir demander au Collége royal de médecine de Königsberg : 1° si la maladie était due à des violences; 2° s'il y avait eu négligence de la part du médecin de l'hôpital. Le professeur Wagner, nommé expert par le Collége, s'empressa de déclarer qu'il y avait eu à la fois violences de la part du maître, négligence de la part du médecin. Les ennemis du docteur Hich triomphèrent; mais celui-ci ne se tint pas pour battu.

En 1860, il publia une brochure qui était à la fois, et devait être, sa justification et une attaque contre le Collége de Königsberg. La lutte recommença de plus belle, et la justice crut devoir faire appel au jugement de la députation scientifique de Berlin.

Après deux ans et demi de discussions préliminaires, le procès fut porté devant le tribunal criminel de Dantzig. L'accusateur public chercha à prouver : 1° que le docteur Stich avait fait un rapport mensonger sur l'état de son malade; 2° que le Collége de Königsberg avait été diffamé. Après de longs débats et des témoignages contradictoires, le docteur Stich, acquitté sur le premier chef, fut condamné sur celui de diffamation à une légère amende.

Aliquis.

---

— Le corps enseignant et la médecine vétérinaire viennent de faire une perte bien regrettable dans la personne de M. Delafond, directeur de l'École d'Alfort. Directeur depuis quelques mois seulement, il avait su gagner l'affection de ses élèves par une administration juste, sage et paternelle. La médecine vétérinaire lui doit une *Police sanitaire*, *Traité de thérapeutique et de pathologie générale*, des traités sur les affections du sang des bêtes bovines et ovines, etc.; enfin, l'histoire naturelle et la médecine en général, lui doivent de remarquables travaux sur l'acarus de la gale. (*Gazette des hôpitaux.*)

### Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

(Suite et fin. — Voir le numéro 51.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1862. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et les applications pratiques qui en découlent; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » — Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. » — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — « Du pemphigus des nouveau-nés. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voy. plus haut, p. 822, les conditions du concours). — Ce prix sera de la valeur de 4000 francs. — L'Académie rappelle à MM. les concurrents au prix Barbier, que la pensée du fondateur a été d'encourager la recherche des moyens propres à combattre avec efficacité des fléaux contre lesquels la science s'est trouvée jusqu'ici *plus ou moins complétement désarmée*. Le traitement des autres maladies reste donc entièrement en dehors du programme. L'objet du concours est essentiellement pratique, les hypothèses et les discussions théoriques ne doivent y être employées qu'avec une très grande sobriété

PRIX FONDÉ PAR M. ORFILA. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. — L'Académie propose de nouveau la question relative aux champignons vénéneux, et elle la formule de la manière suivante : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire; rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons. — 2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. — 3° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. — 4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées, et qui pourraient éclairer la toxicologie. — Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1863. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie met au concours la question suivante : « Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — L'Académie propose la question suivante : « Des altérations pathologiques du placenta, et de leur influence sur le développement du fœtus. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — La question proposée par l'Académie est ainsi conçue : « De la dyspepsie. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — *Question relative à l'art des accouchements.* — L'Académie met au concours cette question : — « Comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, et de l'application du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. » Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE. — La question mise au concours est de nouveau : « De la mélancolie. » — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeuti rurgicale. — Ne seront point admis à ce concours les travaux qui a antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un de cours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des co de l'Académie des sciences de l'Institut. — Ce prix sera de la val 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voy. plus haut les tions du concours). — Ce prix sera de la valeur de 6000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — Ce prix, qu sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus ut apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urè pendant cette quatrième période (1856 à 1862), ou subsidiaireme l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six a au traitement des autres maladies des voies urinaires. — Ce prix sera la valeur de 12,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1862 devront être envoyés l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront ê écrits en français ou en latin.

*N. B.* — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision d l'Académie, du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron, pour la question relative aux eaux minérales.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1861.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.*

1° M. le ministre transmet : *a*. Les rapports d'épidémies de MM. les docteurs *de Meschinet* (de Niort), *Carteron* (de Troyes), *Lemaistre* (de Limoges). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Niepce sur le service médical des* eaux minérales d'Allevard pour l'année 1860. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Jules François*, ingénieur en chef des mines, chargé du service des eaux minérales, qui sollicite le titre de membre associé libre. — *b*. Les observations recueillies en 1860 à l'hôpital thermal militaire de Bourbonne, par M. le docteur *Cabrol*, médecin en chef. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Une note sur quelques cas de goître aigu ou estival épidémique, par M. le docteur *Dourif* (de Clermont).

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une note de M. le docteur *Antonin Martin*, médecin aide-major, sur les cathéters cannelés; 2° un travail complémentaire d'un mémoire sur la prostitution dans la ville de Bordeaux, par M. le docteur *Jeannel*; 3° un mémoire de M. le docteur *Guérineau* (de Poitiers) sur l'emploi de l'ophthalmoscope comme moyen de diagnostic de l'amaurose dans les conseils de révision.

— M. *Laugier*, au nom de M. le docteur *Le Fort*, met sous les yeux de l'Académie un certain nombre de plans des hôpitaux anglais, à l'appui d'une note récemment communiquée à la Compagnie (et publiée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE).

— M. *Mège* présente un mémoire de M. le docteur *Pauli* sur le goître aigu.

— M. *Renault* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. *Delafond*, membre titulaire de l'Académie et directeur de l'École d'Alfort, récemment décédé à la suite d'une courte maladie.

*Élections.*

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement des membres du bureau et du conseil d'administration pour l'année 1862.

Sont élus :

| | |
|---|---|
| Président . . . . . . . . . . MM. | *Bouillaud;* |
| Vice-Président. . . . . . . . | *Larrey;* |
| Secrétaire annuel . . . . . . | *Robin;* |
| Premier membre du conseil. . | *Larrey*, vice-président. |
| Deuxième membre du conseil. | *Blache;* |
| Troisième membre du conseil. | *Bouchardat.* |

*Présentation.*

M. *Rufz* met sous les yeux de l'Académie le cadavre d'une poule morte asphyxiée par un grain de chènevis arrêté dans le larynx.

La séance est levée à quatre heures un quart.

---

**Société de médecine du département de la Seine.**

SÉANCE DU 2 AOUT 1861. — PRÉSIDENCE DE M. DELASIAUVE.

NATURE DE L'ALBUMINURIE. — APPAREIL POUR FACILITER LE SOMMEIL EN CHEMIN DE FER ET COMBATTRE CERTAINES HALLUCINATIONS. — DU TÆNIA SOLIUM.

M. *le Secrétaire général* donne à la Société de bonnes nouvelles de notre collègue M. Voisin, qui, à la suite d'une piqûre anatomique, avait présenté quelques symptômes graves.

M. *Boys de Loury* annonce que M. le docteur Aviolat a adressé à la Société une notice sur les eaux de Saxon en Valais.

—M. *Rigault*, chargé de faire un rapport verbal sur le travail de M. le docteur Hamon, intitulé : *De la nature névrosique de l'albuminurie*, expose les faits et considérations sur lesquels se base notre confrère pour regarder l'albuminurie comme étant primitivement une affection nerveuse.

M. *Duparcque* ne croit pas que la maladie de Bright puisse ainsi être regardée comme une névrose; elle lui paraît être une affection organique. A l'appui de son opinion, il rapporte l'observation d'un sujet qui, à la suite d'une douleur rénale gauche, fut atteint d'albuminurie sans présenter aucun symptôme pouvant faire croire à une affection nerveuse. Cette maladie rénale, qui n'avait pu être guérie par diverses médications, disparut sous l'influence de l'usage interne, longtemps continué, d'une infusion de genêt.

M. *Delasiauve* rappelle, en conformité avec l'opinion de M. Duparcque, que M. Foucault rendait des chiens albuminuriques en recouvrant leur peau avec un vernis ou autre enduit imperméable.

— M. *Collineau* lit un travail sur les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. M. Bauchet est chargé de faire un rapport sur ce mémoire présenté par M. Collineau à l'appui de sa candidature au titre de membre de notre Société.

— M. *Duparcque*, qui vient de faire un voyage en Suisse, donne quelques détails sur la cure de petit-lait dans ce pays, puis sur les eaux de Salins. Il fait part ensuite à la Société d'un moyen imaginé par lui pour faciliter le sommeil des voyageurs en chemin de fer, en les mettant à l'abri du bruit : il a imaginé de disposer un ressort demi-circulaire terminé à ses deux extrémités par de petits coussins en gutta-percha. Ce ressort étant appliqué autour de la partie postérieure de la tête, les petits coussins viennent obturer hermétiquement les orifices des conduits auditifs externes. Peut-être, ajoute M. Duparcque, ce petit appareil pourrait-il être utilement employé pour combattre certaines hallucinations de l'ouïe.

MM. *Delasiauve* et *Brierre de Boismont* croient que cet appareil ne pourrait trouver son application que lorsque les hallucinations de l'ouïe auraient pour source des bruits extérieurs réels.

M. *Géry*, à propos des hallucinations de l'ouïe, remarque que, dernièrement, après être resté plusieurs heures auprès d'une rivière, le murmure continuel de l'eau détermina chez lui un bourdonnement dans les oreilles tellement violent qu'il croyait entendre le bruit des cloches. Cette fausse sensation persista quelque temps après que notre confrère se fût retiré d'auprès du cours d'eau.

—M. *Costilhes* montre à la Société des anneaux de *tænia solium*. Ces anneaux sont remarquables par leurs dimensions énormes; ils sont longs de 3 centimètres : on observe sur les uns l'organe mâle, sur les autres l'ovaire. Ces anneaux ont été rendus par une jeune fille qui depuis longtemps dépérissait.

M. Costilhes prescrivit d'abord un lavement d'eau salée qui fit rendre une série d'anneaux assez considérable ; il se propose maintenant de faire prendre à sa jeune malade d'abord 40 grammes de semences de citrouilles pilées avec du sucre et additionnées de lait, puis 40 grammes d'huile de ricin.

M. Duparcque, à propos de ce fait, parle d'un monsieur qui, à la suite d'une jaunisse, dépérissait sans qu'on pût connaître la cause de ce fâcheux état. Un jour, il rendit un anneau de ténia. Notre collègue prescrivit la racine de grenadier : le malade rendit un ver de 32 pieds de longueur; un second vermifuge détermina encore la sortie à 20 pieds de l'helminthe, et le malade recouvra la santé.

---

**Société de chirurgie.**

SÉANCES DES 4, 11 ET 18 DÉCEMBRE 1861.

PRÉSIDENCE DE M. LABORIE.

KÉLOTOMIE OMBILICALE.

La kélotomie ombilicale, presque proscrite par M. Huguier, a trouvé un défenseur dans M. *Richet*. Ce chirurgien ne partagerait ce qu'il appelle le pessimisme de son collègue que si la kélotomie était de ces opérations qui ne réussissent jamais ou presque jamais à Paris. Heureusement il n'en est rien. Aux succès de Ph. Boyer, que M. Legendre a rapportés, on peut ajouter ceux que M. Hervez de Chégoin a obtenus deux fois sur trois opérations, M. Denonvilliers deux fois sur quatre. Enfin, après un premier insuccès, M. Richet a guéri sa seconde opérée. On pourrait donc, avec des recherches plus complètes, dresser une statistique des kélotomies ombilicales faites à Paris, qui serait moins décourageante que celle de M. Huguier. L'opération dont il s'agit est certainement très grave; mais sa gravité tient surtout, d'après M. Richet, à des causes spéciales contre lesquelles la chirurgie n'est pas assez impuissante pour qu'on se trouve dans la triste alternative ou de laisser périr les malades atteints de hernie ombilicale étranglée, ou de faire un anus contre nature.

Ces causes spéciales de gravité se résument dans les trois suivantes :

1° L'amincissement des enveloppes de la hernie, qui laisse les viscères sans protection. Cet amincissement est tel qu'on a cru à une absence complète du sac herniaire. En effet, après l'incision de la peau, on tombe immédiatement sur l'intestin; la peau a l'aspect d'une membrane séreuse à sa face interne. Cette condition anatomique rendrait facile la lésion de l'intestin par l'instrument tranchant si l'on n'était pas averti; mais il suffit de la connaître pour en éviter les dangers. Le peu d'épaisseur des enveloppes expose à froisser le sac et l'intestin pendant les efforts de réduction, et ces froissements deviennent aisément l'origine d'une péritonite. Dans l'état ordinaire, le seul frottement d'une pelote suffit pour amener ces péritonites herniaires latentes sur lesquelles M. Malgaigne a appelé l'attention, et dont le résultat est de faire adhérer l'intestin au sac, en un mot de rendre promptement la hernie irréductible. Le seul moyen d'éviter les dangers qui résulteraient du taxis, c'est de ne le faire qu'avec prudence, de ne pas y insister trop longtemps, et de moins attendre pour opérer.

2° La disposition infundibuliforme du sac qui conduit fatalement le pus dans le péritoine. Pour lutter contre cette fâcheuse disposition, M. Richet conseille d'appliquer à la base du sac deux grosses serres-fines, qui ferment l'ouverture herniaire, et empêchent autant que possible les liquides irritants rassemblés vers cette ouverture de tomber dans le péritoine. Il faudrait aussi faire coucher l'opéré sur le côté, et maintenir de la glace sur le sac pendant au moins sept ou huit jours, dans le but de diminuer l'abondance de la suppuration.

3° La nécessité de faire porter le débridement sur le péritoine. Ce danger fait donner à M. Richet le conseil de ne débrider que s'il est tout à fait impossible de dilater suffisamment l'anneau abdominal. Si difficile que soit parfois cette dilatation, on pourra la faire en y mettant des soins et du temps. M. Richet l'a faite chez

la malade qu'il a guérie, et s'est servi pour cela d'une sonde cannelée recourbée en crochet.

C'est à toutes les précautions indiquées plus haut, et qu'il n'avait pas prises dans sa première opération, que M. Richet attribue le succès de la seconde. Toutefois, comme son opérée était asthmatique, il n'avait pu la faire coucher sur le côté. Mais il avait opéré de bonne heure, après des efforts de taxis très modérés; il avait continué pendant huit jours les applications d'eau glacée. Au bout de ce temps, les grosses serres-fines placées à la base du sac avaient tout à fait oblitéré l'ouverture herniaire. Le sac ne suppurait plus qu'à sa partie supérieure, et la suppuration avait été peu abondante.

Dans la séance suivante, MM. Boinet et Verneuil sont venus apporter des faits desquels il résulte que les symptômes de l'étranglement, dans les hernies ombilicales, peuvent s'amender d'eux-mêmes, de telle façon qu'il ne faudrait pas trop se presser d'opérer.

Au mois de juin 1861, M. *Boinet* fut appelé auprès d'une malade qui portait une hernie ombilicale volumineuse, antérieurement irréductible, qui paraissait étranglée depuis deux jours. La partie centrale de la tumeur contrastait par sa mollesse avec la dureté du pourtour. On eût dit que l'enveloppe épiploïque avait été usée et perforée à son centre, et que l'intestin était étranglé à travers cette perforation. Des bains, quelques tentatives de taxis, une compression graduée et continue furent les seuls moyens employés par M. Boinet, qui redoutait au plus haut degré la kélotomie. Les accidents persistèrent, mais en diminuant graduellement, pendant dix jours; puis tout rentra dans l'ordre. La dureté de la tumeur à sa périphérie continuait toujours, longtemps après la guérison, à trancher avec la consistance du ventre, qui était mou et dépressible.

M. *Verneuil* est loin de vouloir opérer de bonne heure les hernies ombilicales étranglées. Il croit que le plus souvent les accidents doivent être simplement traités comme ceux d'une péritonite herniaire. Dans trois cas, ses malades ont guéri avec des bains et des applications de sangsues. Ce dont il faut se garder surtout c'est du taxis violent. La disposition de la tumeur en forme de champignon est, le plus souvent, un tel obstacle à la réduction que les tentatives de taxis deviennent insensées, et, dans tous les cas, elles exposent à l'inflammation du sac et de l'intestin, et aggravent les accidents qu'il s'agit de combattre.

M. *Huguier* ne pense pas que les précautions recommandées par M. Richet puissent augmenter beaucoup, si on les emploie, les chances de succès de la kélotomie ombilicale. L'emploi de la glace a été jusqu'à présent à peu près général, et n'a pas diminué le nombre des insuccès. Il est permis de douter qu'une simple dilatation de l'ouverture herniaire puisse suffire à la réduction, dans les cas peut-être assez rares où on pourra la faire, surtout si l'on songe que cette réduction est souvent impossible, même après le débridement. La réduction étant impossible, que devient le conseil d'oblitérer avec des serres-fines l'ouverture herniaire? Et cet autre conseil de faire coucher les opérés sur le côté est le plus souvent impossible à mettre en pratique; on sait, en effet, combien l'intestin a de tendances à s'échapper par l'ouverture ombilicale. Le décubitus latéral exposerait à perdre les avantages de la réduction qu'on aurait obtenue.

Une dernière communication relative à la kélotomie ombilicale a été faite dans la séance du 18 décembre par M. Perrin. Le sujet de l'observation est un vieillard de soixante-huit ans opéré en 1853 par M. Hutin. La hernie, qui datait de vingt ans, n'était pas irréductible; elle rentrait au moment des repas. Le 22 février, à la suite d'un effort accompli pour franchir un fossé, la tumeur devint tout à coup très volumineuse et irréductible. Tous les symptômes de l'étranglement apparurent, et après avoir essayé en vain le traitement ordinaire, M. Hutin se décida le 24 février, dans la matinée, à la kélotomie. Il trouva dans le sac, de l'épiploon et une anse intestinale tordue au niveau de son pédicule. Trois petites incisions furent faites pour débrider l'ouverture herniaire; les pansements furent faits avec l'eau glacée. Au bout de huit jours on enleva les sutures. Malgré quelques abcès consécutifs et malgré le scorbut, le malade guérit, mais la hernie se reproduisit.

— Dans cette même séance, qui s'est terminée par un comité secret, M. Béraud a donné lecture d'un rapport sur le mémoire dans lequel M. P. Dauvé a fait l'histoire de l'enchondrome lobulaire. Nous reviendrons plus tard sur ce mémoire et sur ce rapport.

Dr P. CHATILLON.

## IV

## REVUE DES JOURNAUX.

**Mort subite par rupture d'un anévrysme vrai partiel à la crosse de l'aorte dans la trachée-artère; coexistence d'un anévrysme faux mixte externe, par M. HALEWYCK.**

Le 10 juin 1861, le maître cordonnier du dépôt des grenadiers de Louvain meurt subitement à la promenade en rendant une grande quantité de sang par la bouche. L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, montre les lésions suivantes :

A la partie supérieure droite du médiastin antérieur existe une tumeur qui correspond à la deuxième côte, au premier et au deuxième espace intercostal, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. *Cette* tumeur prend son origine sur la crosse de l'aorte, a une *forme ovoïde*: son grand diamètre (65 millimètres environ) est perpendiculaire au vaisseau; le diamètre transverse présente 55 millimètres environ; *elle est* dirigée de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans, de manière à se trouver par sa base au milieu du médiastin, et par son sommet au niveau de l'articulation sterno-costale droite. La veine cave *supérieure* est accolée à la face postérieure de la tumeur. Celle-*ci présente* à son point d'insertion sur l'aorte un collet parfaitement circulaire; *elle* communique avec le vaisseau par un orifice arrondi ayant *dans tous les sens* 2 centimètres de diamètre. Les bords de cet orifice, quoique *athéromateux* et ossifiés, sont lisses et unis, excepté dans un point où existe une pointe crétacée. Le contenu du sac est constitué par de la fibrine coagulée; les couches les plus dures occupent la périphérie, les plus molles se rapprochent du point central et de l'orifice de communication; dans ces points on ne trouve plus que du sang liquide. Prise du centre au sommet du sac, l'épaisseur de ce dépôt est de 3 centimètres.

La deuxième tumeur a la forme d'un cône. Du sommet à la base 2 centimètres; diamètre de la base, 2 centimètres. Cette tumeur est constituée par la dilatation de toutes les tuniques de l'artère, dilatation limitée à un point de la circonférence du vaisseau. Le contenu *consiste* dans quelques petits caillots de sang encore mous, et quelques flocons fibrineux attachés aux parois. Le sommet de la tumeur est adhérent à la trachée; il présente un orifice étroit de communication avec ce conduit. Un stylet de la grosseur de 2 millimètres passe sans le moindre effort de la cavité artérielle dans la cavité trachéale. La crosse de l'aorte et la partie supérieure de l'aorte descendante ont subi l'altération athéromateuse, cartilagineuse et osseuse. La trachée renferme *environ* 50 grammes de sang; à 2 centimètres de sa bifurcation, elle présente la perforation qui la fait communiquer avec la poche artérielle. Foyers apoplectiques dans les poumons. Transformation tuberculeuse aux premier, second et troisième degrés, de la plus grande partie du sommet gauche. L'estomac est distendu par une grande quantité de sang liquide renfermant des caillots.

De l'examen et de l'appréciation de ces diverses lésions, l'auteur conclut que la première tumeur est un anévrysme *faux mixte externe* marchant vers la guérison spontanée, grâce au dépôt successif de fibrine qui tendait à oblitérer le sac, et que la deuxième est un anévrysme *vrai latéral*. Dans cette deuxième tumeur, dit M. Halewyck, l'orifice de communication est aussi grand qu'aucun autre point de la poche, ce qui constitue une différence fondamentale entre les deux espèces que nous avons sous les yeux, c'est-à-dire entre l'anévrysme vrai et l'anévrysme faux. Cet argument est d'un grand poids assurément; mais, en raison de l'extrême rareté de l'anévrysme vrai partiel, nous regrettons que l'auteur ne se soit pas attaché à démontrer la continuité de la tunique interne de l'artère avec la membrane interne de la poche. Là est tout le problème, et il était d'autant plus important d'y regarder de très près que les tuniques artérielles étaient athéromateuses. (*Archives belges de médecine militaire*, novembre 1861.) J.

**Observation d'embolie cérébrale,** par le docteur Galloch.

Obs. — Un homme de soixante ans, peintre-vitrier de son état, avait été pris, sans cause appréciable, d'accès d'oppression, lesquels lui avaient rendu à peu près impossible l'exercice d'une profession assez peu fatigante cependant.

Le 18 novembre 1860, premiers accidents cérébraux, caractérisés par un grand affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire, sans paralysie du mouvement ni de la sensibilité. Bruit de souffle derrière le sternum. Pas de lésion remarquable du cœur ; battements à peine perceptibles dans la carotide gauche. Diagnostic : anévrysme de la crosse de l'aorte ; embolie cérébrale.

Le malade étant toujours dans le même état, la famille le fait transporter à l'Hôtel-Dieu, salle 16, où l'on constate, quelques jours après, le rétablissement presque complet du cours du sang dans la carotide gauche.

Le 25 décembre, trente-sept jours après le début des premiers accidents cérébraux, coma et hémiplégie complète à droite. Peu après, eschare du sacrum. Retour des signes d'embarras circulatoire dans la carotide gauche. Persistance du bruit de souffle sternal ; signes d'hypertrophie du cœur et d'insuffisance aortique. Affaiblissement graduel. Mort dans le courant de juin.

*Autopsie.* — *Poumons* fortement engoués. Adhérences pleurétiques anciennes à gauche.

*Cœur.* Hypertrophie notable. Valvules et orifices sains partout ; dilatation de l'orifice aortique, d'où insuffisance relative.

*Aorte.* Toute la face interne est athéromateuse ; les parois sont plus épaisses qu'à l'état normal. La lésion se prolonge jusqu'au diaphragme ; elle n'a pas été suivie au delà. Un caillot fibrineux, d'apparence ancienne, de 1 centimètre de diamètre sur 21 de longueur, part du ventricule gauche et suit le trajet de l'aorte, avec laquelle il a contracté des adhérences. La carotide primitive gauche donne au doigt la sensation d'une artère injectée. Son calibre est rempli par un caillot dense et blanc, stratifié, un peu ramolli à son centre, et s'étendant depuis l'origine de l'artère jusqu'à sa bifurcation en carotide interne et externe. Les deux sous-clavières et la carotide droite sont saines.

*Cerveau.* A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule une quantité notable de sérosité trouble. L'hémisphère gauche est affecté, surtout dans la région pariétale. Les circonvolutions sont déformées et peu distinctes. Le ventricule gauche, très dilaté, n'est séparé de la surface du cerveau que par une couche mince de substance cérébrale altérée et ramollie ; tout l'hémisphère participe à ce ramollissement. Les artères cérébrales antérieure et moyenne contiennent plusieurs petits caillots anciens, filiformes, adhérents, rétrécissant le calibre de l'artère sans l'oblitérer. Plusieurs capillaires cérébraux, pris au hasard et examinés au microscope, sont manifestement athéromateux.

« En résumé, dit l'auteur, les signes que j'avais cru devoir attribuer à un anévrysme peu étendu de la crosse de l'aorte étaient dus à une dégénérescence athéromateuse. Mais le point important, et sur lequel j'avais voulu attirer l'attention, à savoir, le rapport de cause à effet existant entre l'affection vasculaire et les lésions cérébrales, s'est trouvé pleinement confirmé par l'autopsie. (*Journal de la section de médecine de la Société académique de Nantes*, 1861.) » Ces conclusions sont parfaitement justes, et le ramollissement cérébral qui a été constaté chez cet homme était certainement le résultat de l'altération de nutrition causée par les lésions multiples des artères encéphaliques. Nous ajouterons qu'en raison même de la cause de ce ramollissement il est permis d'admettre, malgré l'absence de détails anatomiques suffisants, qu'il s'agissait ici du ramollissement jaune de Rokitansky ; mais nous cherchons vainement dans l'exposé de ce fait les preuves d'une *embolie cérébrale*. Bien plus, l'état des capillaires cérébraux est un argument sans réplique contre l'hypothèse des *caillots migrateurs ;* puisque les vaisseaux encéphaliques étaient eux-mêmes athéromateux, il est infiniment probable qu'ils ne contenaient que des *caillots autochthones*. Un autre détail de l'autopsie vient démontrer cette manière de voir : les petits caillots anciens de l'artère cérébrale et de la muqueuse adhéraient aux parois artérielles et rétrécissaient le calibre de l'artère sans l'oblitérer ; ces caillots appartenaient donc au premier ordre des coagulations sanguines de Virchow, lesquelles n'ont rien à voir avec l'embolie. Enfin la description des lésions anatomiques présente des lacunes qui suffiraient à elles seules pour ruiner l'interprétation de l'auteur. Dans quel état se trouvaient les caillots de l'aorte et de la carotide primitive, et surtout dans quel état se trouvaient les extrémités périphériques ? quelles étaient leurs analogies ou leurs dissemblances avec les caillots cérébraux ? quels étaient les rapports d'âge et de coaptation de ces coagulations diverses ? Voilà tout autant de questions qui n'ont pas été résolues.

En résumé, l'observation de notre confrère de Nantes est un exemple aussi intéressant qu'instructif de ramollissement cérébral par lésion athéromateuse des artères encéphaliques ; mais elle ne peut être acceptée comme exemple d'embolie cérébrale. C'est parce que nous sommes intimement convaincu de la vérité et de l'importance de la théorie de Virchow que nous nous sommes décidé à cette critique. Ces faits, mal interprétés, justifient en apparence les objections qui ont été formulées contre la conception si féconde du professeur de Berlin, et il importe de faire remarquer que la doctrine du maître n'est nullement responsable des erreurs de ses adeptes. J.

**Cancer du pancréas,** par le docteur Meigs.

Obs. — Une femme de quarante-neuf ans entrait le 21 septembre dernier à Pensylvania-Hospital. Cuisinière de son état, cette femme avait toujours eu une santé excellente. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital, elle était affectée d'un ictère très intense, d'une coloration vert olive. Vomissements fréquents ; douleurs dans le dos ; sensibilité épigastrique. Abdomen légèrement distendu, surtout dans son tiers inférieur. Pas d'augmentation de volume du foie. L'urine est chargée de la matière colorante de la bile ; les selles sont décolorées, leur couleur est plus pâle encore que celle de l'argile. Constipation opiniâtre. *Bruit de souffle intense dans la région épigastrique, sur le trajet de l'aorte.* Répugnance invincible pour les aliments. Dans les derniers jours de la vie, assoupissement et délire. M. Meigs attribue ces symptômes à l'occlusion complète du conduit cholédoque.

*Autopsie.* — Infiltration du foie par la bile ; dilatation considérable des canaux biliaires et du conduit cholédoque. Le tissu hépatique est sain, ainsi que le duodénum. Le pancréas présente à l'œil nu et au microscope les lésions caractéristiques du cancer squirrheux. (*The Medical and Surgical Reporter*, 2 novembre 1861.)

En tant qu'exemple d'une affection rare, cette observation est déjà fort intéressante ; mais, en outre, elle apporte avec elle un véritable enseignement, en nous montrant que les deux signes prétendus caractéristiques des affections organiques du pancréas peuvent faire défaut tous les deux : nous voulons parler des selles huileuses (Bright, Rostock) et de la salivation continuelle (Bahn, Harless). L'absence de manifestations cancéreuses dans les autres organes mérite encore d'être notée. J.

**Pseudarthroses consécutives aux fractures traitées par la suture des os ;** par M. Cooper, de San-Francisco.

Lorsqu'une fracture ne s'est pas réunie et qu'une pseudarthrose s'est produite, il est presque toujours très difficile d'obtenir la consolidation, surtout si un assez longtemps s'est passé depuis l'instant de l'accident primitif. Sétons entre les fragments, frottements des extrémités osseuses l'une contre l'autre, résection même échouent souvent. M. Jordan, mettant à profit les recherches modernes sur le rôle physiologique du périoste, a essayé de détacher partiellement d'un des fragments un anneau périostique dont il vient coiffer l'extrémité du fragment opposé. Sommé (d'Anvers) modifia le séton de manière à en faire presqu'une ligature ; mais le fil métallique qu'il employa, autant qu'on peut comprendre la description qu'il donne de son procédé, ne faisait qu'entourer les os fracturés. Le Dr Cooper (de San-Francisco) a essayé, dans ces dernières années, la ligature directe des fragments. L'emploi de la griffe de M. Malgaigne pour les fractures de rotule, l'usage de la pointe dans les solutions de continuité obliques du tibia, ont prouvé depuis longtemps qu'un corps métallique peut rester un certain temps en contact avec les os sans déterminer leur nécrose ou leur ulcération partielles. La connaissance de ces faits, l'innocuité des sutures d'argent portées sur les parties molles, ont engagé M. Cooper à l'employer même sur les os.

Il s'en servit d'abord pour une double fracture non réunie du maxillaire inférieur, et le succès couronna sa tentative. L'*American Journal* publie un nouvel exemple de succès de ce moyen auquel

le même auteur eut recours dans un cas de pseudarthrose de l'humérus. L'observation mérite d'être rapportée.

Obs. — P. M..., âgé de trente-neuf ans, entra à *Pacific Clinical Infirmary* en juillet 1856, pour une pseudarthrose de la partie moyenne de l'humérus, datant de quatre ans. Le membre était un peu gonflé à ce niveau, mais non douloureux, même dans les mouvements, malgré une flexion considérable du bras.

Une incison de 4 pouces de long, conduisant sur l'os fut faite à la partie externe du membre. Une gouge servit à raviver les extrémités des fragments et les parties molles relevées les laissaient à découvert dans l'étendue de 1 pouce 1/2. Les extrémités furent alors perforées d'un trou d'une ligne de diamètre et un fil d'argent passé à travers les trous traversant les deux os. Les deux parties de l'humérus furent alors exactement rapprochées en tordant ensemble les extrémités des fils. Une pièce de *lint* imbibée d'une solution d'alcool au dixième fut placée entre les lèvres de la plaie pour empêcher sa réunion. Un bandage roulé entoura tout le membre, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'aisselle. Le pansement fut complété par l'addition d'une attelle coudée à angle droit au niveau du coude. L'appareil ne fut enlevé que le dixième jour et renouvelé ensuite de la même façon tous les trois jours.

Vers la troisième semaine on imprima quelques mouvements au fil métallique, qu'on enleva facilement la sixième semaine après qu'on l'eut détordu et coupé d'un côté près du nœud. On fit alors des applications iodées, et, quinze jours après, la guérison était complète.

Le malade reprit son métier de charpentier, et la guérison s'est parfaitement maintenue. (*Dublin Medical Press*, 1861, p. 63.)

— Ce procédé nous paraît mériter d'être répété. Si nos souvenirs ne nous trompent pas, la suture des os a été déjà employée dans un cas semblable par M. le professeur Laugier. Le succès, croyons-nous, n'a pas été tout à fait complet; mais M. Follin, par la suture métallique, a guéri un de ses malades. L'emploi des fils d'argent, quelques précautions dans la manière de placer les sutures contribueront peut-être à l'assurer et à faire rentrer cette opération dans le domaine de la chirurgie usuelle.

Mais M. Cooper nous paraît aller trop loin en employant ce procédé de suture directe des os dans les cas de fracture de rotule, quoique le succès ait, paraît-il, couronné ses tentatives, nous les blâmons formellement; car, lorsqu'il s'agit d'une pseudarthrose, affection devant laquelle la chirurgie se trouve souvent désarmée, une certaine hardiesse est autorisée; cette hardiesse devient de la témérité quand on court inutilement le risque de rendre dangereuse une lésion que l'on peut guérir par des moyens plus innocents ou moins dangereux. Voici le procédé, tel qu'il est employé et décrit par M. Cooper.

« Faites une incision longitudinale de longueur suffisante pour » *exposer* les fragments; percez leurs bords antérieurs avec une » vrille d'une ligne de diamètre, puis passez à travers les trous » un fil d'argent, et, par leur torsion, rapprochez l'une de l'autre » les parties séparées. »

Une réunion osseuse a, dit-il, toujours eu lieu. Nous voulons bien croire l'auteur sur parole, mais nous devons lui faire observer que mettre inutilement à découvert une fracture de rotule, et il est difficile qu'on le fasse sans ouvrir aussi l'articulation du genou, est un procédé qu'on ne peut que blâmer vivement, quel que soit le résultat, puisque la simple position, les appareils agissant sur la rotule, à travers la peau, ou directement comme la griffe de M. Malgaigne, suffisent à amener sans danger la réunion des fragments séparés.

---

## V

## VARIÉTÉS.

Un arrêté du directeur de l'administration générale de l'assistance publique, en date du 17 décembre 1861, approuvé par le préfet de la Seine, autorise les mutations suivantes dans le personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris :

*Services de médecine.* — Sont nommés : A l'Hôtel-Dieu, M. Vigla; à la Maison municipale de santé, M. Cazalis; à l'hospice de la Vieillesse (femmes), M. Charcot; à l'hôpital de la Pitié, M. Sée; à l'hôpital Beaujon, M. Lailler; à l'hôpital Saint-Antoine, M. Ch. Bernard; à l'hosp... Enfants assistés, M. Labric; à l'hôpital de la Charité, M. N. G... l'hôpital Necker, M. Lasègue; à l'hôpital Saint-Antoine, M. W... l'hospice de la Vieillesse (femmes), M. Vulpian.

*Services de chirurgie.* — Sont nommés : A l'Hôtel-Dieu, M. M... neuve; à l'hôpital de la Pitié, M. Gosselin; à l'hôpital Beaujon, M. V... Lavallée; à l'hôpital Necker, M. Desormeaux; à l'hôpital Cochin, M. ... Guérin.

— MM. Goupil, Mesnet et Triboulet, médecins du Bureau ... viennent d'être nommés, le premier à l'hôpital de Lourcine, le sec... la direction des nourrices, le troisième à l'hospice La Rochefoucauld.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est termin... par la nomination de :

1. MM. Anger (Benjamin), 1er prix (livres); 2. Cocteau, ... (livres); 3. Rigal, 1re mention honorable; 4. Damaschino, 2e ment... 5. Labéda; 6. Rochetou; 7. Robertet; 8. Decori; 9. Bergeron (George... 10. Flurin; 11. Thomas (Albert); 12. Bahuaud; 13. Gingeot; 14. Par... 15. Dodeuil; 16. Revilliod; 17. Lemoine; 18. Julliard; 19. Berger... (Henri); 20. Danthou; 21. Gougueheim.

22. Pelvet; 23. Caresme; 24. Brière; 25. Lehuen-Dubourg; 26. A...gros; 27. Hennequin; 28. Spiess; 29. Nicaise; 30. de Gaulejac... 31. Morax; 32. Lemottre; 33. Langronne; 34. Duguet; 35. La... 36. Legros; 37. Legroux; 38. Rondeau; 39. Contesse; 40. Cab... 41. Moureton; 42. Chaumel.

*Internes provisoires.* — 1. MM. Henry; 2. La Crousille; 3. Teyss...; 4. Da Corogna; 5. Thierry; 6. de Moutfumat; 7. Thévenot; 8. ...; 9. Liouville; 10. Odier; 11. Carle-Lacoste; 12. Barbeu-Dubourg; 13. Da...rain; 14. Dublanchet; 15. Besnier; 16. Burlaud; 17. *Déro*; 18. Dande-Lagrave; 19. Fontan; 20. Carrière; 21. Brunet; 22. Palle; 23. Dehol...; 24. Serrailler; 25. Saldivar; 26. Anger (Théophile); 27. Fumouze; 28. Legras; 29. Lolliot; 30. Féraud; 31. Leroy (Léandre).

M. Anger, premier élève nommé, a le prix des externes, consistant en des livres cette année; il aura, en outre, la *boîte à autopsie que M. Guérard*, en quittant les hôpitaux, a offerte pour *le plus distingué des élèves* du concours.

---

## VI

## BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

### Livres.

Note sur quelques points de l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre, par le docteur *Léon Le Fort*. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

Compendium der chirurgischen Operationslehre (Compendium des opérations chirurgicales), par *W. Linhart*. Vienne, Braumüller. 20 fr.

Die System der Medicin oder Versuch einer allgemeinen Darstellung der philosophischen sowie aller bekannten medicinischen System und nosologischen Classificationen (Le système de la médecine, ou essai d'une exposition générale des systèmes philosophiques, ainsi que de tous les systèmes connus de la médecine et des classifications nosologiques), par *N. Laux*. Grand in-8. Erlangen, Enke. 8 fr.

Handbuch der Lehre von den Knochenbruechen (Sur la fracture des os), par *E. Gurlt*. Première partie. Livraisons 1 et 2. Grand in-8. Berlin, Hirsch. 8 fr.

---

MM. les docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1861 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de *vingt-quatre francs*, payable le 31 *janvier* 1862.

A partir du 1er janvier prochain, le journal, à l'exception du Premier-Paris, sera imprimé en caractère nouveau, qui tout en étant plus lisible que le caractère actuel permettra de donner aux abonnés la même quantité de matière.

---

*Le Rédacteur en chef* : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# TABLE DES MATIÈRES.

## A


Abcès — de la région lombaire guéri par les injections et la médication iodées, 135. — du cerveau sans symptômes, 743. — profonds (mode d'ouverture des), 742. — rétro-pharyngien chez un enfant à la mamelle, 789. — des fosses iliaques (sur les), 845. — (emphysème spontané autour d'un), 402.

Abdomen transpercé complétement par un coup de baïonnette, 644.

Abeilles (effet du venin des), 82.

Absorption des médicaments (sur l'), 341.

Abyssinie (ténifuges employés en), 678.

Académie de chirurgie (documents tirés de l'ancienne), 617. — (archives de l'ancienne), 602.

Académie de médecine. — *Prix décernés* pour 1861, 822. — *Prix proposés* pour 1862, 844. — (séance annuelle de l'), 809.

*Académie des sciences.* — Prix décernés pour 1860, 221. — Prix proposés pour 1861, 1862, 1863, 1864 et 1866, 233.

Acalèphes (traitement de l'urtication par les), 211.

Agarion (variété de pustule maligne par piqûre d'un), 370.

Accouchement (position sur les genoux pour l'), 726. — rendu impossible par une adhérence de l'utérus avec l'ombilic, l'enfant ayant séjourné vingt-deux mois dans l'utérus, 632. — avec rétention du placenta (électricité dans l'), 598. — (hystérotomie vaginale pour une oblitération du col dans un cas d'), 514. — (nouveau signe du détachement du placenta après l'), 92. — forcé par la dilatation de l'utérus, *post mortem*, 266. — (statistiques relatives à l'), 296. — (hémorrhagie utérine mortelle pendant l'), 301.

Accoucheur (*Guide pratique de l'*), 710.

Acide phénique dans la désinfection, 171. — cyanhydrique (histoire médico-légale de l'), 690.

Aconit : son effet sur les lymphatiques du cœur, 252.

Aconitine (préparation et emploi de l'), 837. — (action physiologique de l'), 455.

Acrodynie sporadique (recherches sur l'), 535.

*Actæa ramosa* et *Actæa cimifuga*, contre les affections utérines, 212.

ADLER. Trachéotomie pour un corps étranger dans la bronche droite ; guérison, 46.

Agiosse de la graisse (accidents par l'), 554.

Air — comprimé (effets de l'), 71. — comprimé dans la construction des ponts (affections causées par l'), 18. — dans les veines après la saignée (innocuité de l'introduction de l'), 437. — marin, son influence sur la phthisie pulmonaire, 627. — respirable (organisation des navires sous le rapport de la quantité d'), 571.

Albinisme dans l'espèce humaine (cas singulier d'), 104.

Albumine colorée des globules veineux (moyen d'isoler l'), 481.

Albuminurie (pneumonie chronique avec), 470. — (nature névrotique de l'), 705. — (hydrothérapie contre l'), 564. — (sur la nature névrosique de l'), 845.

Albuminurique scarlatineuse (anasarque), 270.

Alcatrazas, son application à l'épuration et à l'aération de grandes masses d'eau, 564.

Alcool — contre la morsure de la vipère, 402. — comme abortif des fièvres intermittentes, 536. — et anesthésiques, leur effet sur l'organisme, 280.

Alger dans les affections chroniques de poitrine (climat d'), 341, 390.

Aliénation (classification des formes d'), 17-33.

Aliénés (colonisation des), 480. — (sur la colonisation des), 786. — du département de la Seine (la question du service des), 713, 745. — du département de la Seine (considérations sur l'ensemble du service des), 161, 193. — de la Seine traités à Bicêtre et à la Salpêtrière (rapport sur les), 521, 553. — héréditaire (condamnation pour outrage aux mœurs, d'un), 735, 768. — (tumeurs sanguines de l'oreille chez les), 69.

ALLARD. Essai sur l'arthritis des viscères et son traitement par les eaux minérales, 423.

Allumettes (prophylaxie de l'empoisonnement par le phosphore dans la fabrication des), 564.

Alun et ratanhia contre le diabète, 501.

Amaurose (électro-puncture contre l'), 72.

Ambulance (sur une voiture d'), 285.

AMMON (notice sur), 774.

Ammoniaque liquide (empoisonnement par l'), 753.

Amnios par le fœtus (déglutition des eaux de l'), 154.

Amputation — tibio-tarsienne d'après le procédé Pirogoff, 757. — (considération sur les), 56. — de Lisfranc, 91.

Amputés (hallucination du toucher particulier aux), 756.

Amygdalotome de M. Chassagny, 823.

Anasarque albuminurique scarlatineuse, 270.

Anatomiques (moyen de conservation des pièces), 611.

ANDERSON. Huile au carbonate de plomb contre l'érysipèle, 572.

Anesthésie — chirurgicale (influence de la sensibilité sur la circulation pendant l'), 103. — locale (nouveau moyen de produire l'), 822.

Anesthésiques (enquête sur les), 253. — (kérosolène, nouvel), 697) — et alcool, leur effet sur l'organisme, 280.

Anévrysme — de l'aorte (observation d'), 653. — de l'aorte ouvert dans le péricarde, 789. — artérioso-veineux de l'aisselle (sur l'), 76. — artérioso-veineux du coude (ligature de l'axillaire dans un cas d'), 374. — artérioso-veineux du pli du coude ; ligature de plusieurs artères ; mort, 255. — vrai partiel de l'aorte, ouvert dans la trachée, et coexistant avec un anévrysme faux mixte externe, 846. — fémoraux (guérison spontanée d'), 59, — poplité (cas remarquable d'), 707. — poplité (ligature de la fémorale pour un), 59. — faux poplité (compression digitale et ligature de la fémorale dans un cas d'), 139. — de l'artère poplitée (cas d'), 374. — consécutif à la piqûre d'une pastenague, 692.

Angine, son rôle dans les épidémies de scarlatine, 756. — couenneuse (amputation des amygdales dans l'), 722.

Ankyloses (sur le traitement des), 743. — (traitement des), 286. — incomplète du coude (guérison d'une), 317.

Annuaire des sciences médicales pour 1859, 159.

ANSIAUX (O.). Résection des articulations du membre inférieur, 707.

Anthelminthique (*kamala* comme), 636.

Anthrax (diabète survenu pendant le développement d'un), 782.

Anthropologie de Paris (compte rendu des Bulletins de la Société d'), 582.

Antimoniales (sur les éruptions), 299.

Anus (kyste séro-sanguin en arrière de l'anus, 36. — contre nature, son indication dans le cas de perforation intestinale, suite de hernie étranglée, 123, 129 ; 165. — contre nature, guéri par la méthode de la transformation inodulaire, 172. — contre nature, guéri par un procédé d'autoplastie, 469. — périnéal établi dans un cas d'ouverture du rectum dans le vagin, 726.

Aorte — ouverte dans la trachée (anévrysme de l'), 846. — ascendante ouverte dans le péricarde (anévrysme de l'), 789. — (observation d'anévrysme de l'), 753.

Apoplexie de l'un des pédoncules du cervelet, 57.

APPIAT. Traitement des tumeurs érectiles par les injections de perchlorure de fer, 551. — hypertrophie énorme du clitoris, 551.

ARAN (notice sur), 144.

ARCHAMBAULT. Intoxication saturnine chez les ouvriers travaillant à la contre-oxydation du fer, 691.

ARGILARGOS. Instrument pour la mensuration du staphylome, 533.

ARMAND. Sur la médecine des Chinois, 252. — sur le *Gin-sen* des Chinois, 22. — remèdes chinois contre la rage, 658.

ARNING. Contribution à l'histoire du sclérème des adultes, 691.

ARONSSHON. Du *kamala* comme anthelminthique, 636.

ARRACHARD. Origine épididymaire de certaines tumeurs des testicules, 612.

Arrachement du pouce, guérison, 50.

Arsenic (traitement des fièvres intermittentes par l'), 60. — contre l'hydrophobie, 171. — contre les fièvres intermittentes, 469.

Arsenicaux (traitement du rhumatisme noueux par les bains), 500, 516.

Arsénite de strychnine contre la morve, 427.

Art de vivre longtemps, 585.

ARTAUD. Avantage du drainage chirurgical, 524.

Artère — axillaire (anévrysme du coude ayant nécessité la ligature de l'), 374. — brachio-céphalique (ligature de l'), 612. — carotides (recherches sur la ligature des), 600. — carotides (statistique des ligatures des), 790. — coronaire (rupture du cœur, suite de l'oblitération de l'), 612. — de l'encéphale (effet de l'oblitération des, 790. — fémorale dans l'anévrysme poplité (ligature de l'), 59. — fémorale (anévrysme, faux poplité et ligature de l'), [illegible]. — iliaque primitive (statistique de 32 cas de ligature de l'), 77, — ossifiée (ligature d'une), 451. — poplitée (cas d'anévrysme de l'), 374. — poplitée (cas remarquable d'anévrysme de l'), 707. — vertébrale dans la carie de l'épine (mort par hémorrhagie de l'), 76.

Artérielles (température des membres servant à déterminer le siége des oblitérations), 707. — (gangrène par oblitération), 483.

Arthrite — dite sèche (hydarthrose dans l'), 483, 581. — des viscères (sur l'), 423.

Articulaires (opération des corps étrangers), 403.

Articulations — du membre inférieur (sur la résection des), 707. — radio-cubital inférieur (déplacement du ligament triangulaire de l'), 706.

*Arum maculatum* (empoisonnement par l'), 213.

*Arundo donax* (effets des émanations de l'), 698.

Ascite compliquant la grossesse (procédé de paracentèse dans l'), 77.

Asphyxie — par les émanations du gaz (appareil contre l'), 783. — par engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte, 339, 725. — d'une poule par des graines de chènevis dans le larynx, 843. — par le marc de raisin (moyen contre l'), 704.

Association générale de médecins (séance annuelle de l'), 711.

Asystolie due à la suffocation laryngée, 291.

Ataxie locomotrice progressive (cas d'), 660.

Atmosphère (cellules de pus dans l'), 572. — (corpuscules organisés dans l'), 388. — (*masque hygiénique* contre les poussières de l'), 388.

Atrésie des voies génitales chez la femme, 822.

Atrophie — congénitale du maxillaire inférieur, 62. — des nerfs hypoglosses (sur l'), 38.

Attentat aux mœurs (la médecine légale dans les questions d'), 305, 321.

ATTRAND. Pneumonie chronique avec néphrite albuminense, 470.

AUBERT. Anévrysme consécutif à la piqûre d'une pastenague, 692.

AUBRUN. Traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer, 77, 404.

Autoplastie — par transplantation pour la restauration du pénis, 535. — dans l'anus contre nature (procédé d'), 469.

Avant-bras chez une femme de soixante ans (fracture incomplète de l'), 255.

Aveugles (*cécirègle* pour faciliter l'écriture des), 703.

Axillaire pour un anévrysme artério-veineux du coude (ligature de l'), 255.

AZAM. Paralysie de la cinquième paire guérie par l'iodure de potassium, 318. — Résection du maxillaire inférieur pour un épithélioma, 389.


## B


Baccalauréat ès sciences (circulaire concernant le), 681.

BAILLET. Voy. FILHOL.
BAILLET et FILHOL. Influence de l'ivraie dans les farines, 490.
Bain de pied au point de vue médical, 821.
Bains sulfureux artificiels (formule pour les), 213.
BAIZEAU. Opération de palatoplastie, 550.
BALCH. Plaie non pénétrante du cœur; balle logée dans l'épaisseur de l'organe; guérison, 509.
BARALLIER. Effets physiologiques et thérapeutiques de l'huile essentielle de valériane, 13.
BARRIER. Traité pratique des maladies de l'enfance, 174, 205.
BARTH. Instruction pour l'étude des localités au point de vue de leur influence sur la phthisie, 704.
BARTHEZ. Sur la vaccination des nouveau-nés, 484.
BARTSCHER. Strangulation du fœtus par le cordon ombilical, 727.
BARUDEL. Sur l'acrodynie sporadique, 535.
BATTAILLE. Recherches sur la phonation, 265, 308, 380.
BAUCHET. Guérison d'une ankylose incomplète du coude, 317. — Curabilité de la glycosurie, 785. — Conduite à tenir en cas de perforation de l'anse dans la hernie étranglée, 123.
BAUDELOCQUE. Moyen de dissoudre les calculs urinaires, 504.
BAZIN. Leçons sur la scrofule, 375. — Leçon sur la pathologie cutanée, 558, 574.
BEAU. Mouvements du cœur et leur succession. 722. — Physiologie des mouvements du cœur, 258.
BEAUPERTHUY. Variété de pustule maligne par piqûre d'un acarien, 370.
Bec-de-lièvre (pertuis sur la lèvre inférieure dans un cas de), 389. — avec fissure nasale (nouveau procédé chéiloplastique pour l'opération d'un), 721. — (modification de l'opération du), 107. — opéré par le procédé de M. Henry, 150. — (pertuis sur la lèvre inférieure dans le cas de), 238.
BÉCHAMP et GAUTIER. Analyse de l'eau de Balaruc, 206.
BÉCLARD. Contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale, 340.
BÉHIER. Rapport sur des expériences de chromocrinie, 452. — Rapport sur la stupeur, 239.
BELHOMME. Rapport sur l'hypertrophie relative des hémisphères cérébraux dans l'épilepsie, 285.
Belladone comme antilaiteux, 557. — contre l'épilepsie, 535.
BELLUZZI. Hémorrhagie par grossesse extra-utérine, 788.
BENNETT (Hugues). Principes et pratiques de médecine, 27, 140.
BÉRAUD. Kyste congénital du cou chez un fœtus, 91. — Cas d'hydro-encéphalocèle, 309.
BERCHON. Un chapitre des lacunes, erreurs, etc., de la littérature médicale, 209, 225, 241.
BEREND. Difformités de la hanche, 324, 368. — Application de l'ostéotomie à l'orthopédie, 203.
BERGERON. Quelques considérations sur la rage, 824.
BERNADET. Luxation de l'extrémité supérieure du radius, 551.
BERNUTZ. Clinique sur les maladies des femmes, 189.
BERTHELOT. Sur la manne des Hébreux, 836. — Mannes du Sinaï et de Syrie, 658.
BERTILLON. Champignons comestibles et vénéneux, 249.
BERTSCH. Reproduction des images microscopiques par la photographie, 148.
*Besenna*. Voy. *Musenna*.
BEYRAN. Carie syphilitique du calcanéum, 467.
Bicêtre et Salpêtrière (rapport sur les aliénés de), 521, 537, 553.
BILLARD (de Corbigny). Moyen d'isoler l'albumine colorée des globules veineux, 481.
BILLOD. Marche de l'endémie pellagreuse à l'asile de Sainte-Gemmes, 821. — De la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie, 55. — Sur l'épilepsie larvée, 171.
BILLOD (E.). Visite à l'asile des idiots d'Earlswood; remarques sur le *no-restraint*, 409.
BINAUT. Opération césarienne *post mortem*, 243.
BLACHE. Traitement de l'hypertrophie des amygdales par les douches sulfureuses, 258, 267.
BLACHEZ. Mort subite dans l'épanchement pleurétique, 754.
BLACHEZ et LUYS. Méningite granuleuse présumée syphilitique, 198.
Blennorrhagie (injections de sublimé dans la), 780. — son traitement par les balsamiques et les injections au sous-nitrate de bismuth, 27.
BLEYNIE. Plaie pénétrante du genou; guérison par les irrigations, 238.
BLONDLOT. Recherche toxicologique du phosphore par la coloration de la flamme, 400.
BLOT. Dépression du crâne chez un nouveau-né, 157.
BOBIERRE. Influence de l'étamage sur la santé, 210.
BOBŒUF. Action thérapeutique des sols formés par l'acide phénique, 501.
BOINET. Vin iodé naturel, 835.
BOLTON et RUSSELL. Trachéotomie; ulcération de la trachée par la canule; hémorrhagie mortelle, 403.
BONIFACE. Fracture incomplète de l'avant-bras chez une femme de soixante ans, 255.
BONIFACE. Voy. MAZEL.
BONNAFONT. Traité des maladies de l'oreille, 13.
BONNET. Chloroforme dissous dans la glycérine pour l'usage interne, 210. — Observation d'opération césarienne *post mortem*, 35.
*Botanique médicale (Éléments de)*, 757.
BOUCHER (de la Ville-Jossy). Cas de coloration bistrée de la peau avec cachexie, 140.
BOUCHUT. Lois de la mortalité chez les enfants, 687. — Emmagasinement et salubrité des eaux de Paris, 415. — Sur la contagion nerveuse et l'imitation, 389.
BOUDET (Félix). Rapport sur les eaux potables de Paris, 637.
BOUDIN. De la rage au point de vue de l'hygiène publique, 740.
BOUILLAUD. Cas remarquable de mélanose, 91. — Rapport sur la diète respiratoire, 10.
BOURDIN. Mouvement de la population en France, 777.
BOURDON (Hippolyte). Cas de morve farcineuse chronique guérie, 401. — Cas d'ataxie locomotrice progressive, 660.
BOURGAREL (A.). Races de l'Océanie française, 9.
BOURGEOIS (d'Étampes). Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin, 40. — Opération césarienne *post mortem*, 244.
Bourgeons nerveux périphériques (existence de), 137.
BOURGUET (d'Aix). Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, 349, 350. — Opération des rétrécissements infranchissables de l'urèthre, 300, 315.
BOURGUIGNON. Sur la *malaria urbana*, 285.
BOUSQUET. Sur la doctrine des états organopathiques, 330. — Sur la nomenclature médicale, 169, 173.
*Bouton infantile* (du), 114.
Boutons d'Alep et de Biskra (étude comparative des), 341, 390.
BOUVIER. Analogie du pied des Chinoises avec le talus pied creux, 786. — Luxation du radius, 551.
BOWIE. Autoplastie pour la restauration du pénis, 535.
BOYER (Philippe). Trois opérations de kélotomie ombilicale, 754.
BOYS DE LOURY. Rapport sur le *Guide du diabétique*, 465.
BRIAU. Effets de la respiration de l'eau minérale pulvérisée, 214, 229, 284.
BRIERRE DE BOISMONT. Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, visions, etc., 617. — Colonisation des aliénés, 480.
BRIQUET. Sur le traitement des calculs hépatiques, 138.
Brise-pierre (nouveau), 433.
BROCA. Ligature d'une artère ossifiée, 451. — Asphyxie par un corps étranger dans l'œsophage, 788. — Détermination du siége des oblitérations artérielles par la température des membres, 707. — Gangrène par oblitération artérielle, 483. — Cas de kyste lacrymal, 238. — Sur l'emphysème traumatique spontané, 297. — Anévrysme de l'artère poplitée, 374. — Éloge de Lenoir, 25.
BROWN-SÉQUARD. Leçons de physiologie et de pathologie du système nerveux central, 613, 644. — Diagnostic et traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs, 613, 644, 692. — Sur la production de symptômes cérébraux à la suite de certaines lésions du nerf auditif, 56.
BROWNE. Calcul des fosses nasales, 644.
BRUCHON. Contagiosité de la phthisie, 733.
BRUNET. Hydrocéphalie chronique, acquise et idiopathique, 455.
BRYK. Ouverture du rectum dans le vagin; proctoplastie, 726.
BUCHNER et SIMON. Recherches de l'hématine en médecine légale, 491.
BUISSON. Appareil pour l'étude de la circulation, 771. — Moyen de rendre efficace la magnésie comme antidote du phosphore, 330.
*Bulletin bibliographique des sciences physiques, naturelles et médicales*, 271.
BURCQ. Nouvel appareil filtrant, 564. — Appareil pour l'épuration et l'aération des eaux potables, 771.
BURGUIÈRES. Sur le dragonneau, 628.
BUSSY. Rapport sur les eaux potables de Paris, 637.
BUTLER. Deux pulsations radiales pour un battement du cœur, 115.


# C


Calcanéum (carie syphilitique du), 467.
Calculs — ou fragments arrêtés dans l'urèthre (extraction du), 372. — hépatiques traitement des), 138. — biliaires rendus par le vomissement, 107. — urinaires (moyen de dissoudre les), 504.
Calcul — vésical chez les enfants (opération du), 286. — extrait de l'urèthre, 629. — des fosses nasales, 644.
GALLOCH. Cas d'embolie cérébrale, 847.
CANADAY. Nouveau remède contre les vomissements pendant la grossesse, 750.
Canal carotidien (mort par carie du), 467.
CANCELLA. Empoisonnement par l'*Arum maculatum*, 213.
Cancer — du pancréas, 847. — du poumon et de la plèvre, avec hémorrhagie dans la plèvre, 169, 186.
Cancéreuse — de la clavicule (tumeur), 580. — du rectum (ablation, par l'écraseur, d'une tumeur), 581, 586, 597. — du testicule (tumeur), 642.
Cancroïde dans les papilles du derme, 255.
Canitie rapide (sur la), 445. — (cas de), 714.
Canne de Provence. Voy. *Arundo*.
CANTON. Anévrysme de l'aorte ... 789.
Caoutchouc soufflé (étude hyg... l'industrie du), 724.
Carbonate de plomb contre l'érysipè... au), 572.
Cardiaque avec dilatation et insuffis... orifices gauches (cas de symphy...
Carie — du canal carotidien; mort, ... syphilitique du calcanéum, 467. — ... tébrale (mort par hémorrhagie ... vertébrale dans un cas de, 76.
CASTAIN. Élimination de l'iode p... urines, 836.
CASTANO. État sanitaire de l'établi... de Saigon, 433.
Cataracte capsulaire (*cas de*), 390. — ... sulaire secondaire (traitement ... 681, 688.
Cataracte diabétique (*de la*), 457.
Cataractes (statistique d'opérations de ...
Catarrhale (monographie de l'affe... 470.
Cathétérisme (accidents consécutifs ... 737.
CAVASSE. Fracture des cartilages du lar... 372. — Accidents produits par le ... contra, 370, 373. — Annuaire ... sciences médicales pour 1859, 1...
CAZAC. Sur les bains sulfureux artific... 213.
CAZALAS. — Maladies de l'armée d'... 301.
Cellules de pus dans l'atmosphère (ex... tence de), 572.
Cérébral (observation d'embolie ayant pr... duit un ramollissement), 847.
Cérébrale (absence de paralysie dans un ca... d'hémorrhagie), *674*. — (*incohérence* de la parole dans l'hémorrhagie), *676*. — (*affection de l'oreille simulant une affection*), *18, 24, 56*.
Cérébrales (hérédité des affections), *676*. — (sur l'indépendance respective des fonctions), 252. — (influence de l'atmosphère des cafés sur les maladies), 37.
Cérébraux sans symptômes (vastes abcès ... 743.
Cérébro-rachidien (structure du système ... 436.
CERISE. Cas d'opération césarienne *post mortem*, 242.
Cerveau dans l'épilepsie (hypertrophie relative des hémisphères du), *279, 285*.
Cervelet (compression du confluent des sinus par des tubercules du), 561.
CHABERT. Emphysème traumatique de la ... 402.
Champignons vénéneux (caractères différentiels des champignons comestibles et des), 201, 249. — vénéneux (caractères propres à distinguer les champignons comestibles des), 180.
Charbon externe (traité des deux formes de), 46.
CHARCOT. Sur la canitie rapide, 445. — Documents contenant l'historique des gangrènes diabétiques, 530.
CHARCOT et VULPIAN. Sur la paralysie agitante, 765, 816.
CHARRIER. Fauteuil contre le mal de mer 522.
CHARRIÈRE. Nouveau spéculum à quatre valves, 565. — Nouvelle seringue à injections hypodermiques et à injection des conduits lacrymaux, 515.
CHARRIÈRE. Traitement des névralgies ... rhumatismes par la pommade au chlorure d'or et de sodium, 688
CHASSAGNY. *Forceps à traction soutenue à pression progressive*, 138, 149, 3... — Uréthrotome, 356. — Nouvel amygdalotome, 723.
CHASSAIGNAC. Sur l'incontinence ap... l'ablation de l'extrémité inférieure ... rectum, 628. — Étranglement de ... verge par une virole, 238. — Tumeur papillaire du voile du palais, 330. — Opération des corps étrangers articulaires, 402. — Fracture en V de ...

238. — Fracture du sternum, 238. — *Traité d'opérations chirurgicales ou de thérapeutique chirurgicale*, 405. — *Traité de suppuration et de drainage chirurgical*, 405.

Chatel. Danger des pommes de terre germées, 362.

Chausit. Douleur dans le sens au point de vue thérapeutique, 642.

Chauveau. Phénomènes produits par l'excitation de la *surface* de la moelle chez le cheval, 104. — Détermination du mode d'action de la moelle sur l'iris, 658.

Chauveau et Marey. Détermination des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules, 673.

Chemins de fer sur la santé publique (influence des), 642.

Chereau. Opération césarienne *post mortem*, 244.

Chevillon. Moyen d'approvisionner Paris d'eau potable, 481.

Chinois (médecine des), 252. — (sur le *Gin-sen* des), 22.

*Chirurgie théorique et pratique* (tomes I et II du *système de*), 827.

*Chloracétisation*, ou nouveau moyen de produire l'anesthésie locale, 822.

Chloroforme dissous dans la glycérine pour l'usage interne, 210.

Chlorure d'or et de sodium (traitement des névralgies et rhumatismes par la pommade au), 688.

Choléra en Afrique (causes du), 137.

Choléra-morbus (remède contre le), 450. — (sur le), 120.

Chomel (éloge de), 809.

Chorée traitée par le tartre stibié, 204.

Chromate de potasse (effets toxiques du bi-), 556.

Chrome (effets toxiques des sels de), 556.

Chromhidrose. Voy. *Chromocrinie*.

Chromocrinie (sur la), 348, 356, 364, 372, 377, 386, 388, 419, 444, 452, 457, 508, 524, 660. — (expériences sur la), 452, 459.

Circulation (appareil pour l'étude des phénomènes de la), 771. — utéro-placentaire (sur la), 72. — du sang dans la tête et les membres, 401. — pendant l'anesthésie chirurgicale (influence de la sensibilité sur la), 103.

Citernes (comparaison des eaux de puits avec celles de), 171.

Citrouille (ténia expulsé par les semences de), 313, 337. — contre le ténia (graine de), 211.

Civiale. Résultats cliniques de la lithotritie en 1860, 88.

Clavel. Races humaines et leur part dans la civilisation, 415.

Clavicule (tumeur cancéreuse de la), 580.

Clay (John). Nouveau signe de détachement du placenta après l'accouchement, 92.

*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 358.

Clitoris (hypertrophie énorme du), 551.

Cloquet (J.). Sur les races de l'Océanie française, 284.

Closmadeuc. Mort causée par un corps étranger dans le rectum, 317.

Coaltar (décomposition des matières organiques par le), 501.

Cœur (de l'origine des maladies du), 57. — (effets de l'aconit sur les lymphatiques du), 252. — (suffocation laryngée produisant l'asystolie du), 291. — (physiologie des mouvements du), 258. — (valeur de la digitale contre les affections du), 188. — (sur les lymphatiques du), 89. — (guérison d'une plaie avec balle logée dans l'épaisseur du), 509. — (lois de la fréquence des battements du), 480. — chez un enfant (anomalie du), 238. — (succession des mouvements du), 722. — (vice de conformation du), 660. — (oblitération de l'artère coronaire et rupture du), 612. — (recherches sur les mouvements du), 609. — (action de différents poisons sur le), 578. — (détermination des rapports des mouvements des oreillettes et des ventricules avec le choc du), 673.

Cohn. Clinique des affections emboliques du système vasculaire, 62.

Coindé. Cas singulier d'albinisme, 104.

Colchique comme diurétique (études sur le), 636.

Colin. De la tuberculisation aiguë sous-séreuse, 86. — Valeur de la respiration saccadée, 107. — Tubercules du cervelet; compression du confluent des sinus, 561. — Production du sucre chez les animaux à foie gras, 266. — Sensibilité des ganglions et filets du grand sympathique, 335. — États des cellules du foie dans leurs rapports avec l'activité de la glycogénie, 821. — Linguatule des ganglions mésentériques du mouton se transformant, dans le nez du chien, en pentastome ténioïde), 432.

Colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du fer, 549, 659. — des pays chauds (influence du plomb sur le développement de la), 94.

Collin (E.). Du goître aigu dans la garnison de Briançon en 1860, 708.

Collin. Voy. Robert.

Collineau. Sur les abcès des fosses iliaques, 845.

Colson (de Noyon). Extraction d'un corps étranger du genou, 59. — Opération d'un corps étranger du genou, 419.

Combetti. Organisation des navires sous le rapport de la quantité d'air respirable, 571. — Organisation des navires sous le rapport de l'alimentation, 746.

Concours appliqué aux chefs de clinique, 1.

Congestion — apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie, 40, 49, 55, 58, 65, 68, 72, 73, 81, 89, 98, 105, 113, 121, 135, 145, 155, 162, 172. — cérébrale (état nerveux attribué à tort à la), 89. — cérébrale apoplectiforme observée par un médecin sur lui-même, 153.

Conservation des pièces anatomiques, 611.

Constitution médicale régnante, 678, 691.

Contagion nerveuse (sur la), 389.

Contagiosité de la phthisie, 733.

Contractiles (recherches sur les tissus), 722.

Contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale, 346.

Contracture — particulière des extrémités supérieures, 299. — spasmodique de la face guérie par le curare, 318.

Convulsions dans un orphelinat, 288.

Cooper (E.) Traitement des fractures de la rotule, 517. — Pseudarthroses consécutives aux fractures traitées par la suture des os, 847. — Ligature du tronc brachio-céphalique, 612.

Coote (Holmes). Étiologie et traitement du talus congénital, 114.

Cordon ombilical (strangulation du fœtus par le), 727.

Cornaz. Amputation tibio-tarsienne d'après le procédé Pirogoff, 757.

Cornée (absorption des médicaments par la), 372.

Cornouiller (traitement des vomissements pendant la grossesse par l'écorce de), 756.

Corps — étrangers articulaires (opération des), 403. — étrangers du genou (recherches statistiques sur l'extraction des), 338. — étranger du genou (extraction d'un), 59. — étranger du genou (opération d'un), 419. — étranger dans l'œsophage (asphyxie par un), 788. — étrangers dans l'œsophage (traitement des), 628. — étrangers dans l'œsophage (œsophagotomie pour des), 700. — étranger dans la bronche droite; trachéotomie; guérison, 46. — étrangers dans le rectum (histoire de deux), 109. — étranger dans le rectum (mort causée par un), 317. — étrangers introduits dans l'urèthre et dans la vessie (extraction des), 726. — fibreux de l'utérus et des ovaires (développement des glandes utérines dans les), 62.

Corvisart (Lucien). Des sécrétions en général; de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité du pancréas, 397, 460, 492.

Cosmétiques au point de vue de l'hygiène et de la police médicale, 336.

Cossy. Hypertrophie des ganglions lymphatiques sans leucémie, 825.

Costello. Sur un instrument lithotriteur imaginé en 1832, 

Costilhes. Énormes anneaux de *Tænia solium*, 845. — Hystérotomie vaginale pour une oblitération du col chez une femme en couches, 514.

Cotonnier (propriété emménagogue de la racine de), 635.

Coude (anévrysme artérioso-veineux du), 374. — (cas obscur de luxation du), 91. — (guérison d'une ankylose incomplète du), 317. — en arrière et en dedans (luxations du), 580.

Coulon. Des fractures chez les enfants, 608. — *Traité des fractures chez les enfants*, 552. — Kyste séro-sanguin du siége, 36. — Considérations sur les scrofules, 375.

Coup de baïonnette ayant transpercé l'abdomen, 644. — de feu; extraction de la balle; oblitération partielle de l'ouverture osseuse par la peau renversée, 120.

*Coup de soleil* (sur la maladie dite), 77.

Courbon. Observations topographiques et médicales dans un voyage à l'isthme de Suez, 678. — *Musenna* comme vermifuge, 185.

Coxalgie (insensibilité et extension dans la), 757.

Crâne chez un nouveau-né (dépression du), 157. — chez un nouveau-né (fracture du), 91.

Crème de lait substituée à l'huile de foie de morue, 836.

Créosote (emploi des gargarismes), 77.

Créquy. Observations de corps étrangers dans l'œsophage; œsophagotomie, 700.

Crimée (maladies de la flotte et de l'armée de terre pendant la guerre de), 301.

Crisanto Zuradelli. Contracture particulière des extrémités supérieures, 299.

Cristallin (luxation spontanée du), 157.

Cristallinien (mouvements de décentration latérale de l'appareil), 171.

Cros. Nouveau plessimètre, 315.

Croup (statistique du), 804. — (quatre cas de trachéotomie dans le), 93.

Cryptorchidie double avec hernie étranglée, 3.

Cubitus (ankylose suite de fracture de la trochlée du), 267.

Cuivre chez les horlogers (absorption des molécules de), 536.

Cullerier. Sur l'ulcère de Mozambique, 43.

Curare du Brésil, 443.

Curie. Action du *Drosera*, 595.

Cuzent. *O'Taïti*, 438.

Cysticerques de ténias chez l'homme, 182, 216, 263, 328.

Czermak. Photographie appliquée à la laryngoscopie et à la rhinoscopie, 783.


# D


Dally. État présent des doctrines médicales, 585.

Dancel. Diminution des boissons pour combattre l'obésité, 783.

Dangaix. *Maladies du sommeil*, 572.

Dareste (Ch.). De la production artificielle des monstruosités, 548.

Dauvé. Généralisation d'un enchondrome du testicule, 418. — Traitement de la blennorrhagie par les balsamiques à faible dose et les injections au sous-nitrate de bismuth, 27.

Debrou. Cas de cryptorchidie double avec hernie étranglée, 3.

Dechambre (A). Consultation sur un cas de gastro-entéralgie avec glycosurie passagère, 270. — Congestion cérébrale foudroyante donnant lieu à l'hémiplégie, 68. — Expériences sur la chromocrinie, 354. 459. — La question du service des aliénés du département de la Seine, 713, 745. — Complément de la discussion académique sur la morve *ébauchée*, 718, 729, 761, 832. — Constitution érysipélateuse à Paris, 473.

Decharme. Sur la combustion de l'opium, 659.

Décoction blanche de Sydenham (préparation de la), 637.

Decondé. Indications dans certaines ophthalmies, 255.

Dégénérescence de l'espèce humaine (sur la), 120.

Déglutition (laryngoscope révélant les phénomènes de la), 154.

Dégranges et Lafargues. Respiration du nouveau-né sans pénétration de l'air dans les poumons; cas de médecine légale, 507.

Deguise. Extraction d'un polype naso-pharyngien, 140.

Delasiauve. Paralysie générale sans aliénation, 726. — Névralgie de la tempe et perte de la vision d'un côté, chez un épileptique, 436. — Des classifications mentales, 17, 33.

Delioux de Savignac. Principes de la doctrine et de la méthode en médecine, 358. — Emploi thérapeutique de l'encens, 403.

*Delirium tremens* (digitale contre le), 93.

Delpech. Étude hygiénique de l'industrie du caoutchouc soufflé, 724

Delvaille. Notice sur Geoffroy Saint-Hilaire (Isidore), 743.

Demarquay. Sur les résections sous-périostées, 56. — Collection séreuse du petit bassin liée à une métro-péritonite, 533. — Sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires, 627. — Ablation d'os nécrosés, conservation du périoste; régénération osseuse, 688.

Demeaux. Traitement du diabète par l'alun et l'extrait de ratanhia, 501. — Sur le coaltar, 501. — Régénération des os de la face par la muqueuse périostique, 821.

Denis (de Commercy). Note sur la plasmine, 414.

Depaul. Fracture du crâne chez un nouveau-né, 91. — Anomalie de la lèvre inférieure dans le bec-de-lièvre, 389. — Opération du bec-de-lièvre, 156. — Cas d'hydrocéphalie, 788.

Désarticulation tibio-tarsienne (résultats d'un), 452.

Descroizilles. Cancer du poumon et de la plèvre, hémorrhagie dans la plèvre; mort, 169.

Désinfection (acide phénique dans la), 171.

Desmarres fils. Porte-ophthalmoscope, 296.

Désormeaux. Topique à la glycérine et à l'amidon, 390. — Tumeur de la voûte palatine, 581.

Devergie. Discours sur l'opération césarienne *post mortem*, 244. — Rapport sur l'opération césarienne *post mortem*, 58, 82, 89.

Deville. Influence de la trépidation des machines à coudre, 642.

Diabète sucré (curabilité du), 785. — survenu pendant le développement d'un anthrax, 782. — (électricité contre certains symptômes du), 595. — (pathologie et thérapeutique du), 595. — (glycométrie dans le), 2. — avec lésion du quatrième ventricule (cas de), 715.

Diabétique (de la cataracte), 457. — (*Guide du*), 465. — (sur l'amblyopie), 717, 749. — (sur la gangrène), 786. — (remarques historiques sur la gangrène, 524, 539, 714.
Diabétique (gangrène), 349.
Diaphragme, (influence du pneumogastrique et du laryngé supérieur sur les mouvements du), 266.
DIDAY. Doctrine générale de la syphilis, 393. — Sur la transmission de la syphilis par la vaccination, 60.
Diète respiratoire (rapport sur la), 10.
Difformités de la hanche, 324, 368.
Digestion gastrique; son influence sur l'activité fonctionnelle du pancréas, 397, 460, 492. — (crises de vomissements et troubles de l'assimilation, suite de névrose de la), 12.
Digitale — contre les affections du cœur (valeur de la), 188. — contre le *delirium tremens*, 93. — son action sur le cœur, 578. — (sur les produits extractifs de la), 339.
Dilatateur anal, 155.
Diphthérite (perchlorure de fer contre la), 404.
Diphthérite chez une poule, 501.
Diphthérite en Portugal (notes sur la), 102.
Diphthérite — et paralysie consécutive dans les Œuvres d'Hippocrate, 361. — (sur les paralysies suite de), 25, 43 — perchlorure de fer contre la), 77.
Diphthéritique dans Hippocrate (paralysie), 378.
Diphthéritique (recherches sur la paralysie), 60, 379, 804.
Diurétique (colchique commun), 636.
*Doctrine et méthode en médecine*, 358.
Doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences, 585.
DOLBEAU. Hydarthrose dans l'arthrite dite sèche, 483. — De l'épispadias et de son traitement, 709.
DORNSEIFF. Position sur les genoux pour l'accouchement, 726.
Dragonneau (sur le), 728.
Drainage chirurgical (avantages du), 524.
Drastiques (paralysies produites par les), 300.
*Drosera* (action du),
DRUPPER (Harry Nappier). *Actea* contre les affections utérines, 212. — Eau de laurier-cerise artificielle, 2.
DUBOIS. De la névralgie traumatique, 67.
DUCHENNE (de Boulogne). Paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, 45, 181. — Nouveau cas de paralysie musculaire progressive, 434.
DUCHENNE (L.). Hypertrophie relative des hémisphères cérébraux dans l'épilepsie, 279, 285.
DUCHESNE. Cas de main bot avec absence du pouce, 402. — Colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du fer, 549, 659.
DUCKWORTH. Action physiologique de l'aconitine, 455.
DUJARDIN (obsèques de), 503.
DUMÉNIL. Sur la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, 38.
DUMÉRIL (éloge de), 745.
DUMONT (de Monteux). Testament médical, 482.
DUPARCQUE. Cure du petit-lait. Appareil pour faciliter le sommeil des voyageurs en chemin de fer, 845. — Rapport sur l'emploi des semences de citrouille contre le ténia, 337. — Accouchement forcé par la dilatation de l'utérus, *post mortem*, 266.
DUPRAZ. Étude sur les eaux d'Évian, d'Amphion et de la Grande-Rive, 422.
DURAND-FARDEL, LE BRET et LEFORT. *Dictionnaire général des eaux minérales*, 158.
DUROY. Voy. LALLEMAND.
DUTROULAU. *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, 485.
DUVAL. De la conservation des membres après des fractures comminutives, 56. — Cas de chromocrinie, 886.
DUVIGNAU. *Cécirègle* pour faciliter l'écriture des aveugles, 703.
DYBKOWSKI et PÉLIKAN. Action de divers poisons sur le cœur, 578.
Dynamomètre (nouveau), 784.


# E


Eau de laurier-cerise artificielle, 2.
Eau — minérale pulvérisée (effets de la respiration de l'), 214, 221, 229, 256, 281, 284. — minérales ou médicamenteuses (pulvérisation des), 617, 626, 627, 659, 822. — utilité de leur emploi en toutes saisons, 95. — (*Dictionnaire général des*), 158. — de Béville, 40; Thieux, 89, Soulzmatt, 155; Casoul, 155; Reyrieux, 155. — minérales de Contrexéville, 285; Saint-Yorre, 267; Balaruc, 290; Sermaize, 336; Mont-Dore, 400; Niederbronn, 421; Bourbon-l'Archambault, 422; Évian, 422; La Malou, 422 et 820; de l'Isère et des Alpes dauphinoises, 423; Mont-Dore, 423; Ems, 423; Royat, 423; Plombières, 423 et 843; Aix, 422; Bou-Chater, 463; Vals, 504; Bagnères de-Luchon, 772; Évian, 784. — de Paris (sur l'emmagasinement et la salubrité des), 415. — potables de Paris (rapport sur les), 637. — potables (appareil pour l'épuration et l'aération des), 771. — potables (sur les), 171. — potable (moyen d'approvisionner Paris d'), 481. — potable (application de l'alcarrazas à l'épuration et à l'aération de grandes masses d'), 564. — publiques dans les habitations (nécessité d'introduire les), 72. — sulfureuse artificielle (formule d'une), 213. — sulfureuses (traitement de l'hypertrophie des amygdales par les douches d'), 258, 267.
*Écarteur des joues*, 688.
Éclampsie puerpérale guérie par l'injection hypodermique de chlorhydrate de morphine, 380.
Ectropion du museau de tanche, 404.
EDWARDS (H.). Tumeur pilifère de la sclérotique et de la cornée, 94.
EDWARDS (MILNE). Voy. MILNE EDWARDS.
EDWIN. Voy. MILES.
Égophonie dans la pleurésie (valeur de l'), 723.
EHRMANN. Effets produits sur l'encéphale par l'oblitération de ses artères : statistique des ligatures des carotides, 790.
EISELD. Cellules de pus dans l'atmosphère, 572.
Électricité (traitement des maladies chroniques par l'), 450. — (torticolis spasmodique guéri par l'), 467. — contre certains symptômes du diabète, 595. — (paralysie suite de coup de foudre guérie par l'), 362. — (mode de propagation de l'), 346. — contre la rétention du placenta, 598. — (action des courants continus et des courants intermittents d'), 296. — de la décharge de la torpille recueillie dans un appareil de physique, 625.
Électriques (commotion produite par les courants), 388. — (différence d'action des pôles dans les courants), 335.
Électro-médical (nouvel appareil), 821.
Électromoteur secondaire des nerfs (pouvoir), 120.
Électro-physiologie (leçons sur l'), 335.
Électropuncture contre l'amaurose, 72.
Électrotome (application du principe des polarités secondaires des nerfs à l'explication des phénomènes de l'électrotome, 625.
Éléphantiasis de la vulve (cas d'), 269. — de la vulve, 203.
Ellébore blanc (empoisonnement par l'), 499. — vert, son action sur le cœur, 578.
ELLIS (Richard). Cas de canitie rapide, 714.
Embolie cérébrale (observation d'), 847.
Emboliques du symptôme vasculaire (clinique des affections), 62.
Emménagogue (racine du cotonnier comme), 635.
Emphysème — traumatique du foie, 402. — traumatique spontané (sur l'), 338, 318, 373. — spontané autour d'un abcès, 402. — traumatique spontané (sur l'), 297. — pulmonaire chez les nouveau-nés, 107.
Empoisonnement par le varaire, 499. — par l'*Arum maculatum*, 213. — par l'alimentation avec certains poissons, 229. — par des vapeurs mercurielles, 726. — par le *Phytolacca decandra*, 698. — par le *Solanum pseudo-capsicum*, 697. — par l'ammoniaque liquide, 753.
Encens (emploi thérapeutique de l'), 403.
Encéphale (effet de l'oblitération des artères intra-crâniennes sur l'), 790.
Encéphalocèle (cas d'hydro-), 299.
Enchondrome — du testicule (généralisation d'un), 418. — du testicule, 43. — du pied, 786.
*Enfance (Traité pratique des maladies de l')*, 174, 205.
Enfants (larves d'œstrides sous la peau des), 555. — (lois de la mortalité chez les), 687. — opération du calcul vésical chez les), 286. — (*Traité des fractures chez les*), 552. — (fractures chez les), 608.
Épilepsie (hypertrophie relative des hémisphères cérébraux dans l'), 279, 285. — (congestion cérébrale, apoplectiforme dans ses rapports avec l'), 40, 49, 55. 58, 65, 68, 72, 73, 81, 89, 98, 105, 113, 121, 135, 145, 153, 155, 162, 172. — larvée (sur l'), 171. — (belladone contre l'), 535.
Épileptique (névralgie de la tempe et perte de la vision d'un côté chez un), 436. — (impulsions involontaires des), 145. 153.
Épispadias et son traitement (sur l'), 709.
Ergot de blé (emploi thérapeutique de l'), 441.
Éruption cutanée produite par les fourmis, 482.
Érysipèle — épidémique à Paris, 473. — (huile au carbonate de plomb contre l'), 572.
Espèce humaine (sur la dégénérescence de l'), 120.
Estomac (infiltration purulente des parois de l'), 511, 525. — dans la tympanite aiguë (paracentèse de l'), 437. — cas de hernie de l'), 402.
Étamage, son influence sur la santé, 210.
Éther sulfurique dans un cas de fracture de l'os iliaque (mort pendant l'inhalation de l'), 223.
Euphorbe contre la piqûre des vipères, 115.
Euphorbiacées (effet purgatif des graines d'), 2.
Exanthème cutané déterminé par la rue, 720. — produit par les fourmis, 482. — antimoniaux (sur les), 299.
Exostose sous-unguéale du gros orteil (opération d'une), 418. — sous-unguéale (opération et guérison d'une), 545.
*Extraits* (recherches sur divers), 363. — (cristallisation des), 838.


# F


Faculté de médecine (séance de rentrée de la), 745.
FALOT. Rôle de l'angine dans la scarlatine épidémique, 756.
Famine (obstruction du rectum par la pomme de terre et le maïs, dans les temps de), 93.
FANO. Instrument pour l'injection des conduits lacrymaux, 115.
FANTINI. Injection de sublimé da[illegible] blennorrhagie, 789.
Farines (influence de l'ivraie dans [illegible] 490.
FARRE. Hématémèse supplémentaire [illegible]
FAUCONNEAU-DUFRESNE. *Guide du [illegible]tique*, 465.
Fausses membranes (réactions chim[illegible] des), 72, 57.
FAUVEL. De la rage et de la peste [illegible] Orient, 725.
FAVROT. Gangrène du pied chez un [illegible]tique, 349.
FÉE. De la longévité humaine à propos [illegible] l'ouvrage de M. Flourens, 649.
Femmes (clinique sur les maladies de[illegible] 189.
Fémur (conservation immédiate des os[illegible] du membre dans la luxation sous-[illegible]bienne du), 136.
FENNER. Trachéotomie dans quatre cas [illegible] croup, 93.
Fer (intoxication saturnine chez les ouvriers travaillant à la contre oxydation du) 691 — (colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du), 659.
Fermentations — produites par des infusoires vivant sans oxygène libre, 154, 164. — alcoolique (nature et genèse de la levûre dans la), 136. — (nouvelles expériences sur les), 415.
FERNANDEZ. Du gaïac contre le rhumatisme, 83.
FERRUS (notice sur), 205.
Fibrine (expériences sur la coagulation de la), 783.
FIEBER. Électropuncture contre l'amaurose, 72.
FIÉVET. Sur le choléra-morbus et sur la dégénérescence de l'espèce humaine, *120*.
Fièvres — en Afrique (cause des), *137*. — gastrique et bilieuse (sur la), *187*. — intermittentes (arsenic contre les), 60. — intermittentes (alcool comme abortif des), 530. — intermittentes (tannin contre les), 834. — intermittentes (arsénic contre les), 469. — intermittente (valériane contre la), 557. — intermittentes à Paris (sur certaines conditions étiologiques des), 435. — intermittentes (influence des eaux de la Durance sur le développement des), 490. — jaune à Saint-Nazaire (la), 584, 647, 674, 731, 759. — jaunes (battement de l'artère cœliaque, refroidissement cadavérique dans les), 625. — pernicieuse (cas présumé de), 641. — puerpérale (sur la), 254. — typhoïde (altération du système musculaire dans la), 296. — typhoïde (gangrène des membres dans la), 349 350, 682. — typhoïde (sur les altérations de l'ouïe dans la), 838.
FILHOL. Voy. BAILLET.
FILHOL et BAILLET. Expériences sur l'[illegible]tion de l'ivraie, 340.
FINCO (C). Traitement de la sciatique par la cautérisation de l'oreille, 61.
FISCHER. De la luxation spontanée du cristallin, 157. — Exostose sous-unguéale, opération et guérison, 545.
Fistule — à l'anus, opérée par l'écrasement linéaire, 741. — vésico-vaginales par le procédé américain (opération de), 467 483. — vésico-vaginale (opération d'une), 643. — vésico-vaginale opérée par le procédé de M. Sims, 747.
Flore des environs de Gisors, 450.
FLOURENS. Indépendance respective des fonctions cérébrales, 252. — Coloration des os du fœtus par le régime de la mère, 22, 34. — Ontologie naturelle 535. — Mode de développement des os longs, 83, 103.
Fœtale (sur la circulation), 388.
Fœtus (déglutition des eaux de l'amnios [illegible] le), 154. — (respiration et nutrition [illegible] 69. — (sur la nutrition du), 22, 34. — (nutrition et circulation du), 104.
Foie (sur les suppurations endémiques d[illegible]

341. — (emphysème traumatique du), 402. — (rapport de l'activité de la glycogénie avec les états des cellules du), 821.
Folie (lettres sur la), 441. — lucide au point de vue de la famille et de la société, 441.
**Follin.** Cancroïde dans les papilles du derme, 255. — Guérison spontanée d'anévrysmes fémoraux, 59. — Observation de tissu dermoïde développé dans l'intérieur de l'œil, 106. — *Traité élémentaire de pathologie externe*, 598.
**Follin** et **Janssen.** Note sur l'ophthalmoscope, 284.
**Fonssagrives.** Hygiène alimentaire des malades, convalescents et valétudinaires, 806. — Crème de lait substituée à l'huile de foie de morue, 836. — Asphyxie par engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte, 339.
**Fontan.** Observation de fractures multiples, 267.
Forceps — à tractions continues, 138, 146, 349, 356, — brise-pierre pour la taille pré-rectale, 401.
**Forget.** *Principes de thérapeutique générale et spéciale*, 116, 230.
**Foucher.** Sur le traitement des ankyloses, 286. — Fistules vésico-vaginales opérées par le procédé américain, 483. — Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre et dans la vessie, 726.
**Foucher** (Oct). Hémorrhagie cérébrale avec absence de paralysie, 674.
Foudre (guérison par l'électricité d'une paralysie suite d'un coup de), 362.
Fourmis (éruption produite par les), 482.
**Fournié.** Appareil pour la pulvérisation des liquides, 481. — Pénétration des corps pulvérulents volatils dans les voies respiratoires, 626.
**Fournié.** De la *chloracétisation*, 822.
**Fournier** (E). Ténifuges de l'Abyssinie, 678.
**Fox** (Tilbury). *Étude sur la phlegmatia alba dolens*, 653, 684.
Fractures — chez les enfants, 608. — double du maxillaire inférieur (traitement d'une), 140. — incomplète de l'avant-bras chez une femme de soixante ans, 255. — du crâne chez un nouveau-né, 91. — — *chez les enfants* (*Traité des*), 552. — comminutives (conservation des membres après des), 56. — indirectes de l'extrémité inférieure du radius (sur les), 223. — de l'olécrâne non consolidée, 452. — multiples (observation de), 267, — de la rotule (traitement des), 517. — du sternum (cas de), 238. — des cartilages du larynx, 372. — en V du tibia, 238. — de la trochlée (ankylose suite de la), 267. — traitées par la suture des os (pseudarthroses consécutives aux), 847.
**François.** Accidents causés par des larves de diptères dans les intestins, 836.
**François** (J.). Sur les eaux de la Malou, 320.
**Franque.** Éclampsie puerpérale guérie par l'injection hypodermique d'hydrochlorate de morphine, 380.
**Friedberg.** Résultats de la lésion de certaines portions des centres nerveux, 609
**Fritz** (E.). Asystolie due à la suffocation laryngée, 291.
**Fronmuller.** Du hachisch comme narcotique, 556.
**Fuster.** Monographie de l'affection catarrhale, 470.
**Fuzier.** Déformation des pieds des Chinoises, 755.

## G

**Gachet.** Transposition complète des viscères, 566.
Gaïac contre le rhumatisme, 83.
**Gaillard.** Action des eaux d'Aix en Savoie dans certaines paralysies, 424. — Effets toxiques du bichromate de potasse, 556.
Galactorrhée (douches utérines contre la), 109.
Gale (nouveau traitement de la), 109.
**Gally.** Rectification relative à la discussion sur la morve, 516.
Ganglions bronchiques chez l'adulte (asphyxie par engorgement des), 725. — (asphyxie par engorgement des), 339.
Ganglions lymphatiques sans leucémie (hypertrophie des), 825.
Gangrène chez un diabétique, 349. — diabétique (remarques historiques sur la), 524, 539, 714. — (sur la), 786. — du bras, suite de tatouage, 643. — des membres dans la fièvre typhoïde, 349, 350. — des membres (détermination du siége des oblitérations artérielles par la température des parties dans la), 707. — par oblitération artérielle, 483.
**Garcia** et **Richard**. — Sur le laryngoscope et la voix humaine, 235.
**Garnier** (P.). Influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, 627.
Gastro-entéralgie avec glycosurie passagère (consultation sur une), 270.
**Gaudon.** Accidents produits par le kirsch à haute dose, 756.
**Gaujot.** Deux cas de pustule maligne, 46.
**Gaultier de Claubry.** Sur l'eau d'Évian, 784. — Eaux minérales de Vals, 565.
**Gautier.** Voy. **Béchamp.**
Gazogène (nouveau), 314.
Générations spontanées (sur les), 296. — (expériences sur les), 72.
Génitales chez la femme (de l'atrésie des voies), 822.
Génitaux externes (sur les appareils sécréteurs des organes), 784.
Genou (sur l'extraction des corps étrangers du), 338. — (guérison, par les irrigations, d'une plaie pénétrante du), 238. — (extraction d'un corps étranger du), 59. — (opération d'un corps étranger du), 419.
**Genouville.** Rapport sur un cas de cancer du poumon et de la plèvre, 186.
**Geoffroy-Saint-Hilaire** (mort et obsèques de), 743.
**Gerardt** et **Roth.** Végétation syphilitique du larynx, 518.
**Gerlach.** Photographie appliquée aux images microscopiques, 578.
**Germain** (de Château-Thierry). Sur les mouvements du cœur, 609. — Ablation du testicule, hémorrhagie et infiltration purulente; mort, 119.
**Géry.** Section du filet lingual, hémorrhagie, cautérisation avec le perchlorure de fer; mort, 434. — Rapport sur les travaux de M. Cavasse, 372.
**Gibert.** Rapport sur la chromocrinie, 350, 372.
**Gilewski.** Végétations syphilitiques du larynx, 518.
**Gilles** (de Malines). Cristallisation des extraits, 838.
*Gin-sen* des Chinois (sur le), 22.
**Girard de Cailleux.** Considérations sur l'ensemble du service des aliénés de la Seine, 161, 193. — Rapport sur les aliénés de la Seine traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, 521, 537, 553.
**Giraud-Teulon.** Mouvements de décentration latérale de l'appareil cristallinien, 171. — Nouvel ophthalmoscope, 221.
**Girbal.** Sur les pneumonies asthéniques, 269.
Gisors (flore des environs de), 450.
Glycérine — pour l'usage interne (chloroforme dissous dans la), 210. — (emploi thérapeutique de la), 209. — et amidon (topique de), 390.
Glycérolé à l'iodure de potassium, 1.
Glycogénie (rapport des états des cellules du foie avec l'activité de la), 821.
Glycométrie dans le diabète (procédé de), 2.
Glycosurie. Voy. *Diabète.*
Glycosurie passagère (gastro-entéralgie avec), 270.
Goître aigu de la garnison de Briançon en 1860, 708.
Goître suffocant (asphyxie produite par un), 157.
Goîtreuse (sur la prétendue cachexie), 621.
**Gondoin.** Sur une voiture d'ambulance, 285.
**Gonod.** Emploi thérapeutique de l'ergot de blé, 441.
**Gore.** Emploi thérapeutique de la glycérine, 209.
**Gosselin.** Asphyxie produite par un goître suffocant, 157. — Rapport sur la résection de la hanche, 665, 763. — Opération de palatoplastie par le procédé de M. Baizeau, 502. — Résultats de l'opération et de la temporisation dans l'étranglement herniaire, 420. — Rapport sur l'uréthrotomie externe, 315.
Goudron sur l'oxygène atmosphérique (action des vapeurs de), 23. — Action de ses vapeurs sur l'oygène de l'air, 204.
**Goyrand** (d'Aix). Indications opératoires de la hernie ombilicale étranglée, 395. — Opération avec succès de trois hernies ombilicales, 390, 395. — Déplacement du ligament triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure, 706.
Graisse (accidents par l'aglosse de la), 554.
Grand sympathique (sensibilité des ganglions et filets du), 335.
Granulations du col utérin (cautérisations avec le nitrate d'argent dans les cas de), 772.
Granulations grises (anatomie pathologique des), 316.
Granulations palpébrales dans les livres hippocratiques (traitement chirurgical des), 113.
**Granville.** Statistiques relatives à l'accouchement, 296.
**Greehow** (Ed. **Headlam**). Traitement de l'urtication par les acalèphes, 211.
**Green** (H.). Emploi thérapeutique de la sanguinaire du Canada, 634. — Emploi des gargarismes créosotés, 77.
Greffe animale (plusieurs cas de), 715.
**Grellois.** Études sur les eaux de Bourbon-l'Archambault, 421.
**Grimaud** (de Caux). Nécessité d'introduire les eaux publiques dans les maisons d'habitation, 72. — Puits comparé à la citerne, 171.
Grossesse et accouchement heureux, malgré une double rupture antérieure de l'utérus dans l'accouchement, 123.
Grossesse (modifications de la muqueuse utérine pendant la), 337. — (procédé de paracentèse dans l'ascite compliquant la), 77. — (végétations des parties génitales pendant la), 84, 100. — extra-utérine (hémorrhagie produite par une), 788. — Peut-elle être ignorée par la femme jusqu'à l'accouchement? 630.
Guaco contre les affections syphilitiques, 212.
**Gualla** (Bartolomeo). Spasme facial guéri par le curare, 318.
Guarana contre la migraine, 362.
**Gubler.** Paralysies dans leurs rapports avec les maladies asthéniques, 268.
**Guefferd.** Anus contre nature guéri par un procédé d'autoplastie, 469.
**Guéneau de Mussy** (Noël). Bains arsenicaux dans le rhumatisme noueux, 516.
**Guéniot.** Hallucinations du toucher chez les amputés, 756.
**Guérard.** Observation d'anévrysme de l'aorte, 753.
**Guérin.** Lettres à M. Dechambre sur la morve, 761, 830.
**Guersant.** Cas d'amputation de Lisfranc, 91. — Lithotritie chez les enfants, 280.
Gui de chêne (recherches sur le), 204.
**Guidert** (V.). Effets de la propylamine, 363.
**Guibourt.** Action des vapeurs de goudron sur l'oxygène de l'air, 204. — Action des vapeurs de goudron sur l'oxygène atmosphérique, 23.
**Guidout.** Cas présumé de fièvre pernicieuse, 641.
**Guillemin.** Mode de propagation de l'électricité; courants d'induction, 346.
**Guilliermond.** Sirop de quinquina dosé ou normal, 837.
**Guillon.** Sur le porte-à-faux, 56.
**Guyon.** Eaux thermales de Bou-Chater, 463. — Battements de l'artère cœliaque, avec suspension du pouls, refroidissement, etc., dans la fièvre jaune, 625. — Note sur le hachisch, 265.
**Guyon** (F.). Disposition anatomique non décrite à la face antérieure du poignet, 577.
**Gyllenschjöld.** Voy. **Malmsten.**
*Gymnastique raisonnée* (*Manuel de*), 72.

## H

Hachisch (note sur le), 265. — comme narcotique, 556.
**Hacq.** Nouvel appareil électro-médical, 821.
*Half Yearly Abstracts of the Medical Sciences*, vol. XXVIII à XXXI,
**Haller.** Accidents consécutifs à la vaccination, 451.
Hallucinations ou histoire raisonnée des apparitions, visions, etc., 617.
Hallucination du toucher particulière aux amputés, 756.
**Hamburger.** De l'anasarque albuminurique scarlatineuse, 270.
**Hamel.** Sur la régénération osseuse, 432. — Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra, 341, 390.
**Hamon.** Nature névrotique de l'albuminurie, 705.
Hanche (difformités de la), 324, 368. — (résection de l'articulation de la), 357. — (sur la résection de la), 665, 740, 777, 784, 763, 802, 809.
**Hard.** Belladone comme antilaiteux, 556.
**Harker.** Nouveau gazogène, 314.
**Harris.** Lait sécrété par des tumeurs de l'aisselle, 468.
**Heiser.** *Manuel de gymnastique*, 72.
Hématémèse supplémentaire des menstrues, 789.
Hématine en médecine légale (recherche de l'), 491.
Hémiplégie faciale par névrite de la septième paire, 379.
Hémiplégies faciales par cause traumatique, 551.
Hémorrhagie — utérine (transfusion du sang dans un cas d'), 379. — (*Trillium* contre l'), 442. — mortelle pendant l'accouchement, 301. — de la protubérance, 533, 485. — mortelle, suite d'ulcération de la trachée par une canule, 403. — cérébrale avec absence de la parole, 676. — avec absence de paralysie, 674.
**Henoch** et **Leubuscher.** Affections syphilitiques du système nerveux, 268.
**Henry** (de Nantes). Procédé pour l'opération du bec-de-lièvre, 156. — Modification de l'opération du bec-de-lièvre, 107,
**Henry** (O.). Eaux minérales de Béville, 40; de Thieux, 89; Soultzmatt, 155; Casoul, 155; Reyrioux, 155; Contrexéville, 285; Saint-Yorre, 207.
**Hepp.** Voy. **Hirtz.**
**Hérard.** Valeur de l'écoulement d'un flot sanguinolent dans la thoracocentèse, 205.
Herniaire (résultats de l'opération et de la temporisation dans l'étranglement), 420.
Hernie — inguinale étranglée (gangrène du testicule et de l'intestin dans une), 390. — de l'estomac (cas de), 402. — étranglée avec cryptorchidie double, 3. — étranglée (conduite à tenir en cas de perforation de l'anse dans la), 123, 129, 105. — ombilicale étranglée (indications

opératoires de la), 395, 754, 755, 845.
Hernies ombilicales (opération avec succès de plusieurs), 390, 754, 846.
HERVIER. Paralysies produites par les drastiques. 800.
HERVIER et SAINT-LAGER. *Guide aux eaux minérales de l'Isère, etc.*, 423.
HERVIEUX. Anomalie du cou chez un enfant, 238. — Emphysème pulmonaire chez les nouveau-nés, 107. — Vice de conformation du cœur, 660.
Hétérogénie (nouvelles expériences sur l'), 72.
HEURTELOUP. Sur le porte-à-faux, 10, 56. — Champ d'action des instruments lithotriptiques, 104.
*Hevea guyanensis* (moyen de prévenir la rouille des instruments, retiré de l'), 40.
HIFFELSHEIM. Action des courants électriques, 296.
Hippocratiques (paralysie diphthéritique dans les livres), 378. — (paralysie diphthéritique dans les Œuvres), 361.
HIRTZ et HEPP. Études sur divers *extraits* de plantes, 363.
Hirudinées (spermatophores de quelques), 548.
Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire, 301.
HODGES. *Kérosolène* comme anesthésique, 697.
HŒLEWYCK. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée, 846.
HŒSER. Sur l'origine historique de la syphilis, 35.
HOMOLLE. Produits extractifs de la digitale, 339.
Horlogers (absorption de molécules cuivreuses chez les), 536.
Hospitalière (sur l'hygiène), 740, 777, 784, 763, 796, 802, 809, 844.
HOUEL. Hydarthrose dans les arthrites dites sèches, 581.
Houilleurs (état des poumons chez les), 821.
HUGUIER. Extraction d'un polype naso-pharyngien ; voie ouverte par le maxillaire ; méthode ostéoplastique, 349, 356. — Kélotomie dans les hernies ombilicales, 754.
Huile de foie de morue — blanche de Saint-Pierre et Miquelon. 433. — (crème de lait substituée à l'), 836
Huile — phosphorée contre la gale, 109. — de croton (mode d'administration de l'), 303.
HUMPHREY-PEAKE. Sur un cas de *coup de soleil*, 77.
Hydarthrose dans l'arthrite dite sèche, 483. — dans les arthrites dites sèches, 581.
Hydatides — de la plèvre (diagnostic et traitement des), 677. — de l'utérus, 631.
Hydrocéphalie ventriculaire chronique, acquise et idiopathique, 455.
Hydrocéphalie (cas d'), 788.
Hydrochlorate de morphine (éclampsie puerpérale guérie par l'injection hypodermique d'), 380.
Hydro-encéphalocèle (cas d'), 299.
Hydrophobie (remède contre l'), 415. — (danger des cautérisations dans les cas présumés à tort d'), 56. — (arsenic contre l'), 171.
Hydrothérapie contre l'albuminurie, 564.
Hygiène alimentaire des malades, convalescents et valétudinaires, 806.
Hypertrophie simple des ganglions lymphatiques sans leucémie, 825. — du tissu conjonctif des nerfs optiques, 228.
HYRTL. Préparations angiologiques, 235.
Hystérotomie vaginale pour une oblitération du col dur chez une femme en couches, 514.

# I

Idiots d'Earlswood (visite à l'asile des), 499.
Igname sauvage contre les vomissements pendant la grossesse, 756.
IMBERT-GOURBEYRE. Sur les éruptions antimoniales, 299.
Imitation (sur l'), 389.
Inde (de la médecine arabe dans l'), 270.
Induction volta-électrique (recherches sur l'), 348.
Infusoires vivant sans oxygène libre, et déterminant des fermentations, 154, 164.
Inhalateur (nouvel), 450.
Injection hypodermique de morphine (éclampsie puerpérale guérie par l'), 380.
Insectes et larves rendus par le vomissement, 1.
Instruments de chirurgie (moyen de prévenir la rouille des), 40.
Intestins (larves de mouches dans les), 836.
Iode — comme emménagogue, 61. — par les urines (élimination de l'), 836.
Iodé naturel (vin), 835.
Iodées (traitement d'un abcès lombaire par les injections et la médication), 135. — (traitement du spina-bifida par les injections), 611.
Iodisme constitutionnel (réalité de l'), 621.
Iodure — de fer au beurre de cacao, 633. — de potassium (paralysie de la cinquième paire guérie par l') 318. — de gluten (emploi de l'), 501.
Iris (mode d'action de la moelle sur l'), 658.
Irrigations (guérison d'une plaie pénétrante du genou par les) 238.
IRVING (James). Mauvais effets des *Lathyrus*, 555.
Ivraie sur les farines (influence de l'), 490. — (expériences sur l'action de l'), 340.
Ivresse (sucre contre l'), 3.

# J

JACCOUD. Cas de symphyse cardiaque avec dilatation et insuffisance des orifices gauches, 799.
JACQUEMIER. Embryotome caché à lame mobile et à chaînons de scie, 771.
JACQUEMIN. Cas d'enchondrome du pied, 786.
Jalap (administration du), 490.
Jambe (sur les varices profondes de la), 428, 446, 477.
JANSSEN. Voy. FOLLIN.
JANTET (frères). De la vie et de son interprétation dans les différents âges de l'humanité, 585.
JEANNEL. Prostitution publique à Bordeaux, 784.
JOBERT (de Lamballe). Régénération et sensibilité des tendons, 609, 649, 658. — Extraction d'une balle ; oblitération en grande partie de l'ouverture osseuse par la peau renversée, 120. — Extraction d'un séquestre, 265.
JODIN. Développement de mucédinées dans les dissolutions salines, 388.
JOLY et MUSSET. Expériences sur la génération spontanée, 72.
JOULIN. Pemphigus du col utérin, 221.

# K

*Kamala* comme anthelminthique, 636.
KERGARADEC (de). Sur les causes de la mélancolie, 185. — Mémoire sur l'opération césarienne *post mortem*, 53.
*Kérosolène* (nouvel anesthésique). 697.
Kirsch à haute dose (accidents produits par le), 756.
KOEBERLÉ. Cysticerques de ténias chez l'homme, 182, 216, 263, 328.
Kousso contre le ténia, 115.
KUCHENMEISTER. Moyens à opposer aux accidents produits par le *Trichina spiralis*, 108.
KUHN. Électricité contre la rétention du placenta, 598. — Accidents cérébraux coïncidant avec l'apparition de deux météores, 610. — Anatomie pathologique du spina-bifida, 626. — Les eaux de Niederbronn, 421.
KUHNE. Sur l'existence des bourgeons nerveux périphériques, 137.
KURSAL. Tannin, antidote de la strychnine, 441.
Kystes — acéphalocystiques de la plèvre (diagnostic et traitement des), 677). — congénital du cou chez un fœtus, 91. — lacrymal (observation de), 238. — sérosanguin du siége, 36.
Kystique du sein (tumeur), 106.

# L

LABALBARY. Sur les végétations dites syphilitiques, 501.
LABORIE. Sur le traitement des ankyloses, 743.
LABOULBÈNE. Recherches sur les affections pseudo-membraneuses, 661.
LABRIC. Traitement de la chorée par l'émétique. 204.
Lacrymaux (instruments pour l'injection des conduits), 415.
LAFARGUE. Voy. DÉGRANGES.
LAFOND-LACROSSE. Emploi de l'iodure de gluten, 501.
LAFORGUE. Obligation de pratiquer l'opération césarienne après la mort de la mère, 124.
LAFOSSE. Maladie vénérienne des solipèdes, 108.
Lait — sécrété par des tumeurs de l'aisselle, 468. — (belladone pour arrêter la sécrétion du), 557.
LALLEMAND, PERRIN et DUROY. Rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme, 286.
LALLIER. Empoisonnement par des vapeurs mercurielles, 726.
LAMARE-PICQUOT. Sur la régénération des os, 563.
LAMBRON. Traitement de l'hypertrophie des amygdales par les douches sulfureuses, 258, 267. — Sur les eaux de Bagnères-de-Luchon, 772.
LANDOUZY. Valeur de l'égophonie dans la pleurésie, 723.
LANDRY et SAMAZEUILH. État nerveux attribué à tort à la congestion cérébrale, 89.
LANGENBECK. Procédés ostéoplastiques ; uranoplastie et résection de la mâchoire supérieure, 651.
LANGENHAGEN. Traitement d'un abcès lombaire par les injections et la médication iodées, 135. — Analyse du tome 2e des Œuvres de Stahl, 566.
Langue — voile du palais et lèvres ; leur *paralysie progressive*, 38, 45, 181. — (mort suite d'une cautérisation avec le perchlorure de fer après la section du frein de la), 434.
LARREY. Cas de membre inférieur bifide, 42, 43. — Cas de membre inférieur double, 137. — Recherches statistiques sur l'extraction des corps étrangers du genou, 338. — Observation de chromhidrose, 508, 522.
Larves — et insectes rendus par le vomissement, 1. — de diptères dans les voies digestives (accidents causés par les), 836.
Laryngée (asystolie due à la suffocation), 291.
Laryngisme par vermination (cas de), 788.
Laryngoscope (notice sur le), 89. — (révélation des phénomènes de la déglutition par le), 154.
Laryngoscopie (photographie appliquée à la). 783.
Larynx (végétation syphilitique du), 518 — (moyen d'exploration du), 89. — (traitement des cartilages du), 872.
*Lathyrus* (accidents produits par les) 5[illegible]
LATOUR. Moyen de conservation des [illegible] anatomiques, 614.
LAUGIER. Anus contre nature guéri par la méthode de la transformation [illegible]laire, 172.
LAVERAN. Sur le développement de la [illegible]tière tuberculeuse, 605. — [illegible] nosocomiales sur la marche et la [illegible] de la rougeole, 20, 51.
LAVOCAT. Nouvelles études sur le [illegible] vertébral, 335. — Études sur le [illegible] vertébrale, 355. — Détermination [illegible] vertèbres de la tête chez tous les [illegible]brés, 400.
LEBAIGUE. Préparation du perchlorure [illegible] fer, 635.
LEBLANC. Préparation de la [illegible] 724.
LE BRET. Voy. DURAND-FARDEL.
LECLAIRE. Influence de l'essence de térébenthine sur les peintres en bâtiments, 481.
LE CŒUR. Du sucre contre l'ivresse, 3.
LECOMTE. Fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius, 223.
LÉCORCHÉ. De la cataracte diabétique, [illegible] — Sur l'amblyopie diabétique, [illegible] 749.
LÉE. Oxalate de cérium contre les vomissements incoercibles, 697.
LEFÈVRE (A). Influence du plomb sur le développement de la colique des pays chauds, 94.
LEFORT (J.). Voy. DURAND-FARDEL. — Études sur la morphine, 388. — Nouvelle réaction pour déceler des traces de morphine, 699 — et JUTIER. Sur les eaux de Plombières, 843.
LE FORT (Léon). Sur la résection de la hanche, et l'hygiène hospitalière, 665, 740, 777, 796, 809, 844.
LÉGER. Voy. MARTIN.
LEGOUEST. Torticolis spasmodique guéri par l'électricité, 467. — Carie du canal carotidien ; mort, 467. — Sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle, 76. — Cas de carie de l'épaule; mort par hémorrhagie de l'artère vertébrale, 76.
LEGRAND DU SAULLE. Influence de l'atmosphère des cafés sur les maladies cérébrales, 57.
LEGROUX (discours sur la tombe de), 725
LEMAIRE (J.). Acide phénique dans la désinfection, 171.
LEMAZURIER. Monstre autositaire, 263
LENOIR (éloge de), 25.
LEPAGE. Flore des environs de Gisors, 450.
LÉPINE (Jules). Vésicants indiens, 554 — Mousse de Ceylan comme analeptique, 442.
LERICHE. Alcool abortif des fièvres intermittentes, 536. — Du tannin contre les fièvres intermittentes, 834.
LEROY (d'Etiolles). Considérations sur la lithotritie, 219.
LEROY DE MÉRICOURT. Guérison des [illegible] d'un coup de foudre par l'électricité, 362. — Sur la chromocrinie, 31[illegible], 372, 377, 386, 388, 419.
LETENNEUR (de Nantes). Opération d'une exostose sous-unguéale du gros orteil, 418. — Luxation en dehors et en bas du gros orteil, 418.
LEUBUSCHER. Voy. HENOCH.
Lèvre inférieure dans le bec-de-lièvre (pertuis de la), 238. — (bec-de-lièvre avec pertuis sur la), 389.
LHONNEUR. Tumeur cancéreuse du testicule, 642.
LIEBREICH. Mariage consanguin, cause de rétinite pigmentaire, 375.
Ligature — d'une artère ossifiée, 451. — [illegible] la fémorale dans un cas d'anévrysme faux poplité, 139. — de l'axillaire pour anévrysme artérioso-veineux du [illegible] 374. — de l'artère brachio-céphalique, 612.

Lisneroles (de). Procédé pour le rétablissement du canal de l'urèthre oblitéré, 252.
Linas. Pétition au Sénat sur l'exercice illégal de la médecine, 409.
Lindwurm. Sur l'origine historique de la syphilis, 35.
Linguatule des ganglions mésentériques du mouton (transformation, dans le nez du chien, de la), 432.
Linné avec Sauvages (correspondance de), 674.
Lipomes enlevés par la cautérisation, 640.
Lisle. Lettres sur la folie, 441.
Lithotriptiques (champ d'action des instruments), 104.
Lithotriteur de M. Costello, 89.
Lithotritie en 1860 (résultats cliniques de la), 88. — chez les enfants, 286. — (considérations sur la), 219.
Littérature médicale (lacunes, erreurs et imperfections de la), 209, 225, 241.
Littré. Paralysie diphthéritique dans Hippocrate, 378. — Diphthérite et paralysie consécutive dans les Œuvres d'Hippocrate, 361.
Lombard (de Genève). Névrose de la digestion, avec crises de vomissements, etc., 12.
Londe (Ch.). Névralgies consécutives aux lésions des nerfs, 78.
Longévité humaine (de la), 649.
Luer. Seringue à injections hypodermiques, 674. — Écarteur des joues, 688.
Lukowski. Emploi du virus vaccin contre la syphilis, 145.
Lune, son influence sur la menstruation, 427.
Luneau. Action de l'alcool sur les plantes sèches, 83.
Lunel (B.). Accidents par l'aglosse de la graisse, 554.
Lussana (Pietro). Laryngisme par vermination, 788.
Luxation — du coude (cas obscur de), 91. — sous-pubienne du fémur avec conservation immédiate des usages des membres, 136. — spontanée du cristallin, 157. — en dehors et en haut du gros orteil, 418. — du coude en arrière et en dedans, 580. — des deux os de l'avant-bras en arrière et en dedans, 552. — de l'extrémité supérieure du radius, 551.
Luys. Structure du système cérébro-rachidien, 436. — Voy. Blachez.

## M

Mac-Bride. Recherches sur la fréquence du pouls, 421.
Machines à coudre (influence de la trépidation des), 642.
Mâchoire supérieure enlevée par procédé ostéoplastique, 651.
Maggiorani. Sur les fonctions de la rate, 137.
Magnésie contre-poison du phosphore, 336.
Maillet. De l'administration du jalap, 490.
Main bot avec absence du pouce (cas de), 402.
*Main industrielle* ou *artistique* sous le rapport des modifications que lui imprime le travail des diverses professions, 704.
Maisonneuve. Extirpation complète de la diaphyse du tibia, 203. — Nouvel uréthrotome, 222. — Ablation du maxillaire inférieur, en respectant le périoste; reproduction totale de l'os, 235. — Sur les opérations sous-périostiques, 295. — Procédé d'uréthrotomie interne, 399. — Nouveau trachéotome, 674. — Plusieurs cas de résections sous-périostiques, 687. — Sur l'intoxication urineuse, 783.
Mal de mer (fauteuil contre le), 523.
*Maladie du sommeil* au Congo, 572.
*Maladie du sommeil* (sur la), 670.
Maladies — de l'armée d'Orient, 301. — des Européens dans les pays chauds, 485.
*Malaria urbana* (sur la), 285.
Malmsten. Rupture du cœur suite d'oblitération de l'artère coronaire, 612.
Malmsten et Gyllenschjöld. Hypertrophie du tissu conjonctif des nerfs optiques, 228.
Malt (emploi médical du), 835.
Mamelle chez un homme (ablation d'une tumeur fibro-cartilagineuse de la), 502.
Manne des Hébreux (ce qu'était la), 836.
Mannes du Sinaï et de Syrie, 658.
Mansouroff. Traitement de la syphilis par les inoculations de virus chancreux, 8.
Marcé. Mémoire sur la stupeur, 60, 91. — Congestion cérébrale point de départ de certaines épilepsies, 72.
Marchand. Mode d'administration de l'huile de croton, 363.
Marey. Lois de la fréquence des battements du cœur, 480.
Marey. Voy. Chauveau.
Mariages consanguins (sur les), 120. — consanguins, causes de rétinite pigmentaire, 375.
Marie. Éradication d'un polype fibreux de l'utérus, 629.
Mariolli. Indications de la thoracocentèse dans les épanchements pleurétiques, 570.
Marjolin. Fracture de la trochlée; ankylose, 267. — Polype naso-pharyngien sur une petite fille, 318.
Marmy. Sur la piqûre du scorpion, 443.
Marroin. Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire, 301.
Martin (C.-A). Éléphantiasis de la vulve, 262, 293. — Transfusion du sang dans une métrorrhagie, 379.
Martin (Stan.). Valériane contre la fièvre intermittente, 557.
Martin et Léger. Appareils sécréteurs des organes génitaux chez la femme, 784.
Martineau. Cas de diabète avec lésion du quatrième ventricule, 715.
Mascarel. Hémorrhagie utérine mortelle pendant l'accouchement, 301. — Paralysies généralisées guéries par les eaux du Mont-Dore, 400.
Mathieu. Moyen de prévenir la rouille des instruments, 40. — Scies à arbre et à chaîne, 374. — Nouvelle pince à anneaux, 783. — Nouveau dynamomètre, 784.
Mattei. Rétroversion et enchâtonnement de l'utérus à l'état de vacuité, 837.
Matteucci. Sur le pouvoir électromoteur des nerfs, 120. — Leçons sur l'électrophysiologie, 335.
Maurice. Atrophie congénitale du maxillaire inférieur, 62.
Maxillaire — inférieur (atrophie congénitale du), 62. — inférieur (traitement d'une fracture double du), 140. — inférieur (reproduction totale du), 235. — inférieur pour un épithélioma (résection du), 389. — inférieur pour une tumeur à myéloplaxes (résection du), 517. — supérieur (tumeur fibreuse du), 174.
Mayer (Alex.). Nouvel inhalateur, 450.
Mayer (de Bonn). Sur la circulation utéro-placentaire, 72.
Mazel et Boniface. Cas de tumeur veineuse de la paupière inférieure, 106.
Médecin légiste; son intervention dans les questions d'attentats aux mœurs, 305, 321.
*Médecine (Leçons sur les principes et la pratique de la)*, 27. — (principes et pratique de), 140. — vétérinaire au Sénat (discussion sur la), 271. — (préparation à l'exercice de la), 805, 821. — (pétition au Sénat sur l'exercice illégal de la), 409. — légale (transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices au point de vue de la), 589. — légale obstétricale (plusieurs cas de), 630.
Médicaments (sur l'absorption des), 340. — par la cornée (absorption des), 372.
Meigs. Cancer du pancréas, 847.
Mélancolie (sur les causes de la), 185.
Mélanose (cas remarquable de), 91.
Membranes (réactions chimiques des fausses), 57, 72.
Membre inférieur double (observation de), 137. — inférieur double (nouveau cas de), 189. — inférieur bifide, 42, 43.
Ménière. Correspondance de Linné avec Sauvages, 674. — Affection de l'oreille simulant une affection cérébrale, 18, 24.
Méningite granuleuse présumée syphilitique, 198.
Menstruation (influence de la lune sur la), 427.
Menstruel (iode pour provoquer le flux), 61.
Menstrues (hématémèse supplémentaire des), 789.
Mercier (Aug.). Extraction de calculs ou fragments arrêtés dans l'urèthre, 372. — Des accidents produits par l'absorption de l'urine, 770. — Sonde évacuatrice à double courant, 596.
Mercure chez les ouvriers (effets du), 355.
Mercurielles (empoisonnement par des vapeurs), 726.
Merlin. Effets du mercure sur les ouvriers, 355.
*Mesenna*. Voy. *Musenna*.
Mesnet. Hémorrhagie de la protubérance, 485, 533.
Métaxas. Exploration de la rétine à l'ophthalmoscope, 518.
Météores (accidents cérébraux coïncidant avec l'apparition de deux), 610.
Météorologie (demande d'instructions sur la), 253.
Météorologiques à Alexandrie d'Égypte (observations), 235.
Métro-péritonite non puerpérale (épanchement séreux dans le petit bassin, lié à une), 533.
Metzl. Traitement de la gale, 109.
Michel Lévy. Discours sur la tombe de Dujardin, 503.
Michel (d'Avignon). Effets des émanations de l'*Arundo donax*, 698.
Micrographie (photographie appliquée à la), 114, 148.
Microscopiques (photographie appliquée aux images), 578.
Migraine (guarana contre la), 362.
Miles (Edwin). Calculs biliaires rendus par le vomissement, 107.
Millon. Recherches sur le gui de chêne et sur le sumac vénéneux, 204.
Mineurs (maladie des), 419.
Milne Edwards (Alph.). Expérience sur la nutrition des os, 432.
Mirault (d'Angers). Cas de cataracte capsulaire, 390. — Sur le traitement de la cataracte capsulaire secondaire, 681, 688.
Mirza. Médecine arabe dans l'Inde, 270.
Moelle — nerfs et muscles après l'interruption du cours du sang (durée de la persistance de leurs propriétés), 365, 411. — allongée (observations d'affections de la), 567. — épinière sur l'iris (mode d'action de la), 658. — épinière chez le cheval (convulsions des muscles de la vie animale et signes de sensibilité produits par l'excitation de la *surface* de la), 104.
Moitessier. Étude des eaux de la Malou, 422.
Môles hydatiques (plusieurs cas de), 631.
Monneret. Sur la fièvre gastrique et bilieuse, 187.
Monstre autositaire, 203.
Monstruosités (sur la production artificielle des), 548.
Montanari. Histoire de deux corps étrangers du rectum, 109.
Montané. Empoisonnement par le *Solanum pseudo-capsicum*, 697.
Moore. Emploi thérapeutique de la glycérine, 209.
Moquin-Tandon. Éloge de Duméril, 745. — *Éléments de botanique médicale*, 757.
Moreau (A.). Électricité de la décharge de la torpille recueillie dans un appareil de physique, 625.
Moreau (de Tours). Diagnostic de la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie, 72.
Morel. Condamnation, pour outrage aux mœurs, d'un aliéné héréditaire, etc., 735, 768. — *Le no-restraint*, 119.
Morel-Lavallée. Tumeur de la peau, 91. — Cas de luxation du coude, 91. — Infiltration sanguine d'un tendon, 390. — Cas de hernie de l'estomac, 402. — Emphysème spontané autour d'un abcès, 402. — Ablation d'une tumeur de la mamelle chez un homme, 502. — Cas remarquable d'anévrysme poplité, 707.
Morin. Sur la ventilation des théâtres, 578. — Présence de la nicotine dans les organes d'un priseur, 838.
Morphine (études chimiques et toxicologiques sur la), 388. — (sur la combustion de la), 659. — (nouvelle réaction pour déceler des traces de), 699.
Mortalité chez les enfants (lois de la), 687.
Mort subite dans l'épanchement pleurétique, 754.
Morton. Emploi thérapeutique de la glycérine, 209.
Morve — farcineuse chronique guérie, 401. — (arsénite de strychnine contre la), 427. — *ébauchée* (complément de la discussion académique sur la), 713, 729, 761, 830. — (caractères symptomatiques, degrés et curabilité de la), 410, 416, 426, 433, 450, 459, 467, 473, 482, 506, 516, 521, 533, 537, 549, 557, 565, 570, 579, 588, 596, 601, 610, 627.
Mouches dans les intestins (accidents causés par les larves de), 836.
Moura-Bourouillou. Description du pharyngoscope, 296.
Mousse de Ceylan comme analeptique, 442.
Moutard-Martin. Rapport sur le traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic, 60.
Mozambique (sur l'ulcère de), 48.
Mucédinées; leur développement dans les dissolutions salines, 388.
Muscles, nerfs et moelle épinière après l'interruption du cours du sang (durée de la persistance des propriétés des), 365, 411.
Musculaire dans la fièvre typhoïde (altérations du système), 296. — (rapports de la température animale avec la contraction), 346.
Museau de tanche (ectropion du), 404.
*Musenna* comme vermifuge, 185.
Musset. Voy. Joly.
Mussey. Mort pendant l'inhalation de l'éther dans un cas de fracture de l'os iliaque, 223.
Myéloplaxes (résection du maxillaire inférieur pour une tumeur à), 517.
Mylabres comme vésicants (diverses espèces de), 554.
Myopie (mémoire sur la), 468.

## N

Nasales (calcul des fosses), 644.
Naso-pharyngien (rhinoscopie ou examen direct du conduit), 256, 276. — sur une petite fille (polype), 318. — (opération préliminaire par la voie maxillaire et la méthode ostéoplastique pour l'extraction des polypes), 349, 356.
Navigation; son influence sur la phthisie pulmonaire, 627.
Navires; leur organisation sous le rapport de la quantité d'air respirable, 571. — sous le rapport de l'alimentation, 746.

Nécrose (extraction du séquestre dans un cas de), 265.
NÉLATON. Dilatateur anal, 155. — Forceps brise-pierre, 400. — Valeur de l'ovariotomie, 765. — L'ovariotomie à Londres, 787.
NÉLIGAN. Sur une coloration noire de la face, 522.
Néphrite albumineuse (pneumonie chronique avec), 470.
Nerfs (névralgies consécutives aux lésions des), 78. — (sur le pouvoir électromoteur des), 120. — , moelle et muscles après l'interruption du cours du sang (durée de la persistance des propriétés des), 365, 411. — auditif (symptômes cérébraux liés à la lésion du), 56. — facial par cause traumatique (paralysie du), 551. — hypoglosses (sur l'atrophie des), 38. — laryngé : est-il un nerf suspensif? 548, 563. — (explication des phénomènes de l'électrotone par les polarités secondaires des), 625. — optiques (hypertrophie du tissu conjonctif des), 228. — pneumogastrique et laryngé supérieur : leur influence sur les mouvements du diaphragme, 266. — transplantés (sur la régénération des), 296. — de la cinquième paire (guérison par l'iodure de potassium d'une paralysie du), 318. — de la septième paire (hémiplégie faciale suite de névrite du), 379.
Nerveuse (contagion), 389.
Nerveux—périphériques (existence de bourgeons), 137. — (affections syphilitiques du système), 268. — cérébro-rachidien (structure du système), 436. — (effets de la lésion de certaines parties des centres), 609. — central (*Leçons de physiologie et de pathologie du système*), 613, 644, 692.
Névralgies — traumatiques (des), 67. — (cas de), 174. — et rhumatismes (pommade à chlorure d'or et de sodium contre les), 688. — consécutives aux lésions des nerfs, 78.
Névrose de la digestion avec crises de vomissements et troubles de l'assimilation, 12.
NICOLAS (Ad.). Sur la maladie du sommeil, 670.
Nicotine : sa présence dans les organes d'un priseur, 838.
NIVELET. Différence d'action des pôles dans les courants voltaïques et d'induction, 335.
NIVET. Des fonctions du placenta, 69. — Rapport médico-légal sur un triple empoisonnement par le varaire, 499.
Nomenclature médicale (sur la), 162, 173.
NONAT. Apoplexie de l'un des pédoncules du cervelet, diagnostiquée pendant la vie, 57. — Émissions sanguines dans le traitement des affections de l'utérus, 220, 252.
NORDMAN. Arsenic contre l'hydrophobie, 171.
*No-restraint* (sur le), 110, 409.
Nouveau-nés (emphysème pulmonaire chez les), 107. — (pemphigus syphilitique des), 319. — (sur la vaccination des), 484.
Nouvelle-Calédonie (topographie de la), 416.

# O

Obésité (diminution des boissons pour combattre l'), 783.
Obstétricale (plusieurs cas de médecine légale), 630.
Océanie française (races de l'), 9, 284.
Œil (théorie de l'), 252, 355. — (tissus dermoïdes développés dans l'intérieur de l'), 106.
Œsophage (traitement des corps étrangers dans l'), 628. — (asphyxie par un corps étranger dans l'), 788.
Œsophagotomie pour des cas de corps étrangers, 700.
Œstrides chez les enfants (larves d'), 555.
OGLE. Hémorrhagie cérébrale avec spasmes tétaniques, 66.
Olécrâne non consolidée (fracture de l'), 452.
OLIVIERI. Paracentèse de l'estomac dans la tympanite aiguë, 437.
OLLEY. Sur la micro-photographie, 114.
OLLIER. Rhinoplastie par la méthode ostéoplastique, 745, 752. — Sur les greffes périostiques, 371. — Sur les sutures métalliques, 338. — Mode du développement des os longs, 82, 88, 103.
Ongle incarné (traitement de l'), 177.
Ontologie naturelle (sur l'), 585.
Opérations — césarienne (observations d'), 629. — césarienne *post mortem* (sur l'), 17, 23, 35, 58, 82, 89, 124, 193, 214, 221, 226, 236, 241, 242, 243, 244, 253, 257, 266, 267, 285, 290, 297, 305. — *chirurgicales, ou thérapeutique chirurgicale* (*Traité d'*), 405.
Ophthalmie—purulente (cellules de pus dans l'atmosphère, dans le cas d'), 572. — (indication thérapeutique dans certaines), 255.
Ophthalmoscope (moyen de prévenir l'influence exercée par la lumière sur les yeux examinés à l'), 356. — de Desmarres fils (porte-), 296. — (nouvel), 221. — (note sur l'), 284. — (exploration de la rétine à l'), 518.
Opium (sur la combustion de l'), 659.
Oreille — chez un idiot (tumeur sanguine de l'), 69. — externe (traitement de la sciatique par la cautérisation de l'), 61. — (affection cérébrale simulée par une affection de l'), 18, 24, 56. — *et organes de l'audition* (*Traité des maladies de l'*), 13. — interne (expériences physiologiques sur l'), 400.
Organopathiques (sur la doctrine des états), 336, 348.
Orteil (opération d'une exostose sous-unguéale du gros), 418. — (luxation en dehors et en haut du gros), 418.
Orthopédie (application de l'ostéotomie à l'), 203.
Orties de mer (traitement de l'urtication par les), 211.
Os (expériences sur la nutrition des), 432. — (sur la régénération des), 563. — (conditions de la régénération des), 547. — (concours sur la question de régénération des), 120. — leur reproduction par le périoste, 235. — du fœtus colorés par le régime de la mère, 22, 34. — au point de vue médico-légal (résection des), 415. — iliaque (fracture de l'), 223. — longs (mode de développement des), 82, 88, 103. — de la face par la muqueuse périostique (régénération des), 821.
Osseuses (nouveaux cas de régénérations), 688. — (sur la régénération), 432.
Ostéoplastie — appliquée à l'opération de la division congénitale du palais et à la résection partielle de la mâchoire supérieure, 651. — (rhinoplastie par), 745, 752.
Ostéoplastique (emploi pour l'extraction des polypes naso-pharyngiens de la méthode), 349, 356.
Ostéotomie appliquée à l'orthopédie, 203.
*O'Taïti* au point de vue hygiénique et médical, 438.
Ouïe (expériences physiologiques sur l'organe de l'), 400. — ses altérations dans la fièvre typhoïde, 838.
Ovariotomie (valeur de l'), 765, 787.
Oxalate de cérium contre les vomissements incoercibles, 697.
Oxygène de l'air (action des vapeurs de goudron sur l'), 204.
OZANAM. Réactions chimiques des fausses membranes, 57, 72.

# P

PADILLA. Sur l'origine historique de la syphilis, 35.
PAILLOT. Traitement de l'angine couenneuse par l'amputation des amygdales, 722.
Palatine (tumeur de la voûte), 581.
Palatoplastie (sur l'opération de), 550. — (opération de), 502. — par dédoublement et migration du lambeau, 754. — par procédé ostéoplastique, 652.
*Panais* (*mal du*), 698.
Pancréas (influence de la digestion gastrique sur l'activité du), 397, 460, 492. — (cancer du), 847.
PAPPENHEIM. Déformation du testicule par des bandelettes, 154. — Effets de l'aconit sur les lymphatiques du cœur, 252. — Sur l'origine des maladies du cœur, 57. — Sur les lymphatiques du cœur. — Cas de vessie urinaire bicorne. — Moyen pour l'exploration du larynx, 89. — Résection des os au point de vue médico-légal, 415. — Dilatation *spéculaire* de l'urèthre, 843. — Sur les nerfs des tendons, 723.
Paracentèse de l'estomac dans la tympanite, 437. — dans l'ascite compliquant la grossesse, 77.
Paralysies (les eaux d'Aix en Savoie contre certaines), 424. — dans leurs rapports avec les maladies asthéniques, 268. — agitante (de la), 765, 816. — diphthéritiques (sur les), 25, 43, 60. — dans les Œuvres d'Hippocrate, 361. — dans Hippocrate, 378. — (sur la), 379. — (recherches sur la), 804. — générale sans aliénation, 726. — généralisées guéries par les eaux du Mont-Dore, 400. — de la cinquième paire guérie par l'iodure de potassium, 318. — des membres inférieurs (diagnostic et traitement des principales formes de), 613, 644, 692. — produites par les drastiques, 300. — musculaire progressive (nouveau cas de), 434. — de la langue, du voile du palais et des lèvres, 38, 45, 181.
PARIS. Masque hygiénique contre les poussières, 388.
Parole (hémorrhagie cérébrale avec incohérence de la), 676.
Parotidienne (tumeur), 552.
PASCAL. Du guaco contre les affections syphilitiques, 212.
Pastenague (anévrysme consécutif à la piqûre d'une), 692.
PASTEUR. Nouvelles expériences sur les fermentations, 415. — Infusoires vivant sans oxygène libre et déterminant des fermentations, 154. — Sur les corpuscules organisés de l'atmosphère, 388.
PATÉZON. Traduction de l'*Art de vivre* de Cornaro, 585.
*Pathologie externe* (*Traité élémentaire de*), 508. — générale (principes de), 116, 132.
PATRUBAN. Guarana contre la migraine, 362.
Paupières — dans les livres hippocratiques (traitement chirurgical des granulations des), 113. — inférieure (tumeur veineuse de la), 106.
Pays chauds (maladies des Européens dans les), 485.
PÉAN. Tumeur cancéreuse de la clavicule, 580.
Peau (vues générales sur les maladies de la), 558, 574. — (tumeur de la), 91. — (cas de cachexie avec coloration bistrée de la), 140.
Pédoncules du cervelet (apoplexie de l'un des), 57.
PÉLIKAN. Voy. DYBKOWSKI.
Pellagre endémique à l'asile de Sainte-Gemmes, 821.
Pemphigus syphilitique des nouveau-nés, 319.
PÉNARD. Intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs, 34, 305, 324.
PÉNARD (Lucien). *Guide pratique de l'accoucheur*, 710.
Pénis (autoplastie par transplantation pour la restauration du), 535.
Perchlorure de fer (cas de purpura guéri par le), 107. — contre la diphthérie, 77, 404. — en injection contre les tumeurs érectiles, 551. — (notes sur le), 124. — (préparation du), 635. — (section du filet lingual; mort, suite de cautérisation de la plaie avec le), 434. — valeur de son emploi comme topique, 435.
Périoste (cas d'ablation des portions nécrosées avec conservation du), 688. — (reproduction des os par le), 235.
Périostée (reproduction du maxillaire inférieur après l'ablation sous-), 235. — (résections sous-), 56.
Périostique (régénération des os de la face par la muqueuse), 821. — et osseuse (rhinoplastie par ostéoplastie), 745, 752. — (sur les greffes), 371. — (considérations sur les opérations), 295. — (cas de résection sous-), 687.
PERRIER (de la Charité-sur-Loire). Arrachement du pouce; guérison, 59.
PERRIN. Kélotomie ombilicale, 846.
PERRIN. Voy. LALLEMAND.
PERRON. Absorption des molécules cuivreuses chez les horlogers, 536.
Peste en Orient (de la), 725.
PEYRANI. Expériences sur la régénération de la rate, 783. — *Sur le bouton infantile*, 114.
PFAFF. Valeur de la digitale contre les affections du cœur, 188.
Pharyngien chez un enfant à la mamelle (abcès rétro-), 789.
Pharyngoscope (du), 296.
Phénique (action thérapeutique des sels alcalins produits par l'acide), 501.
PHILIPEAUX. Sur la régénération de la rate, 197, 203.
PHILIPEAUX. Voy. VULPIAN.
PHILOUZE. Du venin des abeilles, 82.
*Phlegmatia alba dolens* (étude nouvelle sur la), 653, 684.
Phonation (recherches sur la), 265, 306, 380.
Phosphore — dans la fabrication des allumettes (prophylaxie de l'empoisonnement par le), 564. — (magnésie contre-poison du), 336. — par la coloration de la flamme (recherches toxicologiques du), 400. — (traitement de la gale par l'huile de), 109.
Photographie—appliquée à la laryngoscopie et à la rhinoscopie, 783. — aux images microscopiques, 578. — aux images micrographiques, 114, 148. — microscopique appliquée à l'anatomie pathologique, 149.
Phthisie pulmonaire (sur le traitement de la), 641, 659. — (instruction pour l'étude des localités, en vue de leur influence sur la), 704. — (contagiosité de la), 733. — (influence de l'air marin sur la), 627.
*Phytolacca decandra* (empoisonnement par le), 698.
PICQUOT fils. Recherches des taches de sang, 492.
Pied chez les Chinoises, analogue au *talus pied creux* (déformation du), 786. — des Chinoises (déformation des), 755.
PIETRA-SANTA (de). Influence des chemins de fer sur la santé publique, 643. — Pulvérisation de l'eau minérale aux Eaux-Bonnes, 221, 256, 659. — Du climat d'Alger dans les affections chroniques de poitrine, 341, 390.
PIEDBOLET. Procédé de paracentèse dans l'ascite compliquant la grossesse, 77.

**Piolowski.** Utilité de la médication hydro-minérale en toute saison, 95.
Pince à anneaux (nouvelle), 783.
**Piorry.** Réaction de l'urine dans certains cas pathologiques, 596. — Doctrine des états organopathiques, 356. — Sur le traitement de la phthisie, 659.
Placenta (sur les fonctions du), 69. — après l'accouchement (nouveau signe du détachement du), 92.
Placentaire (circulation utéro-), 72.
Plaie — pénétrante du genou (guérison, par les irrigations, d'une), 238. — de l'abdomen entièrement transpercé par un coup de baïonnette, 644.
Plantes sèches (préparations par l'action de l'alcool sur les), 83.
*Plasmine*, donnant au sang la faculté de se coaguler spontanément, 414.
Plessimètre (nouveau), 315.
Pleurésie (valeur de l'égophonie dans la), 723.
Pleurétique (mort subite dans l'épanchement), 754.
Plèvre (indication de la thoracocentèse dans l'épanchement de la), 570. — (diagnostic et traitement des acéphalocystes de la), 677. — et du poumon (cancer de la), 169, 186. — (valeur, dans la thoracocentèse, de la sortie d'un flot sanguinolent de la), 205.
Plomb (colique de). Voy. *Colique*. — son influence sur le développement de la colique des pays chauds, 94.
Plombique chez des ouvriers travaillant à la contre-oxydation du fer (intoxication), 659, 691.
Pneumonie chronique avec néphrite albumineuse, 470. — asthénique (sur la), 269. — (*Veratrum viride* contre la), 634.
Pneumopéricarde (sur un cas de), 77, 708.
**Poggiale.** Champignons comestibles et vénéneux, 201, 249.
Poignet (loge intra-aponévrotique non décrite à la face antérieure du), 577.
Poissons (dangers de l'alimentation par certains), 229.
Poitrine (climat d'Alger dans les affections chroniques de), 341, 390. — (diète respiratoire dans les maladies de), 10.
**Politzer.** Expériences physiologiques sur l'organe de l'ouïe, 400.
Polype — fibreux de l'utérus (éradication d'un), 629. — naso-pharyngien sur une petite fille, 318. — (opération d'un), 140. — (opération préliminaire par la voie maxillaire et la méthode ostéoplastique pour l'extraction des), 349, 356. — utérin expulsé spontanément, 632. — (opération du), 356.
Pommes de terre germées (danger des), 362.
Population en France (mouvement de la), 777.
Porte-à-faux (sur le), 10, 56.
**Post.** Immobilité et extension dans la coxalgie, 757.
**Potain.** Empoisonnement par l'ammoniaque liquide, 753.
Pouce arraché ; guérison, 59.
**Pouchet.** Nature et genèse de la levûre dans la fermentation alcoolique, 136.
**Pouillet** (Marcellin). Préparation d'une eau sulfureuse artificielle, 213.
Pouls (recherches sur la fréquence du), 421. — battant deux fois pour un battement du cœur, 115.
Poumon et de la plèvre (cancer du), 169, 189. — chez les houilleurs (état des), 821.
**Poussier.** Moyen de prévenir l'empoisonnement par le phosphore dans la fabrication des allumettes, 564.
Poussières dans les voies respiratoires (pénétration des), 626, 822.
**Powell.** Larves et insectes rendus par le vomissement, 1.
**Prangé.** Arsénite de strychnine contre la morve, 427.
**Pravaz fils.** Effets de l'air comprimé, 71.
Préparations angiologiques, 235.
**Proctor.** Préparation et emploi de l'aconitine, 837.
Propylamine (effets de la), 363.
Prostitution publique à Bordeaux, 784.
Protubérance annulaire (hémorrhagie de la), 485, 533.
Pseudo-arthroses après les fractures traitées par la suture des os, 847.
Pseudo-membraneuses (recherches sur les affections), 661.
**Puech.** De l'atrésie des voies génitales chez la femme, 822.
Puits comparé à la citerne, 171.
Pulvérisation de l'eau minérale ou médicamenteuse (effets de la), 214, 221, 229, 256, 281, 284, 617, 626, 627, 659, 822. — (appareil pour la), 481.
Purgatifs drastiques (paralysies produites par les), 300.
Purpura guéri par le perchlorure de fer, 107.
Pus dans l'atmosphère (cellules de), 572.
Pustule maligne — *et œdème malin* (*Traité pratique de la*), 46. — (observation de deux cas de), 46. — spéciale, par piqûre d'un acarien, 370.
**Putégnat.** Double rupture complète de l'utérus dans l'accouchement, guérison ; nouvelle grossesse, accouchement heureux, 123.

## Q

*Quaco*. Voy. *Guaco*.
Quinquina dosé (sirop de), 837.

## R

Races — de l'Océanie (sur les), 9. — de l'Océanie française, 284. — humaines et leur part dans la civilisation, 489.
Rachis (développement centripète du), 578.
Radius (sur les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du), 223. — (luxations de l'extrémité supérieure du), 551. — et cubitus en arrière et en dedans (luxation du), 552.
Rage (remède contre la), 522. — (remèdes chinois contre la), 658. — (quelques considérations sur la), 824. — en Orient (de la), 725. — au point de vue de l'hygiène publique, 740.
Ratanhia et alun contre le diabète, 501.
Rate (sur les fonctions de la), 137. — (sur la régénération de la), 197, 203, 783.
**Raynaud** (Maurice). Infiltration purulente des parois de l'estomac, 511, 525.
Rectum ; son obstruction par la pulpe de pommes de terre et le maïs dans les temps de famine, 94. — (histoire de deux corps étrangers introduits dans le), 109. — (mort causée par un corps étranger dans le), 317. — (ablation, par l'écraseur, d'un cancer du), 581, 586, 597. — (incontinence des matières après l'ablation du), 597. 628. — dans le vagin (protoplastie dans un cas d'ouverture du), 726.
Régénération — des nerfs transplantés, 206. — des os (conditions de la), 547. — des os (sur la), 563. — osseuse (cas de), 688. — des tendons, 609, 649, 658.
**Reil.** Danger de l'alimentation par les poissons, 229.
**Renque.** Belladone comme antilaiteux, 556.
Résection — de la hanche, 665, 740, 777, 784, 763, 802. — de l'articulation coxo-fémorale, 357. — des articulations du membre inférieur (sur la), 707. — complète de la diaphyse du tibia, 203. — des os au point de vue médico-légal, 415. — de la mâchoire supérieure par procédé ostéoplastique, 651. — du maxillaire inférieur, 389. — du maxillaire supérieur, 517.
Résections sous-périostées (sur les), 56. — sous-périostées (cas de), 687.
Respiration du nouveau-né sans pénétration de l'air dans les poumons ; cas de médecine légale, 507. — saccadée (valeur de la), 107, 724.
Responsabilité du médecin dans un cas d'opération, 408.
Rétine à l'ophthalmoscope (exploration de la), 518.
Rétinite pigmentaire (mariage consanguin cause de), 375.
**Réveil** (O.). Cosmétiques au point de vue de l'hygiène et de la police médicales, 336. — Histoire médico-légale de l'acide cyanhydrique, 690.
**Rey** (A.). Innocuité de l'introduction de l'air dans les veines après la saignée, 437.
Rhinoplastie par la méthode ostéoplastique, 745, 752.
Rhinoscopie (de la), 259, 276. — (photographie appliquée à la), 783.
Rhumatisme (gaïac contre le), 83. — viscéral), 423. — noueux (bains arsenicaux contre le), 506, 516.
*Rhus toxicodendrum* (observations sur le), 204.
**Riboli.** Lésion d'un nerf dans une saignée, tétanos imminent ; guérison par la section du nerf, 688.
**Richard** et **Garcia.** Notice sur le laryngoscope, 89.
**Richard** (Ad.). Cas de tumeur kystique du sein, 106.
**Richardson.** Expériences de la cataracte diabétique, 457.
**Richarme.** Reproduction des os par le périoste, 235.
**Riche.** Huile de foie de morue blanche de Saint-Pierre et Miquelon, 433.
**Richelot.** Études médicales sur le Mont-Dore, 423.
**Richet.** Cas d'enchondrome du testicule, 43. — Bec-de-lièvre ; pertuis sur la lèvre inférieure, 238. — Anévrysme artério-veineux du coude, ligature de plusieurs artères ; mort, 255. — Anévrysme artérioso-veineux du coude, 374. — Hernie inguinale étranglée, avec gangrène du testicule, 390. — Cas de tumeur parotidienne, 552.
**Riembault.** État des poumons chez les houilleurs, 821.
**Rigaud.** Ténia expulsé par les semences de citrouille, 313, 337. — Hémorrhagie cérébrale avec incohérence de la parole, 676. — Sur la nature névrotique de l'albuminurie, 705, 845.
**Rilliet** (de Genève). Sur la réalité de l'iodisme constitutionnel, 621.
**Rizet.** De l'iode comme emménagogue, 61.
**Robert.** Observation d'emphysème traumatique spontané, 338. — Nouveau brise-pierre, 433.
**Robert** et **Collins.** Canule à trachéotomie, 371.
**Roberts** (William). Procédé de glycométrie dans le diabète, 2.
**Robin** (Ch.). Modification de la membrane utérine pendant la grossesse, 337. — De la chromocrinie, 377, 388. — Spermatophores de quelques hirudinées, 548.
**Rochas** (de). Topographie de la Nouvelle-Calédonie, 410.
**Roger** (Henri). Sur les paralysies diphthéritiques, 60. — Diagnostic et traitement des hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants, 677. — Valeur séméiotique de la respiration saccadée, 724. — Recherches sur la paralysie diphthéritique, et statistique du croup, 804.
**Rokitansky.** Développement des glandes utérines dans les sarcomes de l'utérus et des ovaires, 62.
**Rollet.** Transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices au point de vue de la médecine légale, 569.
**Rose** (Edmond). Innocuité de la santonine, 491.
**Rosenthal.** Influence du pneumogastrique et du laryngé supérieur sur les mouvements du diaphragme, 206.
**Roser** (W.). Ectropion du museau de tanche, 404.
**Rossi.** Du *bouton infantile*, 114.
Rotation du corps autour de son axe, comme effet de la lésion des centres nerveux, 609.
**Roth.** Voy. **Gerhardt.**
Rotule (traitement des fractures de la), 517.
Rougeole (influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la), 20, 51.
**Rouget.** Mémoire sur les tissus contractiles et la contractilité, 722.
**Rouillé.** Traitement des corps étrangers dans l'œsophage, 628.
**Rouis.** Sur les suppurations endémiques du foie, 341.
**Rouyer** (Jules). Émissions sanguines dans le traitement des affections de l'utérus, 233.
**Roy.** Causes des fièvres et du choléra en Afrique, 137.
Rue (éruption cutanée déterminée par la), 720.
**Rufz.** Éruption produite par les fourmis, 482. — Diphthérite chez une poule, 501. — Asphyxie d'une poule par des grains de chènevis dans le larynx, 843.
**Russell.** Voy. **Bolton.**

## S

Saignée (innocuité de l'introduction de l'air dans les veines après la), 437. — (tétanos imminent par lésion d'un nerf dans une), 688.
Saigon (Cochinchine) (état sanitaire de l'établissement de), 423.
**Sales-Girons.** Respiration des eaux minérales pulvérisées, 281.
Salpêtrière et de Bicêtre (rapport sur les aliénés de la), 521, 537, 553.
Salsepareille (préparation de la), 724.
Samoïèdes (photographie de), 206.
Sang (recherches des taches de), 492. — (plusieurs substances albuminoïdes déterminant la coagulation spontanée du), 414. — en médecine légale (recherches de l'hématine dans le), 491.
Sanguinaire du Canada (emploi thérapeutique de la), 634.
**Sankey.** Belladone contre l'épilepsie, 535.
Santonine (accidents produits par la), 370, 373. — (innocuité de la), 491.
Scarlatine (rôle de l'angine dans certaines épidémies de), 756.
Scarlatineuse (anasarque albuminurique), 270.
**Scharkey.** Digitale contre le *delirium tremens*, 93.
**Schiff.** Le nerf laryngé est-il un nerf suspensif ? 548, 563.
**Schnerbach.** Cas de membre inférieur double, 189.
**Schmidt.** Expériences sur la coagulation de la fibrine, 783.
**Schneider.** Préparation à l'exercice de la médecine, 305, 321.
**Schnepp.** Observations météorologiques à Alexandrie d'Égypte, 135.
**Schwartze** (Hermann). Sur les altérations de l'ouïe dans la fièvre typhoïde, 838.
Sciatique, son traitement par la cautérisation de l'oreille, 61.
Scies à arbre et à chaîne (nouvelles), 374.
Sclérème des adultes (contribution à l'histoire du), 691.
Sclérotique et cornée (tumeur pilifère de la), 94.
Scorpion (effets et traitement de la piqûre du), 443.
**Scrive** (obsèques de), 606.
Scrofule — dans ses rapports avec la syphilis, 375. — (sur la), 375. — (arsénite de strychnine contre la), 427.

Sécrétions en général (des), 397, 460, 492.

SÉDILLOT. Luxation sous-pubienne du fémur avec conservation immédiate des usages du membre, 136. — Opération du bec-de-lièvre compliqué de fissure nasale par un nouveau procédé chéiloplastique, 721. — Accidents graves qui suivent le cathétérisme et les opérations sur l'urèthre, 737. — Mode d'ouverture des abcès profonds. — 742. — Palatoplastie par dédoublement et migration des lambeaux, 754. — Condition de la régénération des os, 547.

SÉE (Germain). Sur les paralysies diphthéritiques 25, 43.

Sein (tumeur kystique du), 106.

SEMELDER. Exploration de l'espace naso-pharyngien, 259, 276.

Semen-contra (accidents produits par le), 370, 373. — (administration du), 491.

SEMMOLA. Hydrothérapie contre l'albuminurie, 564. — Pathologie et thérapeutique du diabète, 595.

Seringue à injection hypodermique et à injection des conduits lacrymaux (nouvelle), 515. — Seringue à injections hypodermiques, 674.

Serpents (alcool contre la morsure des), 442. — de la Vendée et de la Loire-Inférieure (sur les), 772.

SERRES. Développement centripète de la colonne, 578.

SEUTIN. Traitement de l'ongle incarné, 177.

SICHEL. Traitement chirurgical des granulations palpébrales, exposé dans les livres hippocratiques, 113.

Siége (kyste séro-sanguin du), 36.

SIMON (de Darmstadt). Voy. BUCHNER.

SIMON. Sur l'origine historique de la syphilis, 35.

SIMS (Marion). Opération de la fistule vésico-vaginale, 747.

SIRUS PIRONDI. Influence des eaux de la Durance sur le développement des fièvres intermittentes, 420. — Sur les varices profondes, 532. — Sur l'absorption des médicaments, 340.

SISTACH. Arsenic contre les fièvres intermittentes, 469.

SMITH (de New-York). Statistique de 32 cas de ligature de l'artère iliaque primitive, 77.

*Société d'anthropologie de Paris* (compte rendu des *Bulletins de la*), 582. — de chirurgie (Prix de la), 25. — *médicale des hôpitaux* (*Bulletins et Actes de la*), 727.

*Solanum pseudo-capsicum* (empoisonnement par le), 697.

Solipèdes (maladie vénérienne des), 108.

Sommeil en chemin de fer (appareil pour faciliter le), 843.

Sonde évacuatrice à double courant, 596. — évacuatrice à double courant (nouvelle), 579.

SOUBEIRAN (L.). Affection cutanée déterminée par la rue, 720. — Revue pharmaceutique et d'histoire naturelle, 1, 82, 113, 209, 362, 441, 490, 554, 633, 697, 834.

Sous-nitrate de bismuth (traitement de la blennorrhagie par les injections au), 27.

Spasme facial rebelle, guéri par le curare, 318.

Spéculum à quatre valves, 565.

Spermatophores de quelques hirudinées (sur les), 548.

Spina-bifida (injections iodées contre le), 611. — (anatomie pathologique du), 626.

SPRING. Larves d'œstrides chez les enfants, 555. — Cas de chromocrinie, 660.

STAHL (tome II, des *Œuvres médicales de*), 566.

Staphylome (instrument pour la mensuration du), 533.

Staphylorrhaphie (découverte de la), 602, 617.

Sternum (fracture du), 238.

STROHL (E.). Influence de la lune sur la menstruation, 427.

Strychnine (traitement de la morve par l'arsénite de), 427. — tannin antidote de la), 441.

Stupeur (mémoire sur la), 60, 91. — stupeur (sur la), 239.

SUBIOT. Congestion cérébrale apoplectiforme observée par un médecin sur lui-même, 153.

Sublimé dans la blennorrhagie (injections de), 789.

SUCQUET. Sur la circulation du sang dans la tête et les membres, 401.

Sucre, sa production chez les animaux à foie gras, 260. — contre l'ivresse, 3.

Sumac vénéneux (observation sur le), 204.

*Suppuration et drainage chirurgical Traité de*), 405.

Surdité par oblitération de la trompe, injections ; guérison, 279.

Sutures métalliques (sur les), 338. — métalliques (valeur des), 502.

Syphilis — traitée par les inoculations du virus chancreux, 8. — transmise par la vaccination (sur la), 60. — (emploi du virus vaccin contre la), 145. — sa transmission des nourrissons à la nourrice, 356. — (scrofule dans ses rapports avec la), 375. — (doctrine générale de la), 393. — entre nourrissons et nourrices au point de vue de la médecine légale (transmission de la), 589. — (origine antique de la), 600. — (origine historique de la), 35, 97. — vaccinations à Rivalta, ayant transmis la), 779.

Syphilisation (effets curatifs de la), 8.

Syphilitique (méningite granuleuse présumée), 198. — (guaco contre les affections), 212. — du système nerveux (affections), 268. — des nouveau-nés (pemphigus), 319. — du calcanéum (carie), 467. — (sur les végétations dites), 501. — du larynx (végétations), 518.


## T


Tabac à priser (nicotine dans les organes après l'emploi du), 838.

Taille prérectale (forceps brise-pierre pour la), 401.

*Taïti*. Voy. *O'Taïti*.

*Talus* congénital (étiologie et traitement du), 114.

*Tanghinia venenifera*, son action sur le cœur, 578.

Tannin antidote de la strychnine, 441. — comme antipériodique, 834.

TARADE. Appareil contre l'asphyxie par les émanations de gaz, 783. — Moyen contre l'asphyxie par le marc de raisin, 704.

Tartre stibié contre la chorée, 204.

Tatouage (gangrène du bras suite de), 643.

TAVERNIER. Pénétration dans les poumons des poussières liquides, 822.

TAVIGNOT. Traitement des tumeurs lacrymales, 203.

TERVAN. Observation de chromocrinie, 364.

Température animale (rapport de la contraction musculaire avec la), 346.

Tendons (sur les nerfs des), 723. — (infiltration sanguine d'un), 390. — (sur la régénération et la sensibilité des), 609, 649, 658.

Ténia — chez l'homme (cysticerques de), 182, 216, 263, 328. — expulsé par les semences de citrouille, 313, 337. — (graine de citrouille contre le), 211. — (kousso contre le), 115. — (énormes anneaux de), 845.

Ténifuges de l'Abyssinie, 678.

Ténioïde (lingualule des ganglions mésentériques du mouton se transformant dans le nez du chien en pentastome), 432.

Térébenthine sur les peintres en bâtiments (influence de l'essence de), 481.

TERREIL. Sur les générations dites spontanées, 296.

Testament médical, 482.

TESTELIN. Tumeur à myéloplaxes, résection de la mâchoire inférieure, 517.

Testicule (tumeur cancéreuse du), 642. — (origine épididymaire des tumeurs encéphaloïdes et kystiques du), 612. — (enchondrome du), 43. — (hémorrhagie consécutive et infiltration purulente dans un cas d'ablation du), 119. — (généralisation d'un enchondrome du), 418. — déformé par des bandelettes, 154.

Tétanos traumatique imminent, guéri par la section complète d'un rameau nerveux lésé, 688.

Théâtres (sur la ventilation des), 578.

THENARD. Inauguration de sa statue à Sens, 459, 473, 481.

*Thérapeutique générale et spéciale* (*Principe de*), 239.

THIBIERGE. Végétations des parties génitales pendant la grossesse, 84, 100.

THIRAULT (de Saint-Étienne). Glycérolé à l'iodure de potassium, 1.

THOLOZAN. Traité de palpation, de percussion et d'auscultation, écrit en langue persane, 314.

THOMAS DE CLOSMADEUC. Compression digitale et ligature de la fémorale dans un cas d'anévrysme poplité, 139. — Voy. CLOSMADEUC.

Thoracocentèse (valeur d'un flot sanguinolent dans la), 205. — ses indications dans l'épanchement pleurétique, 570.

Tibia (fracture en V du), 238. — résection de la diaphyse du), 203.

Tibio-tarsienne (résultats d'une désarticulation), 452. — d'après le procédé Pirogoff (désarticulation), 757.

TIGRI. Déglutition des eaux de l'amnios par le fœtus, 154. — Sur la coloration des os du fœtus par le régime de la mère, 104.

TISSEIRE. Euphorbes contre les piqûres de vipère, 115.

TOMASELLI. Hémiplégie faciale par névrite de la septième paire, 379. — Sur la paralysie diphthéritique, 379.

TODD. Transfixion de l'abdomen par une baïonnette, 644.

*Topographiques et médicales dans un voyage à l'isthme de Suez* (*Observations*), 678.

Torpille (appareil de physique recevant et recueillant l'électricité de la décharge de la), 625.

Torticolis spasmodique (électricité contre le), 467.

Trachée (anévrysme de l'aorte ouvert dans la), 846.

Trachéotomie (canule à), 371. — pour un corps étranger dans la bronche droite ; guérison, 46. — dans le croup (4 cas de), 93. — (Instrument de M. Maisonneuve pour la) 674. — (ulcération de la trachée par la canule et hémorrhagie mortelle dans un cas de), 403.

*Transactions de la Société obstétricale de Londres*, t. Ier (analyse), 78.

Transfusion du sang dans un cas d'hémorrhagie utérine, 379.

Transposition complète des viscères, 566.

TRÉLAT (U.). Luxation du coude en arrière et en dedans, 580. — Luxation des deux os de l'avant-bras en arrière et en dedans, 552.

TRÉLAT (père). *De la folie lucide au point de vue de la famille et de la société*, 441.

*Trillium* contre la métrorrhagie, 442.

*Trichina spiralis* (traitement des accidents causés par le), 108.

Trompe (guérison, à l'aide d'injections, d'une surdité par oblitération de la), 279.

TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 358. — De la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie, 40.

TROUSSEAU et DEMARQUAY. Canules trachéales, 640.

Tubercules du cervelet (compression confluent des sinus par les), 561.

Tuberculeuse (sur le développement de l'affection), 605.

Tuberculisation aiguë sous-séreuse de la 86.

Tumeur — cancéreuse du testicule, 642 — fibreuse de l'utérus (cas de), 598. — fibreuse du maxillaire supérieur, 174. — de la voûte palatine, 581. — de la peau, 91. — à myéloplaxes (cas de), 517. — papillaire du voile du palais, 390. — érectiles (perchlorure de fer en injections contre les), 551. — pilifère de la sclérotique, 94. — du siége, 36. — lacrymales (traitement des), 203. — sanguine de l'oreille chez un idiot, 69. — du testicule (origine épididymaire de certaines), 612.

TUTEL. Sur un cas de pneumopéricarde 77.

Tympanite aiguë (paracentèse de l'estomac dans la), 437.


## U


Ulcère de Mozambique, 43.

*Upas antiar*; son action sur le cœur, 578.

Uranoplastie par procédé ostéoplastique, 651.

Urèthre — oblitéré par une cause traumatique (procédé pour la *restitution du canal de l'*), 253. — (*opération des rétrécissements infranchissables de l'*), 306, 315, 321. — (*extraction de calculs ou fragments arrêtés dans l'urèthre*, 372. — (uréthrotomie interne contre les rétrécissements fibreux de l'), 399. — (calcul extrait de l'), 629. — (extraction des corps étrangers introduits dans l'), 726. — (accidents qui suivent les opérations sur l'), 737. — (dilatation *spéculaire* de l'), 843.

Uréthrotome (nouvel), 222.

URÉTHROTOMIE externe (sur l'), 306, 315, 321. — interne contre les rétrécissements fibreux de l'urèthre, 399.

Urine dans certains cas pathologiques (réaction de l'), 596. — (des accidents produits par l'absorption de l'), 770. — (effets toxiques de l'absorption de l'), 783.

Urtication par les acalèphes (traitement de l'), 211.

Utérin (opération du polype), 356. — (pemphigus du col), 224. — (ectropion de la muqueuse du col), 404. — (cautérisation avec le nitrate d'argent dans les cas de granulations du col), 772.

Utérines (*Actæa* contre les affections), 212. — (émissions sanguines dans les affections), 220, 233, 252. — (transfusion du sang dans une hémorrhagie), 379. — (*Trillium* contre l'hémorrhagie), 442

Utérus — et ovaires (développement de glandes utérines dans les sarcomes de l'), 62. — dans l'accouchement (grossesse et accouchement heureux malgré une double rupture antérieure de l'), 123. — pendant la grossesse (modification de la muqueuse de l'), 337. — à l'état de vacuité (rétroversion et enchatonnement de l'), 337. — chez une femme en couches (hystérotomie vaginale pour une oblitération complète de l'orifice du col de l'), 514. — (cas de tumeurs fibreuses de l'), 598. — (éradication d'un polype fibreux de l'), 629. — (hydatides de l'), 631. — (absence de l'), 631. — (mort, suite d'opération d'une imperforation du col de l'), 631. — (enfant ayant séjourné vingt-deux mois dans l'), 632. — (expulsion spontanée d'un polype de l'), 632.

## V

Vaccin, son emploi contre la syphilis, 145.
Vaccination (syphilis transmise par la), 60. — (accidents consécutifs à la), 451. — des nouveau-nés (sur la), 484. — à Rivalta (transmission de la syphilis par des), 779.
Vaginale (artésie), 631.
Vaisseaux lymphatiques du cœur (sur les), 89.
Valériane (effets physiologiques et thérapeutiques de l'huile essentielle de), 13. — comme antipériodique, 557.
VALLÉE. Théorie de l'œil, 252, 355.
VAN HOLSBEEK. Cas de purpura guéri par le perchlorure de fer, 107.
VAN ROOSBROECK. Mémoire sur la myopie, 468.
Varaire (empoisonnement par le), 499.
Varices profondes de la jambe au point de vue clinique, 428, 446, 477, 532.
VAUTHIER. Tumeur fibreuse du maxillaire supérieur, 174.
VAUVERTS. Pemphigus syphilitique des nouveau-nés, 319.
Végétations — des parties génitales pendant la grossesse, 84, 100. — dites syphilitiques (sur les), 501.
Veines après la saignée (innocuité de l'introduction de l'air dans les), 437.
Veineuse de la paupière inférieure (tumeur), 106.
Vénérienne des solipèdes (maladie), 108.
Ventilation des théâtres, 578.
Ver de Médine (sur le), 628.
*Veratrum viride* (emploi thérapeutique du), 664.
Verge, son étranglement par une virole, 238.
VERJON. Traitement du rhumatisme viscéral par les eaux de Plombières, 423.
Vermifuge (*Musenna* comme), 185.
Vermination (laryngisme par), 788.
VERNEUIL (Ar.). Fistule à l'anus opérée par l'écrasement linéaire, 741. — Ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, 59. — Varices profondes de la jambe au point de vue clinique, 428, 446, 477. — Résultats d'une désarticulation tibio-tarsienne, 452. — Trois opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé américain, 467. — Paralysies faciales par cause traumatique, 551. — Cancer du rectum, ablation par l'écraseur, 581, 586, 597. — Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie, 602, 617.
VERNOIS. De la *main industrielle* ou *artistique*, 704.
VEROUDEN. Danger des cautérisations dans des cas présumés à tort d'hydrophobie, 56.
Vertébral (études sur le système), 335. — (nouvelles études sur le système), 355.
Vertèbres de la tête chez tous les vertébrés (détermination des), 400.
Vésicants indiens (de quelques), 554.
Vésico-vaginale par le procédé de M. Sims (opération de la), 747. — (opération d'une fistule), 643.
Vésico-vaginales par le procédé américain (opération des fistules), 467, 483.
Vessie urinaire bicorne (cas de), 89.
VIAUD-GRANDMARAIS. Sur les serpents de la Vendée, 772.
Vibrions (fermentation produite par des), 154, 164.
Vie et son interprétation dans les différents âges de l'humanité, 585.
VIENNOIS. Sur la transmission de la syphilis par la vaccination, 60.
VILHENA (de). Notes pour servir à l'histoire de la diphthérite en Portugal, 102.
Vin iodé naturel, 835.
VINCENT (de Brest). Sur le curare du Brésil, 443.
VINCI (de Naples). Médication topique contre certaines affections de l'utérus, du vagin, du sac lacrymal et des conduits nasaux, 783, 802.
Vipère (alcool contre la morsure de la), 442. — (accidents chroniques à la suite de la morsure de la), 699. — (euphorbes contre la piqûre des), 115.
Viscères (transposition complète des), 566.
Vision (théorie de la), 252, 355.
VOGEL. *Traité des maladies des enfants* 174, 205.
Voile du palais — langue et lèvres; leur *paralysie progressive*, 38, 45, 181. — (tumeur papillaire du), 390.
VOILLEMIER. Nouvelle sonde évacuatrice à double courant, 579.
Voix (recherches sur la), 265, 308, 380. — humaine (recherches sur la), 235.
Vomissement (larves et insectes rendus par le), 1. — incoercibles (oxalate de cérium contre les), 697. — pendant la grossesse (écorce de cornouiller et igname sauvage contre les), 756.
VULPIAN. — Voy. CHARCOT.
VULPIAN. Anatomie pathologique des granulations grises, 316. — Durée de la persistance des propriétés des muscles, des nerfs et de la moelle après l'interruption du cours du sang dans les organes, 365, 411
VULPIAN et PHILIPEAUX. Régénération des nerfs transplantés, 296. — Diabète survenu pendant le développement d'un anthrax, 782.
Vulve (éléphantiasis de la), 293, — (cas d'éléphantiasis de la), 262.

## W

WAHU. *Conseiller de l'étranger à Nice*, 424.
WARREN CROOKE. Le premier symptôme de la famine, 93.
WEBER. Observations d'affections de la moelle allongée, 567.
WHEELER. *Trillium* contre la métrorrhagie, 442.
WILLEMIN. Effets de l'air comprimé sur les ouvriers employés à la construction des ponts, 18.
WINTERNITZ. Abcès rétro-pharyngien chez un enfant à la mamelle, 789.
WOILLEZ. Rapport sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte, 725.

## Z

ZENKER. Altération du système musculaire dans la fièvre typhoïde, 296.
Zona au point de vue thérapeutique (douleur dans le), 642.

---

# TABLE DES FIGURES CONTENUES DANS LE TOME VIII.

Tumeur du siége (kyste séro-sanguin), fig. 1, 2, p. 36, 37.
Forceps (du) à traction soutenue et à pression progressive, p. 150.
Dilatateur rectal, p. 155.
Description nouvelle de la pièce pathologique conservée au musée de Rochefort, fig. 1, 2, p. 226, 227.
Méthode briefve et facile pour aisément parvenir à la vraye intelligence de la chirurgie (Rouen, 1550), p. 239.
Sur l'éléphantiasis de la vulve, p. 293.
Porte-ophthalmoscope construit sur les indications de M. Desmarres fils, p. 296.
Des difformités de la hanche (clinique orthopédique du docteur H.-W. Behrend de Berlin), fig. 1, 2, 3, 4, p. 327 ; fig. 5, 6, 7, p. 369, 370.
Canule à trachéotomie, p. 371.
Porte-scie qui peut s'adapter à toute scie à chaîne, p. 372.
L'extraction des calculs ou des fragments arrêtés dans l'urèthre, p. 372.
Sur l'uréthrotomie interne dans le cas de rétrécissement fibreux de l'urèthre, p. 400.
Nouvel instrument propre à pratiquer des injections à travers les points et conduits lacrymaux dans les affections du canal lacrymo-nasal, p. 416.
Brise-pierre (nouveau), p. 433.
Seringue à injection de perchlorure de fer, de sulfate d'atropine, à injection des points lacrymaux, p. 515.
Masses tuberculeuses développées dans le cervelet, p. 562.
Spéculum à quatre valves, fig. 1, 2, 3, p. 564.
Sonde évacuatrice à double courant, p. 579.
Sonde évacuatrice à double courant, fig. 1, 2, 3, 4, p. 596.
Proposition de la staphylorrhaphie, fig. 1, 2, p. 602.
Canules, p. 641.
Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules, p. 673.
Seringue perfectionnée pour l'injection des substances médicamenteuses à action énergique, comme la strychnine, la morphine, le perchlorure de fer, p. 674.
Trachéotome, p. 674.
Écarteur des joues, 688.
Observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, p. 700.
Amygdalotome, p. 723.
Embryotome caché à lames mobiles et à chaînons de scie, p. 771.
Dynanomètre, p. 784.
Porte-topiques, p. 802.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

9105-C01 96

